

DELAZMOŽNOST BOLNIKOV Z NEVROTSKIMI, STRESNIMI IN SOMATOFORMNIMI MOTNJAMI S STALIŠČA SPLOŠNEGA ZDRAVNIKA IN SPECIALISTA MEDICINE DELA

Marjeta Zupančič, Janko Kersnik

IZVLEČEK

Bolniki z nevrotskimi ali somatoformnimi motnjami pogosto iščejo potrditev svoje bolezni tudi z begom v bolniški stalež in z rentnimi tendencami. Avtorja obravnavata v članku ocenjevanje začasne in trajne nezmožnosti za delo. Delazmožnost pri teh bolnikih lahko pomembno zmanjšajo nevrotsko strukturirana osebnost, nevrotski simptomi in rentne tendence. V iskanju bolniškega staleža in invalidnosti se pogosto zrcalijo tudi razrušeni partnerski odnos, neustrezni odnosi na delovnem mestu in v širši okolici. Poudarjen je individualen pristop k takemu bolniku. Dolgotrajen bolniški stalež, ki je le prva stopnica v težnjah po invalidnosti, naj bi bil izjema, ne pa pravilo. Ustrezna in hitra prepoznavanje nevrotične motnje, racionalna diagnostika in zdravljenje ter timsko sodelovanje vseh vpletenih strokovnjakov in laikov (osebni zdravnik, psihiater, zdravniški konzilij, invalidska komisija, delovna organizacija, družina) naj bi pomembno zmanjšali število in trajanje bolniških staležev in število napotitev na invalidsko komisijo. Ob presoji zmožnosti za delo moramo vedno upoštevati tudi zahteve delovnega mesta (fiziološke, psihološke, ekološke) in nezaželene stranske učinke morebitnih zdravil na sposobnosti delavca. Splošni zdravnik lahko s širokim pogledom na bolnika in njegovo življenjsko sredino in celostno obravnavo bolnika prepreči začaran krog številnih napotitev k specialistom, zlorabo medikamentov in beg v socialno osamitev. Medicina dela bi se morala bolj aktivno vključiti v vračanje bolnikov po daljših bolniških odsotnostih in invalidov na delovno mesto ter sodelovati ob predstavitvah bolnikov invalidski komisiji. V zapletenih primerih bolnikov z nevrotskimi ali somatoformnimi motnjami mora sodelovati psihiater, izboljšati bi morali kontakte med splošnim zdravnikom in psihiatrom (bolj osebno komuniciranje).

MARJETA ZUPANČIČ, dr.med.
ZD Jesenice
C. Maršala Tita 78, 4270 Jesenice

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

Bolezen je za vsakega posameznika specifično doživetje, vsak bolnik izraža ali prikriva stisko na svoj način, zdravnik pa mora v skopo odmerjenem času prepoznati pravi vzrok prihoda v ambulantno in ustrezno ukrepati.

Vsak dan prihajajo v splošne ambulate tudi bolniki, ki jih ne moremo preprosto uvrstiti v kategorijo somatskih ali jasnih psihiatričnih bolezni. Anamnestično predstavljajo široko paleto motenj v počutju, ki pa jih zdravnik klinično ne more objektivizirati, pričakujejo pa potrditev, da so bolni in tudi nezmožni za delo.

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DELAZMOŽNOST

Na posameznikov odnos do dela pomembno vplivajo:

- narava dela,
- osebnostne lastnosti,
- družbena klima.

Ti dejavniki skupaj še z drugimi oblikujejo odnos do dela (1).

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 upokojitev (1).

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(2). 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 (3,4).

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:

- *ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo:*
 1. absolutna začasna nezmožnost za delo (ni odvisna od zahtev delovnega mesta),
 2. relativna začasna nezmožnost za delo (obremenitve delovnega mesta (DM), socialno - ekonomski faktorji).
- *ocenjevanje trajne nezmožnosti za delo (3).*

Delazmožnost pri nevrotskih, stresnih in somatoformnih motnjah lahko pomembno zmanjšajo:

- nevrotsko strukturirana osebnost (shizoidna, anankastična),
- nevrotski simptomi,
- rentne tendence, ki se lahko pojavijo pri nevrotikih, pa tudi pri bolnikih s telesnimi boleznimi, na katere se naceplja nevroza (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 invalidsko - pokojninskega varstva (1).

ZAČASNA NEZMOŽNOST ZA DELO

Presojanje upravičenosti oz. dolžine BS pri nevrotikih in bolnikih s somatoformnimi motnjami 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 nevrotskega bolnika ima ustrezen pristop zdravnika, ta mora ustvariti vzdušje empatije, obenem pa hitro prepoznati motnjo. Bolnik naj bi imel od vsega začetka občutek zaupanja (5,6). Že ob prepoznavi motnje je potrebno napraviti načrt diagnostike in zdravljenja, potrebne ukrepe moramo na jasn 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 (anksiolitiki in antidepresivi so pri teh bolnikih pogosto kombinirani z analgetiki) na psihofizične sposobnosti določenih poklicev (vozniki motornih vozil, delo na višini, pedagoški delavci).

V splošnem pri različnih avtorjih velja, da naj se psihosomatski bolnik in/ali nevrotik ne bi odtrgal od dela (1, 6 - 10), 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)(6,10).

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

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(6). Posamezne zapletene primere pa bi morali timsko reševati osebni zdravnik, psihiater in izvedenci zdravniškega konzilija pri ZZS.

TRAJNA NEZMOŽNOST ZA DELO

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 in sodelovati ob predstavitvah na IK.

Duševne bolezni so za boleznimi obtočil in gibal na tretjem mestu vzrokov invalidnosti(4, 11). 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 nebogljen bolnik dobi toliko moči za uveljavljanje svojih pravic (1). Ob rentnih nevrozah predstavljajo velik problem tudi psihosocialni problemi, ob katerih zdravniki težko ohranimo svojo avtonomnost ob različnih pritiskih okolja.

Trajni nezmožnosti za delo bolnikov z nevrotskimi in somatoformnimi motnjami in možnosti zlorab bi morali nameniti veliko pozornosti vsi, ki se s tem ukvarjajo: osebni zdravniki, psihiatri, specialisti medicine dela in izvedenci invalidskih komisij.

ZAKLJUČEK

Nekritično predpisovanje bolniškega staleža in pošiljanje na različne nepotrebne preiskave namesto celovite obravnave bolnika z nevrotskimi motnjami je lahko zelo dvorezen meč. Dober osebni zdravnik mora pristopiti k bolniku celostno, nuditi mu mora občutek zaupanja in varnosti, obenem pa mora ohraniti svojo strokovno avtoriteto in bolnika obvarovati pred začaranim krogom brezštevilnih obravnav pri različnih specialistih in neredko tudi pri alternativcih. Pomembno podporo pri tem bi lahko dobil v bolj osebnem stiku z vsemi laiki in strokovnjaki, ki so vpleteni v posamezen primer (družina, delovno okolje, psihiater, ostali specialisti, ZK, IK).

LITERATURA

1. Milčinski L. Problemi ocenjevanja delazmožnosti v psihiatriji. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 554 - 9.
2. Švab I. Zdravnik splošne medicine in psihiatrični bolnik. Zdrav Var 1992; 31:1 - 4.
3. Ribić Z. Ocijena radne sposobnosti. In: Stanković D, eds. Medicina rada. Beograd - Zagreb: Medicinska knjiga, 1986: 664 -70.

4. 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.
5. 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.
6. Škraba D. Učenje v Balintovih skupinah - pot k celostnemu zdravljenju bolnika. Med Razgl 1988; 27: 517 - 36.
7. Milčinski L. Nevroze. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 324 - 42.
8. Milčinski L. Psihosomatska obolenja. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 357 - 65.
9. Milčinski L. Abnormne reakcije, psihoreaktivne motnje. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 343 - 6.
10. Fuerst - Koren T. Timski pristop k psihosomatskemu bolniku (primer bolnice z ulceroznim kolitisom). Zdrav Var 1992; 31: 31 - 4.
11. Kobal AB. Vloga in funkcija medicine dela v osnovni zdravstveni dejavnosti. In: Zdravniška zbornica Slovenije. Medicina dela - danes. Ljubljana,1995: 7 - 18.