

ODVISNOST OD ALKOHOLA IN DELAZMOŽNOST

Jože Jakopič

POVZETEK

Od alkohola odvisni ljudje so zdravstveno bolj ogroženi od ostale populacije. Zato pogosteje rabijo zdravniško pomoč in tudi bolniški stalež. Dolgoletni nezdravljeni alkoholizem praviloma vodi v invalidnost.

Ocenjevanje delazmožnosti pri alkoholiku moramo vedno poizkusiti uporabiti za motiviranje bolnika za zdravljenje. Sama odvisnost ne more biti razlog niti za bolniški stalež niti za invalidsko upokožitev. Za eno in drugo morajo obstojati dodatni medicinski zapleti, ki jih ocenjujemo, kot da niso alkoholnega porekla, vendar se mora vsemu, kar odločimo, vedno pridružiti še zdravljenje osnovne bolezni.

Za statistično spremljanje alkoholne patologije z MKB-10 štirimestne kategorije ne zadoščajo.

UVOD

Prekomerno pitje alkoholnih pijač povzroča razne telesne in duševne okvare. Pri tem gre lahko za akutno zastrupitev z alkoholom ali pa za obsežen spekter progredientnih okvar, ki jih povzroča dolgotrajno čezmerno uživanje alkoholnih pijač. Ožje zdravstvene motnje se praviloma prepletajo z blažjimi ali hujšimi vedenjskimi motnjami pivca.

Učinke etilnega alkohola na človeka lahko opišemo takole:

- Blaži neprijetna počutja, kot so skrb, žalost, tesnoba, vznemirjenost,

mag.sc. JOŽE JAKOPIČ, dr.med.
KO za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika, KC Ljubljana,
Center za zdravljenje odvisnosti od alkohola
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

bolečina, lakota, žeja, vročina, mraz, utrujenost, občutek krivde, sramu in strahu. Vse te zaznave so *alarmi*, ki nas opozarjajo, da je nekaj narobe; brez njih bi imeli tako posamezniki kakor skupine le malo možnosti za preživetje. Po naravni poti te alarme izklapljammo z odstranitvijo njihovega vzroka.

- Z višanjem koncentracije etilnega alkohola v krvi se pojavljajo učinki na vse organske sisteme. Pri določeni stopnji nastopi zastrupitev, nazadnje tudi smrt.
- Večkratno oziroma pogosto čezmerno pitje alkoholnih pijač povzroči kronične okvare posameznih organov (vnetje želodčne sluznice, okvaro srčne mišice, okvare živčnega sistema, jetrne okvare vse do ciroze).
- Pri nekaterih pivcih se pojavi zasvojenost z alkoholom. Z nastopom zasvojenosti se motnje in okvare, ki jih povzroča pitje alkoholnih pijač, javljajo pogosteje in bolj intenzivno.

K naštetim posledicam pitja alkoholnih pijač lahko, kot rečeno, prištejemo lažje ali težje vedenjske motnje, ki se prepletajo z njimi. Vrh vseh zapletov je vsekakor zasvojenost oziroma alkoholizem (*sindrom odvisnosti od alkohola*), ki predstavlja novo stanje: najrazličnejšim motnjam se pridruži osebno spremenjanje človeka v smislu blažje ali hujše ali zelo hude avto- in heterodestruktivnosti.

SINDROM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA

Sindrom odvisnosti od alkohola je bolezen, ki še ni dokončno oziroma zadovoljivo definirana. Spada v področje psihiatrije, alkoholiki pa se v visokem odstotku zdravijo po somatskih ambulantah in bolnišnicah najrazličnejših specialnosti. Tam so deležni predvsem pomoči glede trenutno aktualne komplikacije osnovne bolezni, kaj dlje pa terapija v veliki večini primerov ni načrtovana.

Če je alkoholizem bolezen, potem moramo nuditi alkoholiku vso medicinsko oskrbo, ki izhaja iz tega (bolezenskega) statusa. Torej mu pripada tudi bolniški stalež, kadar je opit in zato ne more na delo ali pa ima težave po hujšem opitju. Zdravniki na ti dve stanji gledajo zelo različno, vendar se jih večina bolj nagiblje k mnenju, da mu v omenjenih dveh stanjih bolniški stalež sicer ne pripada, da pa pogosto ne morejo drugače, kot da mu gaodobrijo.

Trditev, da je alkoholizem bolezen, ima določene pravne posledice. Zato se ni tako enostavno odločiti, kako bomo ravnali z alkoholikom, z opitim

človekom ali pa z opitim človekom, ki je alkoholik. Tudi iz teh razlogov nekateri trdijo, da alkoholizem pravzaprav ni bolezen, kajti po njihovem mnenju je pitje alkoholnih pijač splošno sprejeto kot normalen vedenjski vzorec in je torej življenjski stil, ki pa ga ne moremo enačiti z bolezenskim stanjem.

Da bi alkoholizem dobil v medicini pravo mesto, so izvedenci WHO postavili zanj definicijo, po kateri je alkoholik tisti človek, ki je čezmerno pil alkoholne pijače, ki je postal duševno, telesno ali pa duševno in telesno odvisen od alkohola in ki kaže duševne oziroma take vedenjske motnje, ki kažejo na okvare telesnega in duševnega zdravja, odnosov z drugimi ljudmi ter motnje na socialnem in ekonomskem področju. Med alkoholike pa uvrstimo že tistega, ki kaže le prodrome naštetih motenj. Ta definicija je operativna in pomaga pri diagnosticiranju, ne vsebuje pa etiološke razlage. Tisti del, ki govori o rednem in čezmernem pitju alkoholnih pijač, je sicer na splošno razumljiv, vendar pa potrebuje dodatna pojasnila. Bistvo definicije je vsekakor v trditvi, da je alkoholik tisti, ki je odvisen od alkohola. Odvisnost je namreč tisto, kar povzroči vse drugo, definicija alkoholizma pa je ne pojasni. Teorija skuša to nejasnost popraviti po ovinku, tako da razdeli odvisnost na duševno in telesno. Duševna odvisnost je v tem, da alkoholik ne more reševati problemov in stisk drugače kot tako, da pije. To drži, vendar ne vselej. Telesna odvisnost pa je tisto, kar postane vidno, ko alkoholik nima pijače - pojavijo se telesni znaki, kot so tresenje, znojenje in splošna slabost, vse do nespečnosti in alkoholnega bledeža, ki pa sta pravzaprav psihična pojava. Ti bolezenski znaki označujejo klasični abstinenčni sindrom, ki je najbolj prepričljiva potrditev diagnoze alkoholizem, in skupaj s porastom tolerance na alkohol predstavlja nekak temelj medicinske plasti alkoholnega sindroma. Delitev odvisnosti na telesno in duševno usmerja pozornost v telesno odvisnost, ki da je "prava", duševno odvisnost pa s tem očitno zanemari. Telesna odvisnost je nekako bolj "medicinska", klinično bolj oprijemljiva. Resnica pa je ravno nasprotna: bistvo sindroma je psihična odvisnost, telesna (če že ostanemo pri tej razdelitvi) pa predstavlja le tehnični (včasih zelo težak) problem somatske medicine. Bolnike z alkoholnim bledežem namreč pomotoma zdravimo v psihiatričnih bolnišnicah zaradi vodilnega simptoma, ki ga predstavljajo halucinacije, nevarnost pa grozi takemu pacientu s telesne plati (vegetativni sindrom) in bi ga morali zdraviti na somatskem urgentnem oddelku. Bolnika z nalezljivo boleznijo, ki ima visoko vročino in zato halucinira, tudi ne prepustimo psihiatru. Po drugi strani pa internist bolnika z alkoholno jetrno okvaro običajno ne more rešiti, če ga po zaključeni urgentni terapiji ne usmeri v zdravljenje alkoholizma. Njegov "dietni predpis" stroge (ali najstrožje ali absolutne) abstinence pač ne more prebiti pregrade psihične odvisnosti. Prav tako nevrolog s takim predpisom ne more rešiti alkoholika, ki je prišel

k njemu zaradi epileptičnih napadov v iztreznitveni fazi; v takem primeru tudi antiepileptiki niso ustrezni - pomaga le zdravljenje alkoholizma.

Odvisnost je v bistvu ena sama motnja, ki se začne na (mlajšem) psihičnem področju in se z leti širi na (bolj arhaično) telesno področje, vse te spremembe pa daljnosežno determinirajo bolnikovo slabše socialno funkcioniranje, kar se pokaže kot blažja ali hujša motnja obnašanja.

Napačno je, če odvisnost zdravimo kot posledico. Odvisnost je sicer zmeraj posledica, takoj ko se pojavi, pa postane vzrok⁽¹⁾.

Alkoholizem je v primerjavi z drugimi obolenji zelo specifičen. Je kronična motnja, ki občasno izbruhne ali se pojavi (dekompenzira) v obliki akutnih socialnih, medicinskih, kriminološko-pravnih in drugih ekscesov. Kronično pa dekompenzira permanentno in progredientno. Kompletni alkoholni sindrom se navadno pokaže šele v zadnji, ireverzibilni fazi bolezni, ko ni več nobenega dvoma, da je ta človek že dolga leta alkoholik. Socialni, medicinski, kriminološko-pravni in drugi ekscesi, s katerimi alkoholik akutno dekompenzira, se pojavljajo tudi pri nealkoholikih, le da pri njih redkeje in nealkoholike stiska praviloma izmodri, alkoholikov pa praviloma ne. Zato so vsi tovrstni ekscesi pri alkoholikih statistično veliko bolj pogosti kakor pri nealkoholikih in so uporabni za identificiranje alkoholizma v zgodnejših obdobjih, torej preden se ta pokaže sam na sebi v pravi luči. Na njih torej temelji pravočasno diagnosticiranje alkoholizma pri posamezniku, prav tako pa tudi ugotavljanje njegove epidemiološke razširjenosti. Pomembni so tudi pri načrtovanju zdravljenja posameznega zasvojenca.

OCENJEVANJE DELAZMOŽNOSTI ALKOHOLIKOV

Ocenjevanje delazmožnosti alkoholikov znatno posega v sredstva zdravstvene zavarovalnice. Alkoholikov je veliko in so zaradi toksičnih vplivov etilnega alkohola praviloma zdravstveno bolj ogroženi kot ostala populacija. Cann⁽²⁾ na primer ocenjuje, da intenzivno kajenje ob hkratnem pitju alkoholnih pijač, v primerjavi s tistimi, ki ne pijejo in ne kadijo, poveča nevarnost za nastanek raka v ustih za petnajstkrat.

To je en vidik, drugi pa je v dejstvu, da zdravnik s pravilnim ravnanjem, ko gre za oceno delazmožnosti alkoholika, tega lahko usmeri v zdravljenje. To pa pomeni zelo velik prihranek tako na državnem kot na družinskem nivoju. Alkoholiki kot zdravstveno bolj ogroženi pogosteje rabijo zdravniško pomoč in s tem tudi bolniški stalež. Nimamo podatkov o tem, koliko nas stanejo

alkoholiki, od drugod pa od časa do časa lahko zvemo kaj o tem. Jones in sod.⁽³⁾ so s posebno raziskavo ugotovili, da je izguba v produktivnosti zaradi absentizma statistično pomembno povezana s količino popitega alkohola. Ta škoda znaša pri zaposleni populaciji v Novi Zelandiji (3,4 milijona prebivalcev, potrošnja čistega alkohola 9,7 l na prebivalca) 57 milijonov USD na leto.

Ko zdravnik skuša zdraviti alkoholika in se ta vsem poskusom v tej smeri spretno izmika, je ob ocenjevanju njegove delazmožnosti zadrega in stiska zdravnika prej pravilo kot izjema. Na splošno je ocenjevanje delazmožnosti kateregakoli bolnika za zdravnika pogosto nevhvaležno opravilo. Med študijem medicine se nismo učili ocenjevanja delazmožnosti in zato pri tem delu ravnamo le po občutku, običajno tudi s premajhnim poznavanjem zavarovalniških predpisov.

Odvisnost od alkohola najprej opazimo ob spremenjeni alkoholikovi vedenjski podobi, nato pa vidimo, da obsega najrazličnejša področja njegovega doživljanja. Nujno poseže tudi v bolnikov odnos do dela in v njegovo doživljanje dela. Temeljni proces je v tem, da za odvisneža delo počasi izgublja terapevtski učinek. Pri nekaterih se ta defekt pokaže zelo hitro, pri drugih pa nastaja zelo počasi in v teh primerih ohranijo alkoholiki dobre delovne navade tudi še tedaj, ko postajajo zaradi bolezni vedno manj sposobni za delo. Prvi hitro pokažejo rentne tendence, drugi pa se močno oklepajo dela, čeprav so sicer tako na socialnem kot tudi na zdravstvenem področju že zelo prizadeti.

Če odvisnost pojmuje tako, potem moramo običajne trditve, ki zadevajo alkoholikovo spremenjeno vedenje, nekoliko popraviti. Ni res, da alkoholik delo opusti zato, ker pije. Delo opusti, ker ga ne umirja več. Ni res, da ljudi ne mara zato, ker pije, ampak zato, ker ga njihova bližina ne zdravi in mu ne daje občutka varnosti. Ni res, da se kulturno pobarbari zato, ker pije, ampak zato, ker ga kultura ne bogati in je zanj brez terapevtskega okusa, brezbarvna. Alkoholik pa se mora umiriti tako kot vsak drug človek. Drugi ljudje to počno tako, kot jim pač najbolj ustreza, na več načinov in neprestano. Alkoholiku pa preostane samo še en način, to je omama z alkoholom. Kolikor bolj odpovedujejo mehanizmi za normalno izklapljanje alarmov, toliko več mora piti.

Odvisnost od alkohola je torej progredientna, reverzibilna izguba zmožnosti za notranje umirjanje, izklapljanje alarmov ("alarmolizo") z normalnimi sredstvi. To okvaro povzroči etilni alkohol, ki je bil sprva zgolj pomožno sredstvo, sčasoma pa je postal še edino sredstvo, s katerim odvisnež lahko izklopi alarme. Okvara se najprej pokaže na psihičnem področju, potem pa zavzema vse več sistemov, pri čemer so filogenetsko mlajši praviloma prizadeti prej, filogenetsko starejši pa so bolj odporni in

pridejo na vrsto kasneje. Najprej je prizadeto alkoholikovo socialno funkcioniranje. Od tod vedenjske motnje, ki se pojavijo najprej.

Diagnoza *sindrom odvisnosti od alkohola* sama ne zadostuje za potrditev nezmožnosti za delo. Zato je alkoholik zmožen za delo, razen če so nastale take komplikacije osnovne bolezni, da zaradi njih ne more več delati. To je treba vedno znova natančno utemeljiti, kar pa je lahko težavno, ker je situacija pogosto zelo nepregledna. Zdravniki in laiki dostikrat zamenjujejo pojme *pijanost* in *alkoholizem* oziroma *pijan človek* in *alkoholik*. Vsak pijan človek še ni alkoholik in alkoholik je lahko tudi trezen. Zadrego še povečuje dejstvo, da je pijanost lahko različno intenzivna in ob višjih koncentracijah alkohola v krvi pomeni nevarno zastrupitev. Biti pod vplivom alkohola na delu (če ne gre za hudo zastrupitev z alkoholom) ni medicinska kategorija, ampak stvar delovnega reda v organizaciji. Podobno velja tudi za vožnjo motornega vozila, vendar pa je tudi tam polno nejasnosti, ker se v zakonih o varnosti cestnega prometa⁽⁴⁾ pojem alkoholik sploh ne pojavlja.

Ocenjevanje delazmožnosti alkoholikov sega v naslednja področja:

- ocenjevanje delazmožnosti ob medicinskih zapletih alkoholizma;
- ocenjevanje delazmožnosti ob socialnih zapletih alkoholizma;
- ocenjevanje delazmožnosti pri sproženem postopku za invalidsko upokožitev;
- ocenjevanje sposobnosti za opravljanje določenih del.

Ocenjevanje delazmožnosti alkoholikov ob medicinskih zapletih

Duševne komplikacije alkoholizma

Progredientna duševna prizadetost spremlja alkoholika ves čas njegove bolezni.

MKB-10⁽⁵⁾ vključuje sindrom odvisnosti od alkohola in duševne in vedenjske motnje s področja tega sindroma v poglavje Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10 - F19). Tako prikazano statistično zajemanje podatkov smo z zadovoljstvom pričakali, saj daje poglavju bolezni odvisnosti veliko večjo preglednost, hkrati pa opozarja na multiplost odvisnostne patologije. Motnje, ki so v tekstu publikacije razvrščene zaporedno, lahko prikažemo tudi kot naslednjo tabelo:

Tabela 1: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja	Akutna zastrupitev	Škodljivo uživanje	Sindrom odvisnosti	Odtegnitveno stanje	Odtegnitveno stanje z delirijem	Psihotična motnja	Amnestični sindrom	Residualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja	Druge duševne in vedenjske motnje	Neopredeljene duševne ni vedenjske motnje
alkohola	F10.0	F10.1	F10.2	F10.3	F10.4	F10.5	F10.6	F10.7	F10.8	F10.9
opioidov	F11.0	F11.1	F11.2	F11.3	F11.4	F11.5	F11.6	F11.7	F11.8	F11.9
kanabinoidov	F12.0	F12.1	F12.2	F12.3	F12.4	F12.5	F12.6	F12.7	F12.8	F12.9
sedativov in hipnotikov	F13.0	F13.1	F13.2	F13.3	F13.4	F13.5	F13.6	F13.7	F13.8	F13.9
kokaina	F14.0	F14.1	F14.2	F14.3	F14.4	F14.5	F14.6	F14.7	F14.8	F14.9
drugih stimulansov, vključno kofeina	F15.0	F15.1	F15.2	F15.3	F15.4	F15.5	F15.6	F15.7	F15.8	F15.9
halucinogenov	F16.0	F16.1	F16.2	F16.3	F16.4	F16.5	F16.6	F16.7	F16.8	F16.9
tobaka	F17.0	F17.1	F17.2	F17.3	F17.4	F17.5	F17.6	F17.7	F17.8	F17.9
hlapljivih topil	F18.0	F18.1	F18.2	F18.3	F18.4	F18.5	F18.6	F18.7	F18.8	F18.9
več drog in drugih psihotropnih snovi	F19.0	F19.1	F19.2	F19.3	F19.4	F19.5	F19.6	F19.7	F19.8	F19.9

Akutna opitost z alkoholom

Kot prva duševna (in v bistvu tudi telesna) komplikacija se vsekakor javlja akutna opitost z alkoholom. To je stanje, ki je za alkoholika najbolj značilno in je duševna in vedenjska motnja. Diagnoze Mednarodne klasifikacije so v območju štirimestnih kategorij naslednje:

F10.0 Akutna zastrupitev zaradi uživanja alkohola, kamor spada tudi efekt "mačka", pijanost in patološka zastrupitev z alkoholom.

V poglavju Toksični učinki snovi predvsem nemedicinskega izvora (T51-T65) zasledimo **T51.0** Toksični učinek etanola, kamor zgoraj navedena stanja ne spadajo.

Petmestne kategorije⁽⁶⁾ podrobneje razčlenijo motnje:

F10.0 Akutna zastrupitev:

F10.00 brez komplikacij,

F10.01 s poškodbo ali drugo telesno okvaro,

F10.02 z drugimi zdravstvenimi zapleti,

F10.03 z delirijem,

F10.04 z zaznavnimi motnjami,

F10.05 s komo,

F10.06 s krči,

F10.00 patološki opoj.

Alkoholne psihoze

niso več razvrščene po diagnozah, ampak po simptomnih kompleksih. MKB-10 jih v petmestnem prikazu razvrsti takole:

F10.4 Odtegnitveno stanje z delirijem:

F10.40 brez krčev in

F10.41 s krči .

F10.5 Psihotična motnja:

F10.50 shizofreniji podobna psihotična motnja,

F10.51 prevladujejo blodnje,

F10.52 prevladujejo halucinacije,

F10.53 polimorfna,

F10.54 prevladujejo depresivni simptomi,

F10.55 prevladujejo manični simptomi,

F10.56 mešana.

F10.6 Amnestični sindrom (sindrom Korsakova).

MKB-9 je imela alkoholne psihoze v sumarični trimestni šifri **291** Alkoholne psihoze, takole pa so bile razvrščene v štirimestne šifre:

- 291.0** Delirium tremens,
- 291.1** Psihoza Korsakova,
- 291.2** Alkoholna demenca,
- 291.3** Alkoholna halucinoza,
- 291.4** Patološki opoj,
- 291.5** Alkoholna ljubosumnostna blodnjavost (alkoholna paranoja),
- 291.8** Alkoholni abstinenčni sindrom,
- 291.9** Neoznačena psihoza pri alkoholiku.

Podrobnejše ločevanje alkoholnih psihoz je torej v novi nomenklaturi možno le s petmestnimi šiframi.

Telesne komplikacije alkoholizma

Noben organ pri alkoholiku ni imun za kronično zastrupljanje z alkoholom in vsak slejkoprej zboli. Najbolj pogosto so prizadeti želodec, jetra, trebušna slinavka, srce in živčni sistem. Na kratko bomo te bolezni prikazali hkrati s šifro iz mednarodne klasifikacije bolezni, poškodb in vzrokov smrti.

Alkoholni gastritis (K29.2)

Gastritis je pri alkoholikih zelo pogost pojav, vendar je težko pričakovati, da bi bila diagnoza dosledno etiološko dognana. Največkrat je osnovna bolezen, t.j. alkoholizem, skrita. Alkoholni gastritis je po naših izkušnjah pogosto razlog za bolniški stalež in za terapijo, ki ne pomaga.

Alkoholna bolezen jeter (K70)

Jetra so pri alkoholiku zelo pogosto prizadeta, običajno vedno huje - od začetne maščobne infiltracije jeter do jetrne ciroze. Ali je jetrna ciroza posledica direktnega toksičnega učinka alkohola ali drugih dejavnikov (hipovitaminoza, pomanjkanje beljakovin v hrani, učinek drugih strupenih primesi v alkoholnih pijačah) - o tem je veliko razprav. Ostane pa dejstvo, da je jetrna ciroza značilna za alkoholizem. Prevalenco jetrne ciroze pri alkoholikih razni avtorji postavljajo različno, večina pa jo ceni na 5-6%⁽⁷⁾.

Jetrna ciroza je značilna za alkoholike in njen pojav je v korelaciji s številom alkoholikov in s tem, koliko alkohola populacija popije. Alkohol naj bi bil vzrok za polovico vseh jetrnih ciroz. Verjetno je eden od razlogov za to, da pomeni jetrna ciroza enega najbolj natančnih indikatorjev alkoholizma, tudi ta, da je bolezen zelo huda, praviloma zahteva hospitalizacijo ali celo več hospitalizacij, da so bolniki z alkoholno jetrno cirozo očitno alkoholno stigmatizirani in da je možno diagnozo zelo natančno dognati.

Po MKB-10 gre za naslednje bolezni:

- K70.0** Alkoholna zamaščenost jeter,
- K70.1** Alkoholni hepatitis,
- K70.2** Alkoholna fibroza in skleroza jeter,
- K70.3** Alkoholna ciroza jeter,
- K70.4** Alkoholna odpoved jeter,
- K70.9** Alkoholna bolezen jeter, neopredeljena.

Alkoholna okvara pankreasa

Akutni in kronični pankreatitis sta pri alkoholikih pogost zaplet, vendar redkejši kot ciroza.

MKB-9 ni izdvajala alkoholnega pankreatitisa (kar je bistveno okrnilo "alkoholno" statistiko), ampak je poznala:

- **577.0** Akutni pankreatitis,
- **577.1** Kronični pankreatitis.

MKB-10 pa vsebuje:

- K85** Akutni pankreatitis in
- K86.0** Kronični alkoholni pankreatitis.

Alkoholne okvare srca

Etilni alkohol pri čezmernem pivcu zelo zgodaj okvari miokard. Med laiki je sicer kar razširjeno mnenje, da alkohol širi srčno ožilje, Mazovčeva⁽⁸⁾ pa je že leta 1972 opozorila na neresne in neosnovane trditve tudi nekaterih medicinskih krogov o zaščiti koronarnega ožilja s koncentriranimi alkoholnimi pijačami.

Mednarodna klasifikacija v skupini **I42** Kardiomiopatija izdvaja diagnozo **I42.6** Alkoholna kardiomiopatija.

Nevrološke okvare

Okvare živčnega sistema alkoholikov so številne, od zelo pogoste alkoholne polinevropatije (**G62.1**) do redkih obolenj, ki jih celo specialist z dolgoletno prakso še ni srečal.

Epileptični napadi

Epileptični napadi pri alkoholiku spadajo tako v nevrologijo kakor v psihiatrijo. Tukaj jih namenoma vključujemo v psihične komplikacije alkoholizma, kajti njihovo zdravljenje je v etiološkem smislu zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola.

Epileptični napadi so pri alkoholiku tudi znak hujših okvar centralnega živčnega sistema. Lahko gre samo za posamezne epileptične napade, ki se javijo pravzaprav v sklopu abstinenčnega sindroma (torej v iztreznitveni fazi), ali pa za trajno okvaro možgan, ko abstinenca že ne prepreči več ponovnih napadov.

Hudolin⁽⁷⁾ navaja splošno mnenje, da nastane v skupini kasne epilepsije brez žariščnih EEG znamenj 10-20% epilepsij zaradi alkoholizma. Opozarja tudi, da lahko pride do nekaj epileptičnih napadov v vsakem primeru alkoholnega bledeža, hude alkoholne opitosti ali kadar koli v poteku alkoholne bolezni; to so tako zvanj "rum fits" ali "whisky fits" anglosaksonskih avtorjev. Teh primerov ne smemo imeti za epilepsijo.

Pri nas smo take epileptične napade označevali z diagnozo "Epileptični napadi v sklopu alkoholizma", če se po opustitvi pitja alkoholnih pijač niso več pojavili. Tem bolnikom antiepileptična zdravila niso potrebna. MKB-9 te naše diagnoze ni poznala in je zato ni bilo moč šifrirati. Prav tako pa ni poznala oziroma ni razlikovala alkoholne epilepsije od ostalih oblik te bolezni.

MKB-10 vključuje epileptične napade v nevrološkem delu pri alkoholikih takole:

G40 Epilepsija

G40.5 Posebni epileptični sindromi:

Epilepsia partialis continua.

Epileptični napadi, ki jih povzročijo:

- alkohol,
- zdravila,
- hormonske spremembe,
- pomanjkanje spanja,
- stres.

Iz nevrološke statistike ni moč zajeti podatkov o epileptičnih napadih pri alkoholikih. To je možno le s petmestno šifro **F10.41** (odtgnitveno stanje z delirijem in krči).

Štirimestne kategorije torej ne morejo dati podatkov o tem, kako pogosto se pri alkoholikih pojavljajo epileptični napadi niti v psihiatričnem niti v nevrološkem delu.

Načeloma velja, da je pri zdravstvenih zapletih oziroma posameznih boleznih treba ravnati tako, kot da niso alkoholnega porekla (psihotična stanja, jetrne okvare, vnetje trebušne slinavke, gastritis in podobno), ob vsakem ocenjevanju delazmožnosti pa je treba izpostaviti nujnost zdravljenja osnovne bolezni, to je odvisnosti od alkohola. Prispevek bi bil predolg, če bi želeli podrobno obdelati vsako duševno in telesno komplikacijo alkoholizma. Izvzeli bomo le dve stanji, ki sta pogosto deontološko dokaj nejasni: akutni alkoholni opoj in epileptične napade v iztreznitveni fazi.

Alkoholiziranost je pri alkoholikih simptom osnovne bolezni. Za zdravnika je to bolezensko stanje, za delovni proces ali promet pa je to motnja vedenja, ki pomeni kršitev določenih pravnih norm. Kot bolezensko stanje torej pomeni nezmožnost za delo, hkrati s to ugotovitvijo pa je takega bolnika treba napatiti na zdravljenje alkoholizma.

Če alkoholik, ki mu je zaradi opitosti priznan bolniški stalež, odkloni zdravljenje alkoholizma, potem je treba odločitev o nadomestilu osebnega dohodka za čas nezmožnosti za delo prepustiti komisiji zdravstvene zavarovalnice. Zdravnika se s temi pravnimi vprašanji ne sme obremenjevati.

Epileptični napadi pri alkoholiku. Če se ti pojavljajo v iztreznitveni fazi, potem ponavadi ne gre za tako okvaro, ki bi zahtevala antiepileptično terapijo. Vsekakor pa je treba izključiti druge morebitne vzroke za napade, kar pa je naloga nevrologije.

Takemu alkoholiku je treba nujno priznati bolniški stalež in ga vključiti v zdravljenje alkoholizma. Stalež je seveda treba dati pogojno: velja le v primeru, če se bo bolnik odločil za zdravljenje alkoholizma. Na delo pa seveda ne sme, tudi na tako delovno mesto ne, na katerem bi se v primeru napada ne mogel poškodovati (mimogrede: takega delovnega mesta ni!). Predpis antiepileptične terapije brez zdravljenja alkoholizma je strokovna napaka. Dietni predpis "abstinirati!" ni terapija. Tudi če tak bolnik dolgo ne pije alkoholnih pijač, v veliki večini primerov lahko doseže le stopnjo "treznega alkoholika", kar pa še ne pomeni zdravljenja.

Pri alkoholikih, ki imajo epileptične napade in ki so vozniki motornih vozil, moramo vsekakor načeti vprašanje njihove vozniške sposobnosti. Tudi to lahko podkrepi njihovo motivacijo za zdravljenje.

Ocenjevanje delazmožnosti alkoholikov ob socialnih zapletih

Alkoholik, ki dolgo niti slišati noče o kakršnem koli zdravljenju, pa ob socialnih zapletih rad pride po pomoč k zdravniku. Običajno ga prižene upanje, da se bo s primerno dolgim bolniškim staležem izognil disciplinskemu pregonu. Neredko pridejo s takimi pričakovanji in prošnjami tudi alkoholikovi svojci.

Izkušnje kažejo, da delodajalci neradi posegajo po odpustu z alkoholom zasvojenega delavca, posebno še tedaj, ko gre za človeka, ki je nekoč dobro delal. Delavcu svetujejo, naj se gre zdraviti, in če na to pristane, ne sprožijo disciplinskega postopka. Če pa so do njega bolj strogi, mu dajo vedeti, naj se ne prikaže na delo, dokler ne bo ozdravljen. To po našem mnenju ni prav, kajti tak delavec potem (razumljivo) izsiljuje bolniški stalež, kajti sicer mu grozi izguba dela. Do takega staleža, če ni zdravstvenih razlogov zanj, delavec

ni upravičen, kajti njegovih disciplinskih prekrškov ne moremo pokrivati z denarjem zdravstvenega zavarovanja. Po našem mnenju bi bil bolj ustrezen ukrep neplačan dopust. Problem rešimo najhitreje tako, da takega alkoholika čimprej hospitaliziramo na alkoholološkem oddelku.

Dekompenzacija na delovnem področju je najbolj običajen in zelo uporaben trenutek za začetek zdravljenja. Alkoholikovih teženj ne smemo imeti izključno za manipulacijo, češ da se ne želi zdraviti, ampak samo obdržati delo. Vedeti moramo, da dokler ga zaposlenost še skrbi, še obstoja možnost za rehabilitacijo.

Ob dekompenzaciji v delovnem sistemu pogosto pride do komuniciranja med zdravnikom in alkoholikovo delovno organizacijo. Ob tej komunikaciji pa se pojavi pestra deontološka problematika, ki jo bomo razložili malo širše, in to ne le z vidika ocenjevanja delazmožnosti.

Pogosto se dogaja, da delodajalec napoti svojega delavca na medicino dela in napotnici priloži svoje ugotovitve (delovna karakteristika), da delavec neupravičeno izostaja z dela, predvsem pa je na delu pod vplivom alkohola. To napravi delodajalec običajno iz dveh nagibov: ali zato, ker upa, da ga bodo na medicini dela "pošteno privili" in se bo zato odločil za zdravljenje, ali pa zato, da bodo dobili "črno na belem", da je alkoholik, in ga bodo potem oni privili in "poslali" na zdravljenje. Če je delavec drugače zdrav, potem pomeni izvid medicine dela za delodajalca razočaranje: delavec je namreč delazmožen. V takih primerih je po našem mnenju prav, da delodajalca poučimo, da opitost na delovnem mestu ni zdravstveni problem (razen ob nevarni zastrupitvi z alkoholom), ampak stvar reda in discipline, morda tudi o tem, da medicina ni za to, da pomaga delati red.

Drugače je tedaj, kadar pri delavcu kot posledica prekomernega pitja alkoholnih pijač nastopijo taka bolezenska stanja, zaradi katerih je ali pa bo kmalu postal nezmožen za delo. Tedaj je dolžnost medicine dela ta, da postavi diagnozo *alkoholizem* in ugotovi, da je zdravljenje te osnovne bolezni potrebno. Delavcu je treba to jasno predočiti in mu tudi pojasniti, da bo, v primeru da bo zdravljenje odklonil, predstavljen komisiji zdravstvene zavarovalnice, ki mu seveda ne bo priznala bonitet zdravstvenega zavarovanja, vendar pa po medicinski plati ne bo dobil pozitivnega izvida za vrnitev na delo.

Opozoriti moramo, da je dogovarjanje med zdravnikom in delodajalcem deontološko oporečno. Odnos med zdravnikom, ki v sklopu medicine dela ocenjuje delazmožnost, in njegovim pregledovancem je en sistem, odnos med izbranim zdravnikom in njegovim pacientom je drug sistem, odnos med delodajalcem in delavcem pa je spet drug sistem. Vsi ti trije sistemi smejo med seboj komunicirati samo preko pregledovanca = pacienta = delavca. Slednji pa mora vzeti v zakup sledeče:

- delodajalec ima pravico in dolžnost, da zahteva od delavca, da gre na preventivne preglede;

- izvidi s teh pregledov morajo biti posredovani njegovemu izbranemu zdravniku, ki odloča glede bolniškega staleža, zdravljenja itd.;
- njegovo zdravje je njegova skrb, ki je ne more prevzeti niti na specialista medicine dela (ta samo ocenjuje njegovo zdravstveno stanje) niti na izbranega zdravnika (ta mu lahko zdravljenje samo ponudi, ne more mu ga pa vsiljevati) niti na delodajalca (ta je dolžan skrbeti samo za tisto, kar mu nalaga zakon, da zavaruje delovni proces in delavce, s tem pa tudi sebe).

V praksi so omenjeni sistemi in odnosi pogosto pomešani. Najbolj običajna napaka je, da zdravnik ali terapevt, ki alkoholika zdravi, zahteva od delodajalca o njem poročilo. Nekako se je izgubilo izhodišče za taka poročila. Ta niso namenjena niti diagnostičnim opravilom niti doseganju pacientovega uvida. Namenjena so samo temu, da pacientu-alkoholiku v terapevtskem procesu olajšamo rehabilitacijo na delovnem mestu. Torej mora terapevt vedno dobiti pacientov pristavek na to, da na ta način vključi v terapijo tudi delodajalca. Pravzaprav je najbolje, da v takem primeru pacient sam prosi delodajalca (šefa, direktorja, kadrovske službo, socialnega delavca) za poročilo in ga po potrebi sam povabi na terapevtski sestanek. Če je zaradi pitja zabredel v težave, ga bo delodajalec najbolj realno seznanil s svojimi pogledi, pri tem pa bo morebiti zvedel za delavčeva stališča, tudi za njegov uvid in se bosta lahko pogodila za bolj solidno nadaljnje sodelovanje.

Druga zelo pogosta napaka je, da delodajalec (običajno so to delavke kadrovske službe) želi zvedeti, kako se delavec zdravi oziroma ali se sploh zdravi, prihaja na preglede, ali res mora biti v bolniškem staležu itd. Prejšnja leta so bile to največkrat socialne delavke podjetij in stalno smo morali spraševati, ali so v organizaciji kot socialne delavke ali pa so le uslužbenke kadrovskega oddelka (s končano višjo šolo za socialne delavce). Pogosto so odgovarjale, da so oboje hkrati. Poizvedovale pa so včasih zato, da bi delavcu pomagale, včasih pa zato, da bi vedele ravnati v disciplinskem postopku.

Tudi pisna vprašanja glede delavčevega zdravljenja smo že dobivali - da bi v podjetju vedeli, kako speljati disciplinski postopek. Opora za taka pisma je določilo zakona o delovnih razmerjih, točneje njegov člen 90, ki je bil sicer dobro zamišljen, a je premalo natančen. O tem smo že poročali in opozorili na slepo ulico 90. člena⁽⁹⁾. Naši odgovori so namreč nujno pomenili razočaranje za spraševalce, saj jim ni bilo možno razkriti podatkov o zdravljenju njihovega delavca.

Invalidsko upokojevanje alkoholikov

Invalidsko je lahko upokojen alkoholik samo tedaj, kadar so nastopili pri njem taki zdravstveni zapleti, ki jih tudi abstinenca (ki jo je moč doseči le z zdravljenjem alkoholizma) ne bi mogla toliko izboljšati, da bi predvidoma

postal delazmožen. Tehtanje glede omenjenega vprašanja je včasih težko. Invalidska upokojitev pomeni za alkoholika pravzaprav trajno nezmožnost za polno rehabilitacijo; torej pri njem ne bo moč doseči zadovoljive stopnje realnega samospoštovanja, kar pa predstavlja permanentno recidivno situacijo. Zato vprašanje upokojitve ni samo vprašanje obremenjevanja invalidskega fonda, ampak predvsem vprašanje alkoholikove ozdravitve.

Zdravnik, ki naj odloči: ali pred invalidsko komisijo ali k alkoholologu, se pogosto znajde pod pritiskom svojcev, ki ne verjamejo, da je možno konkretnega alkoholika zdraviti, in si želijo samo še to, da bi imel pokojnino in bi jim vsaj po tej plati ne bil več v breme.

Psihiater alkohololog bo nedvomno ugotovil trajno nezmožnost za delo pri alkoholni demenci, pri somatskih obolenjih pa bo odločitev prepustil drugim specialistom, prav pa je, da jih opozori, naj ocenijo možnost bistvenega izboljšanja zdravstvenega stanja ob abstinenci. Ko to odločitev prepusti drugim, mora ugotoviti, da v primeru, ko tudi abstenenca ne bo prinesla bistvenega izboljšanja, s psihiatrične plati ni ovire za invalidsko upokojitev.

Nimamo podatkov o tem, kako invalidske komisije obravnavajo alkoholike. Ne vemo, koliko jih je v postopku ocenjevanja delazmožnosti predstavljenih alkoholologu in koliko jih je bilo že pred ocenjevanjem napoteni na zdravljenje. Raziskava, narejena pri nas pred slabimi 20 leti, je pokazala, da je bilo kar 40 % alkoholikov upokojenih, ne da bi bili pred tem napoteni k psihiatru-alkohologu v obravnavo⁽¹⁰⁾. Verjetno dandanes stvar ni več taka.

Omenimo naj še, da invalidska komisija praviloma zahteva tudi psihološko testiranje alkoholika. Glede potrebnosti takšnega testiranja se bo odločil psihiater sam. Če bo lahko podal mnenje brez psihološkega pregleda, potem je zahtev po takem pregledu nepotreben izdatek, pa tudi nedopustno poseganje v pacienta. Menimo tudi, da bi morali biti psihologi, ki sodelujejo v invalidski komisiji pri ocenjevanju delazmožnosti psihiatričnih pacientov, specialisti klinične psihologije.

Ocenjevanje sposobnosti za določena dela

Nekaterih del osebam, ki so odvisne od alkohola, ni dovoljeno opravljati. Taka dela so na primer vožnja motornega vozila, upravljanje z določenimi stroji, letenje, opravljanje dela strojevodja in nekaterih drugih opravil na železnici, delo z viri ionizirajočih sevanj, nošenje orožja itd. Za vsa ta dela veljajo posebni predpisi in ocenjevanje oseb opravljajo pooblaščen zdravniki. O njihovem delu, ko gre za ocenjevanje alkoholikov, alkoholologi nimamo podatkov.

Iz nekaterih znakov sklepamo, da je omenjeno ocenjevanje, kar se alkoholizma tiče, pogosto premalo natančno.

1. Jakopič J. Delo z odvisnimi od alkohola je pogosto (navidezno ali pa tudi zares) strokovno napačno. V: Medicina odvisnosti. Zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo - Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1996: 94.
2. Cann CI. Alcohol and cancer of the head and neck. Alc. Health Res. World 1986; 10: 34-6.
3. Jones S, Casswell S, Zhang J-F. The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. Addiction 1995; 90: 1455-61.
4. Zakon o temeljih varnosti cestnega prometa. Ur. l. SFRJ 1981; 4. Zakon o varnosti cestnega prometa. Ur. l. SRS 1982; 5. Predlog zakona o varnosti cestnega prometa. Poročevalec Državnega zbora Republike Slovenije 1995; 21: 5: 14-67.
5. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Ljubljana 1995.
6. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Dilling H. ed. Bern, Göttingen, Toronto: Huber, 1991.
7. Hudolin VI. Bolesti ovisnosti. Zagreb: Klinika za nevrologiju, psihijatriju, alkoholologiju i druge ovisnosti Kliničke bolnice "Dr. Mladen Stojanović", 1977.
8. Mazovec M. Alkohol in kardiovaskularni sistem. V: XII. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Interna klinika v Ljubljani, 1972.
9. Jakopič J. Alkoholologija in pravo - nekatera mejna področja. V: 1. strokovno srečanje pravnikov s področja javnega prava. Brdo pri Kranju: Inštitut za javno upravo pri pravni fakulteti v Ljubljani, 1995: 33-51.
10. 10. Milčinski L (ed). Vprašanja invalidskega upokojevanja duševno abnormnih oseb. Ljubljana: Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja v SR Sloveniji, Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana-Polje, 1978: 139.