

OCENJEVANJE DELAZMOŽNOSTI DUŠEVNIH BOLNIKOV V SPLOŠNI MEDICINI

Marjeta Zupančič, Janko Kersnik

asist. JANKO KERSNIK, dr.med.
ZD Jesenice, ZP Kranjska gora
Koroška 2
4280 Kranjska gora

MARJETA ZUPANČIČ, dr.med.
ZD Jesenice
Cesta M. Tita 78
4270 Jesenice

UVOD

Zdravnik splošne medicine (ZSM) skrbi za zaokroženo, dobro poznano populacijo. Bolnike obravnava v ambulanti in na domu. Zaradi stalnosti veliko ve o osebnih, družinskih in delovnih anamnezah svojih bolnikov. Skozi leta si zgradi zaupen odnos, ki mu pomaga pri sporazumevanju z bolniki (1). Trdoreh pri obravnavi bolnikov v splošni medicini (SM) predstavljajo predvsem bolniki z duševnimi motnjami, težave se pojavijo pri prepoznavi motnje, ustreznih napotitvah in zdravljenju, pa tudi pri ocenjevanju delazmožnosti.

Okrog 40% bolnikov, ki se posvetujejo s svojim zdravnikom, kaže določeno mero duševnih motenj (1,2). Pri tem se bolniki pogosto ne zavedajo, da so vzrok njihovim težavam duševne motnje, od zdravnika pričakujejo preiskave, ki bi potrdile ali ovrgle resnost telesnih simptomov (1). Številni bolniki so ob tem tudi prepričani, da so nezmožni za delo, tu pa se pogosto prične nesporazum med zdravnikom in bolnikom, ki ne najdetaj skupnega jezika.

V tem prispevku želiva predvsem odpreti številna vprašanja okrog ocenjevanja delazmožnosti, s katerimi se ZSM srečujemo vsak dan v stiku z bolniki, ki pri nas iščejo strokovno pomoč zaradi različnih duševnih motenj. Pri tem bi nam bila v veliko pomoč priporočila ob obravnavi teh bolnikov.

Delo ni le proizvajanje dobrin, ampak pomeni človeku tudi določen položaj na družbeni lestvici, socialne stike, vzpodbuja človekovo ustvarjalnost, zadovoljuje posebne potrebe in nagnjenja ter daje občutek varnosti (3,4).

Na posameznikov odnos do dela pomembno vplivajo:

- narava dela,
- osebne lastnosti,
- družbena klima, ki skupaj še z drugimi okoliščinami oblikuje odnos do dela (5,6).

Ob porušenem razmerju teh dejavnikov lahko pride do odklonov:

- beg v delo, kjer človek iz nevrotskih razlogov usmerja različne težnje (agresivnost) v delovno aktivnost,
- beg pred delom, ki se navadno kaže kot iskanje pravic iz zdravstvenega in invalidsko - pokojninskega zavarovanja: bolniški stalež, dodelitev lažje zaposlitve, skrajšan delovni čas (SDČ), invalidska upokožitev (5,6).

Bolniški stalež (BS) je pravno razmerje med delodajalcem in delojemalcem, po pretečenih prvih 30 delovnih dneh pa se v to razmerje vključi še Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot plačnik. Osebni zdravnik je v tem odnosu le posrednik, nadzor nad BS lahko izvajata delodajalec in ZZZS (7). Zdravnik se tako pogosto znajde med dvema ognjema, to pa lahko pomembno vpliva na odnos med zdravnikom in bolnikom ter zmanjša diagnostično - terapevtske možnosti.

Ocena delazmožnosti pomeni usklajevanje in prilagajanje lastnosti organizma z obremenitvami na delovnem mestu (fiziološke, psihološke, ekološke), na vse skupaj pa vplivajo še dejavniki širšega okolja (8,9).

V neugodnih delovnih razmerah se pojavljajo t.i. negativni kazalci zdravja: utrujenost, slabo počutje, nezadovoljstvo, fluktuacija, BS, invalidnost, poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom.

Pri ocenjevanju delazmožnosti govorimo o:

- ocenjevanju začasne nezmožnosti za delo:
 1. absolutna začasna nezmožnost za delo (ni odvisna od zahtev delovnega mesta),
 2. relativna začasna nezmožnost za delo (obremenitve DM, socialno - ekonomski faktorji),
- ocenjevanju trajne nezmožnosti za delo (8).

Delazmožnost pri duševnih motnjah lahko pomembno zmanjšajo:

- nevrotsko strukturirana osebnost (shizoidna, anankastična),
- nevrotski simptomi,
- rentne tendence, ki se lahko pojavijo pri nevrotikih, pa tudi pri bolnikih s somatskimi boleznimi, na katere se naceplja neuroza (kronične degenerativne bolezni gibal, kasne posledice poškodb pri delu). Tu gre pogosto za simulacije in agravacije, končni cilj pa so ugodnosti v sistemu zdravstvenega, socialnega in invalidskega - pokojninskega varstva (5).

ZAČASNA NEZMOŽNOST ZA DELO

ZSM se ukvarja pri ocenjevanju delazmožnosti predvsem z začasno nezmožnostjo za delo.

Presojanje upravičenosti oz. dolžine BS pri duševnih bolnikih je trd oreh tudi za izkušenega zdravnika, saj zaradi narave motenj tu ni mogoče sprejeti veljavnih standardov kot pri somatskih boleznih.

Pomembno vlogo v obravnavi bolnika z duševno motnjo ima ustrezen pristop zdravnika, ta mora ustvariti vzdušje empatije, obenem pa hitro prepoznati motnjo. Bolnik naj bi imel od vsega začetka občutek zaupanja (10,11). Že ob prepoznavi motnje je potrebno napraviti načrt diagnostike in zdravljenja, potrebne ukrepe moramo na jasen in razumljiv način razložiti bolniku ter z njim doseči potrebno soglasje. Sem sodi tudi odločitev o morebitnem odprtju BS in o njegovi dolžini trajanja. Z odpiranjem BS brez načrta zdravljenja si zelo zmanjšamo možnost aktivnega vpliva na nadaljnji potek zdravljenja. Tu moramo upoštevati tudi zahteve delovnega mesta in vpliv predpisanih psihofarmakov (nevroleptiki, anksiolitiki in antidepresivi so pri teh bolnikih pogosto kombinirani z analgetiki) na psihofizične sposobnosti določenih poklicev (vozniki motornih vozil, delo na višini, pedagoški delavci).

Po 30 delovnih dneh BS, ki je v pristojnosti osebnega zdravnika, je potrebno napotiti bolnika na zdravniško komisijo (ZK) I. stopnje pri ZZZS. Te napotitve predstavljajo administrativno obremenitev, (dober predlog bi moral vsebovati podatke o dolžini BS, delovnem mestu, simptomih, opravljeni in planirani diagnostiki, terapiji), vendar lahko le ob natančnem predlogu pričakujemo korektno sodelovanje. Ob napotitvi se pojavi problem, kako dolgo lahko ZSM sam vodi relativno lahke duševne motnje brez pomoči psihiatra in ali korektno vodena medicinska dokumentacija (zdravstveni karton, predlog ZK) zadošča za podaljšanje BS. Težave ob daljših BS nastopijo, ko na podlagi pregleda medicinske dokumentacije ZK utemeljeno zaključijo

BS, bolnik pa je prepričan, da je še vedno nezmožen za delo (tu gre predvsem za nevrotske motnje). Pričnejo se pritiski bolnika, pa tudi sorodnikov na ZSM in psihiatra, naj vplivata na odločitev in iskanje napotitev k novim konziliarnim specialistom.

Ob obravnavi bolnikov s shizofrenijo, neshizofrenimi psihozami in bipolarnimi motnjami je ZSM postavljen v bolj ali manj pasivno vlogo. Bolnik se ambulantno ali hospitalno zdravi pri psihiatru, ZSM redno prejema specialistične izvide s priporočili glede terapije in delazmožnosti, sam pa lahko le preverja redno jemanje zdravil, zasleduje morebitna poslabšanja, družinsko dinamiko, ureja bolniški stalež in bolnika v skladu z mnenjem psihiatra napoti na invalidsko komisijo (IK).

Bolj aktivno ZSM sodeluje pri obravnavi bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami, ki so pogosti obiskovalci naših ambulant. Te motnje so pogosto prepoznane prepozno in tudi neustrezno zdravljene, ker se simptomatika zmotno pripiše telesni bolezni. Ko pa bolnik opravi številne specialistične preglede in neredko obiše tudi alternativce, je duševna motnja že kronificirana, zdravnik pa je pridobil novega »težavnega« bolnika (1). Pri obravnavi teh bolnikov pogrešamo orodja in standarde, ki bi nam pomagali pri prepoznavi teh motenj.

V splošnem pri različnih avtorjih velja, da naj se psihosomatski bolnik in/ali nevrotik ne bi odtrgal od dela (5, 11 - 15), zlasti ko gre za motnje, ki teže h kroničnosti procesa. BS na eni strani predstavlja razbremenitev, na drugi strani pa zoženje socialnega kroga, postavlja pa se tudi problem vračanja v delovno sredino po dolgotrajnih BS. Zavedati se moramo, da pomeni nekaterim bolnikom beg v bolezen in BS poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ki jih ne morejo rešiti na bolj ustrezen način (razrušen partnerski odnos, neustrezni odnosi na DM) (11,15).

Pri somatoformnih motnjah je krajši BS upravičen ob recidivih objektivnih somatskih simptomov, ki zahtevajo dodatno diagnostiko oz. poglobljeno zdravljenje.

Pri alkoholikih naj bi bil utemeljen razlog za BS le objektivno poslabšanje somatske simptomatike, alkoholna psihoza in v času zdravljenja odvisnosti (3).

Pri dolgotrajnih BS si v *splošni medicini* želimo boljšega sodelovanja s psihiatri, predvsem več osebnih kontaktov ob posameznih primerih, ena od možnosti so tudi Balintove skupine(11). Posamezne zapletene primere pa bi morali timsko reševati osebni zdravnik, psihiater in izvedenci zdravniškega konzilija pri ZZZS.

Ocenjevanje trajne nezmožnosti za delo je v našem sistemu zdravstvenega varstva deloma v pristojnosti specialistov medicine dela, ko gre za poklicno usmerjanje in preventivne zdravstvene preglede delavcev, deloma pa v pristojnosti invalidskih komisij, ko gre za ocenjevanje invalidnosti (I., II., III. kategorija invalidnosti). Tudi pri ocenjevanju trajne nezmožnosti za delo bi morali vsi odgovorni upoštevati obremenitve na delovnem mestu.

Ob preventivnih zdravstvenih pregledih (predhodni, obdobjni, ciljani) se samo za posamezne poklice zakonsko zahteva tudi psihološko testiranje delavcev (npr. poklicni vozniki motornih vozil). Medicina dela bi se morala bolj aktivno vključevati ob vračanju bolnikov po daljših odsotnostih z dela zaradi bolezni in invalidov na delovno mesto.

Duševne bolezni so za boleznimi obtočil in gibal na tretjem mestu vzrokov invalidnosti(16). Nevrotične osebe pogosto teže k invalidiziranju, najbolj pogoste so te težnje pri kroničnih somatskih bolnikih z nacepljeno nevrozo, ki se niso uspeli upokojiti zaradi posledic somatske bolezni. Pogosto se čudimo, odkod sicer neboljen bolnik dobi toliko moči za uveljavljanje svojih pravic (5). Ob rentnih nevrozah predstavljajo velik problem tudi psihosocialni problemi, ob katerih zdravniki težko ohranimo svojo avtonomnost ob različnih pritiskih okolja.

Če je bolnik več kot eno leto neprekinjeno v BS ali če psihiater poda mnenje, da je zdravljenje končano, ga ZSM predstavi IK. Ob mnenju psihiatra, ki vsebuje sintezo psihiatričnih, psiholoških in socialno psihiatričnih metod (3), doda ZSM še izvide morebitnih somatskih preiskav in izpolni obrazec IK 3. Tu se vloga ZSM zaključi, skupaj z bolnikom pogosto več mesecev čakata na izvedensko mnenje, bolnik je v tem času navadno v BS in postopoma izgublja delovne navade. Če je ocenjen kot invalid II. ali III. kategorije ali pa ostane brez stopnje invalidnosti, ga po dolgih mesecih zelo težko vrnemo nazaj na DM. Ta nehvaležna naloga je navadno v celoti prepuščena ZSM, pogrešamo pa pomoč medicine dela. Področje poklicne rehabilitacije se z duševnimi bolniki ukvarja malo, delodajalci za vrnitev teh bolnikov na ustrezno DM niso zainteresirani.

Ker ZSM nimamo bistvenega vpliva na oceno IK, pogosto rutinsko izpolnimo obrazec IK 3, ki pa je za ocenjevanje delazmožnosti bolnikov z duševnimi motnjami povsem neustrezen. Prav bi bilo, da bi ob predstavitvi IK osebni zdravnik podal svoje mnenje, ki temelji na večletnem poznavanju bolnika in njegovega okolja in dopolnjuje priložene specialistične izvide. To

mnenje naj bi izvedenci IK upoštevali enakovredno kot priložene specialistične izvide. Opis obremenitev na delovnem mestu bi moral pripraviti specialist medicine dela.

I. kategorija invalidnosti naj bi bila rezervirana za tiste duševne bolnike, ki objektivno resnično niso več zmožni za pridobitno delo, ne sme pa predstavljati priprtih vrat za vse tiste bolnike, ki na IK niso uspeli s somatskimi boleznimi in daljšajo vrste v psihiatričnih ambulantah, da bi pridobili mnenje o nezmožnosti za delo. Zastavljamo si tudi vprašanje, ali naj se socialni problemi brez jasne psihiatrične simptomatike rešujejo preko ocene na IK s pomočjo psihiatrovega izvida.

ZAKLJUČEK

ZSM pozna svojega bolnika, družinsko dinamiko, družinsko in delovno okolje, zato bi moral te prednosti s pridom izkoristiti pri obravnavi in ocenjevanju delazmožnosti duševnih bolnikov. Z aktivnim pristopom, ki mu ga omogoča način dela v splošni ambulanti, lahko hitro prepozna duševno motnjo, izpelje racionalno diagnostiko in učinkovito prispeva k zdravljenju, krajšemu BS in ustrezni predstavitvi IK(17).

Ob dobrem teoretičnem znanju, stalnosti in poznavanju bolnika v njegovem življenjskem in delovnem okolju potrebujemo ZSM predvsem orodja in standarde za prepoznavanje in racionalno obravnavo duševnih motenj, največ rezerve pa imamo vsi skupaj v boljši komunikaciji med zdravnikom in bolnikom ter med posameznimi strokovnjaki.

LITERATURA

1. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulanti zdravnika splošne medicine in v dežurni ambulanti. In: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 92-104.
2. Armstrong D, Bird J, Fig J, Armstrong P. Perceptions of physiological problems in general practice: a comparison of general practitioners and psychiatrists. *Fam Pract* 1992; 9: 173-6.
3. Žvan V. Ocenjevanje delazmožnosti psihiatričnega bolnika. *Med Razgl* 1993; 32: 321-30.

4. Perišić N. Ocijena radne sposobnosti psihijatrijskih pacijenata. In: Kecmanović D, eds. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska knjiga, 1989: 2150 -74.
5. Milčinski L. Problemi ocenjevanja delazmožnosti v psihijatriji. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 554 - 9.
6. Zupančič M, Kersnik J. Delazmožnost bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami s stališča splošnega zdravnika in specialista medicine dela. In: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihijatriji (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 86 -91.
7. Švab I. Zdravnik splošne medicine in psihiatrski bolnik. Zdrav Var 1992; 31:1 - 4.
8. Ribić Z. Ocijena radne sposobnosti. In: Stanković D, eds. Medicina rada. Beograd - Zagreb: Medicinska knjiga, 1986: 664 -70.
9. Modic S. Raven in dinamika bolniškega staleža in invalidiziranja v Sloveniji, vzroki in predlogi ukrepov za obvladovanje teh pojavov. In: Seminar - spremljanje, proučevanje in obvladovanje bolniškega staleža in invalidnosti. Ljubljana: UIMDPŠ, 1983: 9- 66.
10. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12.učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 33 - 9.
11. Škraba D. Učenje v Balintovih skupinah - pot k celostnemu zdravljenju bolnika. Med Razgl 1988; 27: 517 - 36.
12. Milčinski L. Nevroze. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 324 - 42.
13. Milčinski L. Psihosomatska obolenja. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 357 - 65.
14. Milčinski L. Abnormne reakcije, psihoreaktivne motnje. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 343 - 6.
15. Fuerst - Koren T. Timski pristop k psihosomatskemu bolniku (primer bolnice z ulceroznim kolitisom). Zdrav Var 1992; 31: 31 - 4.
16. Kobal AB. Vloga in funkcija medicine dela v osnovni zdravstveni dejavnosti. In: Zdravniška zbornica Slovenije. Medicina dela - danes. Ljubljana, 1995: 7 - 18.
17. Kersnik J, Zupančič M, Svete A. Preverjanje uporabnosti Duke - AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj v splošni medicini. In: Kores - Plesničar B, eds. Psihijatrija v spreminjanju. 1. slovenski kongres. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1997: 53 -5.