

IZKUŠNJE OB DELU V INVALIDSKI KOMISIJI I. STOPNJE

Marijan Pregl

NAMESTO UVODA

Seveda gre za izkušnje (nevro)psihiatra, ki ima določeno znanje tudi iz socialne medicine in epidemiologije, nima pa pregleda nad celotnim dogajanjem v SPIZ-u in podobnih družbah v drugih državah.

Že pred osamosvojitvijo R Slovenije smo se psihiatri srečali z določenimi prilagoditvenimi motnjami, katerih pa po 10. reviziji MKB ne bi zajeli v »šifrah« F43. V tem obdobju so se zamajale parole, kot na primer: »Vsi imamo enake želodce«, »Pravico do dela« in podobne. Zelo težko je bilo »postaviti na realna tla« na primer delavca, odvisnega od alkohola; osebno motenega uslužbenca, ki je prenašal duševno pogojeno nezadovoljstvo (zaradi neurejenih razmer doma, ali ker je menil, da doživlja na delovnem mestu šikaniranje) v telesne nevšečnosti: glavobol, motnje spanja, razburljivost, dokazovanje »svoje prav« itd. Te reakcije bi smeli zajeti tudi z nepsihiatrično dikcijo: delavec (uslužbenec) je bil užaljen, jezen, ni pa se počutil ogrožen. Zlasti udeleženci NOB ali člani bivše ZK so se v konfliktnih situacijah počutili »varne«: nastopali so s tem, »koliko so doprinesli za izgradnjo socializma«, »o lastnih zaslugah«. Ni domena psihiatrije, da je razsodnik v disciplinskem ukrepu, toda: neredko je zadostoval zgolj psihiatrični opis (op.tokrat bolnikovega) »stanja« in že je tedanji delavski svet (kot pritožbena instanca) spremenil disciplinski ukrep »odpusta« v »pogojni odpust«, če delavec v roku enega leta ne bo ponovil disciplinskega prekrška. Če še to ni zadostovalo, pa so bila tedanja sodišča združenega dela kar »usmerjena« za odločitev v prid delavcu.

Sledil je znani beg vodilnih oseb, ki so zaslutile, kaj pomeni »tržno gospodarstvo«, v predčasne upokojitve; večina jih je bila na »vodstvenih in vodilnih položajih«, pojavili so se »dokupi delovne dobe« in so prenekateri mimo ocene invalidnosti dosegli upokojitev. Nekateri so danes uspešni poslovneži.

Toda: večina (ocenjujem, da 90-95%) ni imela te možnosti in so zašli v situacije, ki jih pa že smemo označiti kot stresne, saj so se zanje eksistenčni problemi »dogajali« mimo njihovih želja, teženj in vpliva.

Ocenjujem, da se mora delavec(ka) v stečajnem postopku podjetja - v relativno kratkem obdobju večkrat prilagoditi dani situaciji:

- Ko se začne šušljati, da grozi podjetju stečaj in kdo se bo »zadržal« na delovnem mestu, kdo pa bo odpuščen, začne veljati »zakon džungle«, starejši delavci želijo odpuste po principu »mi smo zgradili tovarno, mlajši naj odidejo«, mlajši delavci pa zatrjujejo, kako so prilagodljivejši, vzdržijo več napora, pa tudi teoretično znanje jim je obširnejše. Nekatera podjetja so še danes v tem obdobju. Subjektivno stisko starejših delavcev pa tokrat smemo že primerjati s prilagoditvenimi motnjami (MKB-10: F43.2), zlasti če starejši zasledijo časopisne oglase kot »sprejememo zidarja (mizarja, avtoličarja ...), starega do 35 let«. Človeško je, da že v tem obdobju iščejo delavci (uslužbenci) zdravniško pomoč, zlasti psihiatrično, s tiho željo, da bi bili upokojeni in dosegli socialno varnost. Vpogled v zdravstveno dokumentacijo pa pokaže, da so bili pred stečajnim postopkom zdravi, redko so iskali zdravniško pomoč, sledila pa je takšna stiska, da je niso uspeli več obvladati.
- Ko so se podjetja »reorganizirala« (op.delno z odpusti delavcev), se je pojavilo v psihiatriji dvoje »vrst klientov«. Tisti, ki so ostali na delovnem mestu, ne vzdržijo pa več »normalnega delovnega tempa«, in odpuščeni delavci. Psihiater, zaposlen zgolj v zdravstvu, dobi vtis, da delavec(ka) v sedanjem obdobju razvoja R Slovenije ni zaščiten(na); primer: delavka je dosegala 120% normo, ki pa je postopoma postala 100%; še stalno je dosegala 105% normo, toda tudi ta ji je po nekaj mesecih postala 100%; MKB v šifri F 48.0 (Nevrastenija) izključuje »izgorelost« (Z 73.0), mogoče bolje: psihofizično izčrpanost. Primer: 45-letna poročena delavka z brezposelnim možem, mati dveh otrok, ki dela normirano delo, katero je nekoč presegala, po dvigu norme pa dosega le 80% (in še vedno nekoč 100%) norme; postopoma se javlja »sekundarna nevrotizacija«. Na management izven zdravstva se ne spoznam, vendar v tržnem gospodarstvu na koncu obvlada kvaliteten izdelek z najmanjšo ceno; znatni del cene izdelka predstavljajo sodobna tehnologija in izkoriščanje delavca (tako glede norme kot plačila). Ocenjujem, da »zapadne« države širijo svojo tehnologijo »na vzhod«, čim doseže delavec (op.zaposlen v tujem »kapitalu«)

tri do štiri petine »plače« »matičnega podjetja« ob slabši tehnologiji in doseganju nadpovprečne norme. Psihofizični napor teh delavcev (delavk) so takšni, da jih »povprečna oseba« ne vzdrži več kot nekaj let.

Pri odpuščenih osebah, torej brezposelnih, pa sledi socialno vegetiranje s posledičnimi anksioznimi in depresivnimi motnjami (MKB 10, F 41.2). Do teh ne bi nikoli prišlo, če bi bili zaposleni. Sledijo znane, psihološko pogojene reakcije: jeza, lahko tudi škodljiva zloraba alkohola, resignacija, slabe možnosti iskanja zaposlitve, tudi želja po invalidnini, poskus socialne reorganizacije, končno pa »reparacijski mehanizmi« prenehajo, saj jih ni več. Primer: avtoličar, star 54 let, pred tremi leti je bil dokončan stečajni postopek podjetja; po dveh letih mu je prenehalo nadomestilo Urada za zaposlovanje; ker pa je solastnik hiše in (manjšega) dela zemljišča, ni bil upravičen do »socialne pomoči«; »zagrabil« bi za vsako delo, zlasti, ker mu je (zaposlena) žena pričela očitati, da se »ne znajde in ga ona oskrbuje«; poskus suicida je sledil, ko mu je mladostni prijatelj (op.samostojni obrtnik - avtoličar) zagotovil, da lahko zaposli »mlade avtoličarje brez prijave, kolikor ji želi«; objektivnih možnosti za izhod njegove osebne stiske je zelo malo. Brezposelnost pomeni drugačno socialno funkcioniranje, saj poseže v integriteto osebnosti. Javlja se depresivno razpoloženje, tesnoba, zaskrbljenost, občutek nesposobnosti za izvajanje vsakdanjih opravil, tudi motnje vedenja. V obrazložitvi »šifre« F 43.2 se v MKB-10 posebej poudarja, da ima »individualna predispozicija in ranljivost pomembno vlogo ..., vendar se predpostavlja, da se stanje ne bi pojavilo brez stresorja«. In psihiatri se vse češče srečujemo s prilagoditvenimi motnjami; usmerjena anamneza sicer prikaže določene osebnostne posebnosti, togo in rigidno mišljenje ipd., toda do psihičnih motenj ne bi nikoli prišlo, če bi imela »oseba zagotovljeno ustrezno delo«.

Psihijatriji se je v preteklosti večkrat očitala zloraba, čeprav ni bilo to nikoli dokazano (na primer sodelovanje z »diktaturo proletariata in pospravljanje političnih disidentov pod preprogo«; »posebnosti psihiatrične kemične terapije, ki pobeblja bolnike«; psihiatri bi naj bili »policisti v belih plaščih« itd.)

Po takšnih ocenah postane psihiater previden in želi v svojem delu že od vsega začetka preprečiti očitke, kako sodeluje »z državo«. Psihiater »ima pred seboj pacienta, ki mu želi pomagati«; obvlada razne »psihoterapevtske posege«: od individualne psihoanalize, sprostitvenih tehnik, družinske in skupinske terapije, do kemične terapije itd. Zelo malo »maneverskega prostora« pa mu ostane, ko naleti na pacienta, ki je v eksistenčni krizi.

Zloraba psihiatrije pa postane očitna, če vemo, da imajo brezposelni delavci zelo malo možnosti za invalidsko upokožitev brez psihiatričnih diagnoz; pa mogoče še diagnoz ortopeda in delno internista (na primer obraba hrbtenice, kolka, »hipertonia non fixata« ipd.)

Sledijo tri dileme:

Republika Slovenija velja za državo z relativno (glede na število prebivalcev) veliko brezposelnostjo. Brezposelnost pomeni »socialni problem«, nezaposlena oseba pa je potrebna »socialne pomoči«. Če doseže nezaposlena oseba »status invalida I.kategorije«, ga »uradna statistika« več ne obravnava, čeprav je občasno razlika med »socialno podporo« in »invalidnino« majhna. »Socialnega problema« ni več. Je psihiatrija v tem delu mogoče prepletena s politiko države glede »vstopa v Evropo«?

Delavec(ka) pred stečajem podjetja ni nikoli iskala zdravniške pomoči zaradi nevrotskih motenj. Toda tudi pri brezposelnosti išče to pomoč le del bolnikov. So mogoče odpovedali »reparacijski mehanizmi« samo pri določenih osebah z določeno predispozicijo ali pa gre za »izmuzniške (op.delno podzavestne) reakcije«?

Kaj se dogaja v socialni patologiji Slovencev; v odstotkih smo na samem vrhu glede samomorilnosti, pa tudi pri upokojencih (op.tudi invalidskih) in po brezposelnosti. To področje statistično še ni obdelano; ne vemo na primer, koliko samomorilcev je bilo brezposelnih in niso iskali zdravniške pomoči.

Po teh dvomih in razmišljanju sem sprejel ponudbo in sem postal »član komisije izvedencev pri SPIZ-u I.stopnje Območne enote Murska Sobota«.

Če ne bi sodeloval s kolegoma, ki sta mi bila že v preteklosti prijatelja, bi to delo po nekaj mesecih opustil. Le njuna doslednost, iskanje najboljše rešitve in temeljitost pa tudi upoštevanje mojega mnenja so me zadržali, da bo tretje leto, kar sodelujem pri oceni »preostale delazmožnosti«.

Zelo težko je namreč, če je sploh možno, da je lahko zdravnik, ki mu je glavni poklic pomagati bolniku, sočasno tudi izvedenec, ki določa invalidnost (op.čeprav lečeči psihiater ne more biti član IK). Poskus pomagati pacientu v »stresni situaciji« ni primerljiv z ugotovitvijo, da pri »zavarovancu invalidnost ne obstaja«.

Predpisi o dela(ne)zmožnosti so zastareli, večinoma gre za povzetek bivše SFRJ in niso prilagojeni »evropskim normam«.

SPIZ ima zelo dober statistični pregled nad delom posamezne »IK I.stopnje«. »Paradni konji« so komisije, ki »ne ugotavljajo invalidnosti«; drugič se očita komisiji, da »imajo preveč invalidov III.kategorije« itd. Pogrešam pa globlje statistične analize, na primer starost prebivalstva, priseljenost itd. Ni vseeno, če obravnavamo področje, kjer je povprečna starost odpuščenih delavcev več kot 50 let in ni nobene realne možnosti zaposlitve, ali področje, kjer poskušajo invalidsko upokojevati na primer 40 letne delavce in podobno.

Seveda pa obstaja tudi »pritisk« podjetij, da bi se delavci v celoti upokojili, saj enostavno nimajo ustreznega delovnega mesta.

Ko osebni zdravnik pošlje dokumentacijo na SPIZ za oceno delazmožnosti (tokrat zavarovanca), sledi pregled te dokumentacije, ki ga opravi navadno predsednik IK. Potrebno je pridobiti še druge relevantne podatke. Zlasti je važen opis delovnega mesta, saj izhaja invalidnost iz delovnega mesta, kjer je bil nazadnje zavarovanec zaposlen, in ne na primer iz izobrazbe.

Primer: Srednja medicinska sestra ima težave zaradi okvare hrbtenice. Dela v ZD: išče kartoteke, vpisuje recepte, lahko dela stoje, izmenično sede - ni invalidnosti; če bi delala v bolnišnici, kjer mora dvigovati (pri negi) bolnike - obstaja invalidnost, saj ne sme dvigovati več kot 10 kg ipd.

Posebna zadrega nastane, ko je zavarovanec zamolčal ob vstopu v službo, da boleha za epilepsijo. To je bilo nekoč možno (na primer gradbeni delavec, danes državljan R Slovenije, sprejet brez predhodne medicinske dokumentacije); ob stečaju podjetja pa uveljavlja invalidnost zaradi epilepsije. Invalidnost je torej nastala že pred nastopom dela.

Po zbrani dokumentaciji nato predsednik IK predlaga kategorijo invalidnosti, ki seveda ni obvezujoča za komisijo. Ocenjujem pa, da je ocena (brez pregleda zavarovanca) približno v dveh tretjinah točna.

Izvedensko mnenje IK I.stopnje vsebuje anamnezo, pregled, diagnoze in mnenja različnih specialistov itd. Potem pa sledijo točke, ki ne posegajo več v tajnost podatkov. 8.točka opredeljuje pozitivno in negativno mnenje pri vprašanjih:

- ali je zavarovanec zmožen za delo in za kakšen čas,
- ali za svoje delo ni zmožen, je pa sposoben za drugo ustrezno delo in za kakšen čas; potreben je opis tega dela (na primer psihično nenaporno, ne v normi, ne sme dvigovati več kot 10 kg, delati ponoči, kjer je potreben globinski vid itd.)

Sledijo še vprašanja o možnosti poklicne rehabilitacije, kategorija invalidnosti, vzrok invalidnosti (bolezen, poškodba izven dela oziroma ob delu ipd.)

Zlasti je važna 16.točka, ki utemeljuje in obrazloži mnenje. Ta točka ne vsebuje diagnoz, saj je obrazložitev vnesena v odločbo, ki jo sprejme tudi zavarovanec in podjetje.

Vsebuje le osnovne elemente, ki so potrebni za podajo mnenja IK. Najčešča dikcija te točke je sledeča: »Izvedenci smo proučili in ocenili zdravstveno stanje zavarovanca(ke), dokumentacijo o delovnem mestu in ugotovili ...« Veljavni predpisi dopuščajo sledeče ugotovitve.

1. Ni invalidnosti in neposredne nevarnosti za invalidnost.
2. Zdravljenje ni končano, potrebna je poglobljena diagnostična obravnava; osebni zdravnik naj zavarovanca ponovno predstavi z zahtevano dokumentacijo.
3. Na osnovi razpoložljive dokumentacije ni izgube delazmožnosti, osebni zdravnik pa lahko zavarovanca ponovno predstavi z dokumentacijo.
4. Pri zavarovancu obstaja neposredna nevarnost za nastanek invalidnosti.
5. Zavarovanec(-ka) ni pod splošnimi pogoji več sposoben(-na) za svoje delo, zato je:
 - nastopila popolna izguba delazmožnosti (I.kategorija invalidnosti);
 - sposoben(-na) opravljati drugo delo, opredeljeno v točki 8 (op.torej z omejitvami) s skrajšanim delovnim časom, brez nevarnosti za poslabšanje zdravstvenega stanja (II.kategorija invalidnosti);
 - sposoben(-na) opravljati svoje delo, opredeljeno v točki 8, s skrajšanim delovnim časom, brez nevarnosti za poslabšanje zdravja (II.kategorija invalidnosti);
 - sposoben(-na) opravljati drugo delo, opredeljeno v točki 8 (op.torej zopet z omejitvami) s polnim delovnim časom, brez nevarnosti za poslabšanje zdravstvenega stanja (III.kategorija)
 - sposoben(-na) opravljati drugo delo, opredeljeno v točki 8, s polnim delovnim časom, brez nevarnosti za poslabšanje zdravstvenega stanja, vendar po predhodni poklicni rehabilitaciji (III.kategorija).

Drugih možnosti ni in znotraj teh okvirjev je treba podati mnenje. Posebni predpisi veljajo za obrtnike, avtoprevoznike, umetnike, odvetnike, kmete, vrhunske športnike itd. Primer: kmet, ki je sposoben opravljati le lažja kmečka dela (op.po pravilu bi bila to tretja kategorija): ni invalidnosti.

Šest mesecev po pravnomočnosti odločbe lahko osebni zdravnik postopek obnovi.

Ker vemo, da so zavarovanci pred ocenitvijo preostale delazmožnosti v stiski, bi morali zlasti paziti na varovanje zdravstvenih podatkov, vendar od zavarovancev niti ne zahtevamo, da bi na primer s podpisom pri osebnem zdravniku soglašali, da sme predati izbrane izvide komisiji izvedencev. Poleg tega se gradivo po pravilu ne vrača.

Razvidna je bistvena razlika: terapevt je uperjen v bolezen, komisija izvedencev pa v dokazovanje zdravja.

Odprte so še druge dileme, na primer razni pregledi, ki jih zavarovanec mora opraviti; tu in tam dobi zavarovanec še zahtevek, da bi se moral - kot ne/duševno bolni - zdraviti v psihiatrični ustanovi ipd.

Predsednik IK zavarovance selekcioniira, tako da obravnava (nevro) psihiater tiste, kjer so duševne motnje v ospredju ali pa vsaj delno odločilne za predlagano invalidnost.

Žal zavarovancev(k) nisem (še) statistično obdelal. Ocenjujem, da je predstavljenih IK zaradi duševnih motenj približno tretjina, ki so brezposelni, tretjina kaže znamenja psihofizične izčrpanosti, v preostali skupini pa naletimo na vse: od poskusov izmuzniških reakcij do resnih endogenih duševnih bolezni. Približno dve petini jih prihaja ponovno na pregled; pri teh je najčešče potrjena prva odločba, saj bi moralo nastati bistveno poslabšanje bolezni, do tega pa po enem letu ni prišlo.

Pri brezposelnih delavcih je potreben opis delovnega mesta, kjer je bil nazadnje zaposlen.

Brezposelnost predstavlja drugo identiteto, spremenjen način življenja, nižji socialni nivo in še kaj. Običajno gre za skupino oseb, starih od 40 do 55 let, ki pa nimajo starostnih pogojev in/ali zadostne delovne dobe, da bi se predčasno upokojili. Prilagoditvene motnje so očitne, zlasti če zasledimo, da pred brezposelnostjo niso iskali psihiatrične pomoči. Ostaja pa vtis, da teh motenj ni pri vseh brezposelnih in da jih zasledimo največ pri primarno egocentričnih osebah, takšnih s histrionično, občasno tudi s paranoidno osebnostno strukturo. Intelktualni količnik (op.seveda tisti v mejah povprečja) nima pomembne vloge (na primer nizko povprečna ali dobro povprečna inteligenca). Terapevt ima zelo malo manevrskega prostora v smeri »poglobljanja zdravja«, »boljše pozitivne motiviranosti« ipd., saj je za težnjo po invalidski upokojitvi neredko eksistenčna problematika. Zavarovanec(ka) pač ne vidi drugega izhoda, sicer pa bi tudi prenekateri še rad delal. Razvoj prilagoditvenih motenj pa je (poenostavljeno) najčešče dvojen:

- Najčešče se javlja depresivnost, tesnoba, kar postopoma preraste v anksiozno depresivni sindrom z motnjami spanja, utenjenostjo, nihilizmom, bolečinami v prsih, tudi glavoboli, motnjami apetita ipd. Kot druge diagnoze so najčešče navedene težave v zvezi z raznimi okvarami mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva. Najčešča ocena komisije izvedencev je: invalidnost ne obstaja ali pa III.kategorija invalidnosti. Gre za reaktivna stanja, ki nastopajo pretežno v prvih dveh letih brezposelnosti. Čas bo pokazal, v koliko letih se bodo ti duševni pojavi kronificirali.

- V drugi skupini pa naletimo na somatoformne bolečinske motnje, na primer zelo poudarjen glavobol psihogenega tipa, psihogena bolečina hrbta; njihova emocionalna prizadetost je bolj površinska, ni vegetativnih sopojavov; zavarovanci(ke) imajo številne izvide, ki pa večinoma dokazujejo le telesno zdravje; če so že kakšna odstopanja (na primer komaj opazna eutireotična nodозна struma), takoj navežejo nanje številne težave. Čeprav načeloma pri njih invalidnost ne obstaja, se neredko pritožujejo na oceno prvostopenjske komisije IK, že čez šest mesecev želijo ponovno ocenitev delazmožnosti ipd. Je vtis, da so zelo slabo motivirani za kakšno drugo zaposlitev in je rentna situacija očitna, s tem pa tudi slaba prognoza. Te osebe imajo večinoma neugodno anamnezo iz otroštva, pa tudi pred brezposelnostjo so jemali anksiolitika, zlasti v kriznih situacijah, neredko imajo tudi v domačem okolju neurejene razmere.
- Javlja se še tretja, manjša skupina bolnikov, pri katerih se je zdravstveno stanje dejansko poslabšalo. Zlasti gre za bolnike s kognitivnimi motnjami (»vajeni svojega dela«, »slabo manipulativni«), za bolnike, ki bolujejo za shizofrenijo, za težjo obliko depresije, za blodnjavimi motnjami. Poslabšajo se že ugotovljene psihosomatske težave, nekateri zdrknejo iz škodljivega uživanja alkohola v odvisnost od alkohola ipd. Večina jih je že bila invalidsko ocenjena (op.seveda ne odvisni od alkohola).

Imam vtis, da je v tej zadnji skupini psihiater zopet zmanipuliran, zlasti če ve, da je invalidska upokojitev za duševno bolnega socialna smrt, saj je »odpisan«. Prenekateri duševno bolni vidi v zaposlenosti svojo rešitev; toda če nima zaposlitve, mu grozi eksistenčna ogroženost, z veliko verjetnostjo recidiva. Potem je pač bolje, da sprejema invalidnino, tokrat pa z verjetnostjo suicida, saj je izgubil še tisto samopotrditev, ki mu je preostala, to je, da je družbi koristen. Menda je še najboljša rešitev, da se ti bolniki ovrednotijo za invalide I.kategorije za dobo 1-2 leti in se jim invalidnost podaljšuje.

Drugo skupino predstavljajo delavci s psihofizično izčrpanostjo. Tu prednjačijo ženske, kar je razumljivo (so še gospodinje in matere): neredko zasledimo, da so še doma dodatno obremenjene (nega staršev, mož zbolil za rakasto boleznijo, otrok je duševno manjrazvit ipd). Njihova delovna doba je običajno 15-25 let, večinoma delajo normirano delo ali pa na delovnih mestih, kjer se zahteva hiter tempo (trgovina, banka, pošta ipd.).

Kakšne tipične »predispozicije« ni zaslediti, razen da ugotavljajo psihologi često »astenično osebnostno konstitucijo«.

Najčešče opazujemo sliko, podobno nevrasteniji (F 48.0): te osebe se niso sposobne sprostiti, upada jim delovna storilnost, so utrujene, javlja se inverzija spanja, ponoči premišljujejo, kako bodo zmogle delo, postanejo

razdražljive, javlja se tenzijski glavobol, tudi vrtoglavice, tremor prstov, čez čas pa se anhedonija spremeni v depresivnost. Koncentracija jim je šibka, javlja se simptomatska motnja pomneža.

Če že v začetku iščejo zgolj kemično terapijo (bojijo se staležev, saj potem neredko sledi odpust), pa postopoma le uvidijo, da »tako več ne gre naprej«. Učili smo se, da je za terapijo teh pojavov najboljši počitek sočasno z eno od sprostitvenih tehnik, kratka dinamična psihoterapija ipd. Toda če delavec ve, da se bo vrnil na delovno mesto, ki mu povzroča težave, uspeh terapije izostane. Večinoma se odločamo za III.kategorijo invalidnosti.

Neredko je pri teh osebah psihiater zopet vpleten v družbena dogajanja z mnenjem, na primer da delavka pod splošnimi pogoji ni sposobna za svoje delo, je pa sposobna za svoje delo v 80(75)% normi: delodajalec zvišuje normo, kar lahko mlajša delavka nekaj let zdrži, nato ji tempo peša; namesto da se zniža norma, nastopi invalidnost.

Pri nekaterih poklicih je potrebno biti pri ocenjevanju zelo previden in se pogovoriti s predpostavljenimi, kaj storiti. Primer: poslovodkinja, stara 48 let, 28 let zaposlitve, ne zmore več svojega dela. Danes je - kot invalid III.kategorije - čistilka in pomožna delavka v trgovini, ki jo je nekoč vodila. Sekundarna nevrotizacija je več kot očitna.

Tudi tu so druge najčešče bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva (npr.spondiloza hrbtenice).

Ta skupina ni tako homogena. Če vemo, da predstavlja delo tudi socialni stik, družabnost in zadovoljevanje specifičnih človekovih potreb, pomeni ocena IK poraz tako za bolnika kot za osebnega zdravnika; zavarovanec je poražen s tem, da se izolira od širše družbe, zdravniku pa ni uspelo bolnika pozdraviti. Pristopi so izrazito individualni in potrebujejo kljub izvidom še razgovor s psihiatrom, ki dela na IK. Potem se ne bi dogajalo, da je ocenjena zavarovanka, po poklicu ekonomski tehnik, z zgodnjim začetkom Alzheimerjeve bolezni, ki jo je mož pripeljal do vrat, da so ji »določili« invalidnost III.kategorije; pa tudi to ne, da postane nekdo invalid I.kategorije, ker mu ni uspelo, da bi postal vodilni delavec podjetja.

Iz programa izhaja, da so predavatelji že podrobneje obdelali posamezna področja duševnih motenj. Imam vtis, da so nekateri zavarovanci premalo obdelani, s tem v zvezi pa sledi napačna diagnoza, kar lahko zavede komisijo.

Primeri:

- Po poškodbi glave z daljšo nezavestjo je bolnik postal osebnostno spremenjen, razdražljiv, na delovnem mestu je celo udaril sodelavca; gre očitno za organsko osebnostno motnjo (F 07.0); napotna diagnoza: disocialna osebnostna motenost (F 60.1).
- Neprepoznavanje odvisnosti, zlasti od alkohola, analgetikov in anksiolitikov.
- Z uvedbo MKB 10 imamo kar 13 »depresivnih epizod« (F 32 in F 33); to in pa naval farmacevtske industrije verjetno vplivata, da se je število bolnikov s temi diagnozami podvojilo; razgovor pa pokaže, da gre za prilagoditvene motnje (F 43.2). Primer: Napotna diagnoza bolnice: endogena depresija (F 33.3) in s to diagnozo vodena ter predlagana po več mesecih staleža za IK; anamneza je pokazala, da je šlo za disociativni stupor (F 42.2) s histrionično osebnostno motenostjo (F 60.4) in »konverzivno nevrozo« (F 44.9); »stupor« je sledil po sporu s taščo.
- Sem in tja so tudi simulacije; primer: Napotna diagnoza pri 57-letnem večjem kmetu: vaskularna demenca (F 01.1); slučajno ga je poznal eden od komisije izvedencev in navedel, da je v krajevni skupnosti običajno govornik na pogrebih; govori prosto, brez »listka« navaja za pokojnika važne podatke. Sicer bi pa tudi pregled žuljavih dlani pokazal, da ni ravno tako dementen. Začetek diagnoze je segal leto dni nazaj, ko je utrpel verjetno tranzitorno ishemično atako. Doma vozi traktor in avto, na pregled ga je pripeljala žena, češ da mu mora pomagati pri oblačenju.

In za konec:

Sodelovanje v IK I.stopnje zahteva odgovornost. Kot prvo velja: ne žaliti zavarovancev(-k), zlasti če so v osebni stiski, pa nimajo pogojev za invalidnost; potrebna je odločnost, ko želijo predstavniki podjetij vsiliti svoje želje; če/ko pa je ugotovljena invalidnost, naj se to pogumno zapiše, čeprav ne bo vseč SPIZ-u, češ da je določena IK I.stopnje »preširoka v svojem delu«.