

OCENJEVANJE PSIHIATRIČNE INVALIDNOSTI, KOT JO VIDI PSIHIATER V DRUGOSTOPENJSKI INVALIDSKI KOMISIJI

Vukosav Žvan

Že kar nekaj let delam kot psihiater v drugostopenjski invalidski komisiji, to je tisti, ki obravnava pritožbe zavarovancev na sklep prvostopenjske komisije, v revizijskem postopku pa ocenjuje tudi nekatere sklepe prvostopenjske komisije, še preden jih dobijo v roke zavarovanci. V prvostopenjski komisiji nisem nikoli delal in ne vem, čigavo delo je težje. Vsekakor pa je delo v komisiji strokovni izziv in vir novih izkušenj, ko srečuješ množico »tujih« pacientov, pri katerih imaš prav pogosto drugačno mnenje kot njegov psihiater, ki je sestavil mnenje za invalidski postopek. Pa tudi nemalokrat drugačno mnenje od tistega, ki ga ima komisija prve stopnje. Tam pa pri »psihiatričnih primerih« tudi dela psihiater, kar je seveda velik napredek. Spomnim se namreč časov, ko o psihiatrjih v komisijah še ni bilo ne duha ne sluha.

Najbrž delim mnenje z drugimi kolegi, ko trdim, da se pravzaprav redko zgodi, ko lahko z mirno vestjo rečemo, da je bil ukrep komisije II. pravšen. Dvom je še hujši, če bolnika ne vidiš in le »premetavaš« njegove izvide in ugotavljaš, če je na podlagi teh res možno odločati o za življenje zavarovanca tako važni zadevi. Če bolniku priznamo invalidnost, se sprašujemo, ali le nismo prehitro popustili in včasih celo pospešili bolnikovo socialno smrt, po drugi strani pa smo v dvomih, ali nismo spregledali pri konkretnem bolniku dejstva, da gre morda pretežno za nemotiviranost za delo ali celo kaj hujšega. Pogosto srečujemo zavarovance, ki za potrebe invalidskega postopka niso mogli zbrati dovolj »somatskih« izvidov, pa so se oglasili še pri psihiatrjih, ki so že tradicionalno prizanesljivejši. Če bolniku ne priznamo invalidnosti, in to se zgodi - predvsem ob pičli dokumentaciji - pogosto, nas muči dilema, ali je bila odklonitev res strokovno upravičena. Dilema je torej ničkoliko, posebno še zato, ker se izvedenci in komisije med seboj zelo razlikujemo, čeprav delamo vsi po najboljši vesti. Saj poznamo stroge (nepopustljive, nepropustne) in milejše (popustljivejše, propustnejše) komisije in izvedence in poznamo kar tradicionalno nepoznavanje in tudi nerazumevanje »somatikov« v teh

Doc.dr. VUKOSAV ŽVAN, dr.med
Klinični center Ljubljana
Psihiatrična klinika, Center za klinično psihiatrijo
Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje

komisijah za psihiatrične probleme. Tudi nimamo nobene doktrine o odločanju. Zdi pa se, da je kakršnokoli doktrino na tako kompleksnem področju, kot je duševna bolezen, težko ali nemogoče imeti. To bi pomenilo, da je možno psihično stanje in ohranjeno delovno sposobnost meriti kar na vatlje. Tako nekako, kot če internist izmeri število krvničk ali raven nekega hormona v krvi ali če ortoped izmeri v centimetrih prikrajšavo uda. Psihatrija je pač veda, kjer so subjektivne ocene najpogostejše in velikokrat edino možne. Tudi če psihiater po vseh pravilih postavi pravo in perfektno diagnozo, je vprašanje, kdo zna »izmeriti« bolnikovo motiviranost ali nemotiviranost za delo ali njegove pogoste očitne tendence po upokojitvi, kar je vse ključnega pomena. Saj poznamo precej prizadete duševne bolnike, ki so visoko motivirani za delo, in na drugi strani bolnike, ki so zazdravljeni ali jih imamo celo za zdrave, so pa povsem nemotivirani in iščejo svoje »pravice« po raznih komisijah. Tem včasih celo pomagamo in njihovo nemotiviranost prelakiramo z neko psihiatrično diagnozo.

V tem referatu bi rad navedel nekaj stvari, za katere mislim, da bi jih morali vsi bolj upoštevati, če hočemo, da se bo invalidski postopek končal v pravo korist zavarovanca, predvsem pa da bi vsi začeli razmišljati, kaj je še stvar naše stroke in kaj ni več, čeprav se, hočeš nočeš, te stvari zelo pogosto prepletajo.

Naši psihiatrični izvidi, priznajmo, pri kolegih »somatikih« niso posebno cenjeni in pogosto »padejo«. Delno tudi zato, ker so »somatiki« tradicionalno manj občutljivi za psihiatrične probleme, pa tudi psihatrija zaradi svoje neeksaktnosti ni posebno cenjena. Trdim pa, da so za to krivi najbolj izvidi sami. Nekateri so obupno kratki, presplošni in klišejsko izdelani, nekateri pa predolgi, slabo razumljivi in polni nepotrebne balasta. Takšna mnenja komisiji seveda dosti ne pomagajo pri celostni oceni, in ta je potem takšna, kot je. Mnenja zdravnikov terapevtov so pogosto naravnana po pacientovih željah, izvedenci v komisiji pa morajo gledati tudi širše in zato prihaja do razlik. Končno pa ne gre le za to, da se terapevt drži hipokratičnih načel in da se izvedenec ozira tudi na koristi pokojninskega zavarovanja. Pomembna dilema je namreč tudi ta, ali je odločitev, ki si je pacient želi, to pa je v večini primerov kategorija invalidnosti, res vedno v njegovo korist in ali je zavrnitev priznanja invalidnosti res vedno v bolnikovo škodo. Ali invalidska upokojitev ne bo še bolj utrdila pacientovega bega od dela oziroma beg v bolezen in ali ne bo nemara včasih celo pospešila njegove in terapevtove popolne kapitulacije in povzročila njegove socialne smrti? Dovolj dolgo že delam v komisiji in že dolgo poslušam očitke z ene in druge strani. Zavedam se tudi, da se psihiatr med seboj zelo razlikujemo. Smo iz različnih šol, raznih pogledov, tudi sami imamo zelo različen odnos do dela, ki je sicer res velika

vrednota, vendar ga nekateri preveč glorificirajo, nekateri pa prehitro popuščajo raznim tendencam.

Pri shizofrenih bolnikih z ocenjevanjem ni večjih dilem. Opozoril bi le na važnost pravilne diagnoze. Marsikdo, ki pride pred komisijo s to diagnozo, ni shizofren. Pa tudi obratni primeri so.

Tudi pri bipolarni bolezni običajno ni večjih dilem. Pri klasični obliki te bolezni pač preštejemo bolezenske faze, ocenimo njihovo globino, dolžino, proste intervale in vpliv terapije in tukaj se mnenja terapevtov in izvedencev zadovoljivo skladajo. Zaplete pa se pri drugih afektivnih motnjah oziroma pri motnjah razpoloženja. Kar neverjetno je, koliko pacientov pride pred komisijo z različnimi izpeljankami diagnoze depresija. S takšnimi pavšalnimi diagnozami si komisija pri oceni nikakor ne more pomagati, pogosto pa se ravno za temi diagnozami skriva marsikaj - prave depresivne epizode, distimije, ciklotimije, prilagoditvene in posttravmatske motnje in še kaj. Torej stanja, ki imajo v klasifikaciji svoje ime, ki bi seveda povedalo mnogo več kot le presplošne diagnoze: depresivni sindrom, depresivno stanje, depresija, depresivno anksiozno stanje itd. Kolikor imam izkušenj, pa sem mnenja, da se za tako postavljenimi diagnozami zelo pogosto skrivajo rentne tendence, agravacije ali celo simulacije, zelo pogosto so v ozadju tudi hude socialne stiske delavcev »na čakanju«, s statusom »tehnološkega viška«, pred grozečim odpustom, nezaposlenih itd. Ljudje v stiski seveda pogosto reagiramo z depresivnim stanjem, a tudi pogosto kažemo depresiven obraz, če na vsak način hočemo kaj doseči. Ker psihiatri torej slabo diagnosticiramo ta stanja in včasih proglašimo za bolezen nekaj, kar ni, včasih pa spregledamo pravo psihiatrično entiteto, komisija taka mnenja pogosto zavrne.

Zelo podobno lahko razmišljamo tudi pri pogosti diagnozi psihoorganskega sindroma. Vemo, da je za to stanje značilen izredno širok spekter različnih psihičnih sprememb od tistih subtilnih, komajda zaznavnih, do najtežjih stanj demence. To so stanja, pri katerih je delovna sposobnost lahko neprizadeta ali pa preko različnih prehodov pride do popolne in trajne nezmožnosti za delo. V večini primerov vemo ali vsaj domnevamo etiologijo tega sindroma, zdravniki terapevti pa predstavijo pacienta samo s pavšalno diagnozo, ne da bi navedli kaj o etiologiji in globini sindroma, nemalokrat manjka tudi psihološko testiranje. Tudi takšna ocena komisije ne more zadovoljiti, posebno še, če pri pogovoru z zavarovancem ugotovi, da stanje tega sploh ni tako hudo, kot želi prikazati mnenje. Tudi pri psihoorganskem sindromu se sprašujemo, kolikokrat je za to diagnozo res pravi organski proces z znatno psihoorgansko simptomatiko in kolikokrat gre za subjektivno pretiravanje z bolj ali manj jasnimi tendencami. Mnogokrat so »zadaj« tako kot pri depresijah tudi resne že opisane socialne stiske, prehodi na nove tehnologije, ki jim

neizobraženi delavci niso več kos, pa tudi problemi bivših funkcionarjev in direktorjev (nekateri od teh se kasneje zaposlijo v samostojnem poklicu), veliko je za tem skritega alkoholizma in družinskih težav. Sem spadajo tudi stiske nezaposlenih že priletnih delavcev, ki nikakor ne najdejo več dela ali ga niti ne poskušajo najti, pa tujih delavcev, ki ne dobijo več delovne vize in še kaj. Nekaj pa je tudi, bodimo odkriti, delomrznežev, katerih stanje smo z neprimernim diagnosticiranjem neupravičeno psihiatrizirali.

Skoraj identična so razmišljanja v primeru zavarovancev, ki pridejo pred invalidsko komisijo z diagnozo ene od nevroz ali osebnostnih motenj. Teh je veliko, posebno veliko pa jih je v zvezi s telesnimi obolenji ali poškodbami. Tudi tukaj je »zadaj« veliko alkoholizma in drugih odvisnosti. Seveda imajo tudi nevroze svojo natančno opredelitev, vendar to v izvidih zdravnikov srečamo redko. Ta opredelitev pa se mi zdi zelo pomembna, saj tudi na »nevrotičnem« področju srečujemo širok spekter od pretežno situacijsko pogojenih, rekel bi običajnih, vzorcev reagiranja vse do težkih, jedrnih nevroz, ki lahko povzročijo popolno in trajno invalidnost, če so terapevtsko rezistentne. Sem sodijo na primer težka obsesivno kompulzivna stanja, težke fobije, nekatera kronificirana težka konverzivna stanja in še druga. Zelo pogosto pa v okviru »nevroz« terapevti spravljajo že opisane situacijske in socialne probleme, agravacije, manipulacije itd. Zaradi nedorečenosti navedenih diagnoz pa komisije vse nevroze rade mečejo kar v en koš. Kakšen odnos imamo zdravniki do nevroz, tudi dobro vemo. Nekateri kar vsem nevrotikom, žal tudi tistim omenjenim najtežjim, ne priznavajo nobenih pravic pokojninskega zavarovanja in kar pri vseh prepričano trdijo, da je integralna sestavina nevroze beg v bolezen. Drugi pa so zelo širokogrudni in vsako, tudi z jasnimi tendencami prepleteno nevrotično stanje tretirajo kot razlog za invalidnost. Po mojih izkušnjah se je pogosto zelo težko odločiti, kdaj je nevrotično stanje res že povzročilo invalidnost in kdaj je bolj ali manj samo sredstvo za doseg cilja pri zavarovancu, ki se je iz raznih, tudi nebolezenskih razlogov odločil, da ne bo več delal. Žal velikokrat bolj odloči »prodornost« zavarovanca in ne strokovnost, pri tem pa je stroka nemalokrat zlorabljena.

Ob problemu duševne manjrazvitosti bi omenil le to, da so komisije pogosto prestroge, ko odločajo o delazmožnosti te populacije. Prevečkrat se zadovoljijo z ugotovitvijo, da se je zavarovanec pač že zaposlil težko in da je v teku let hitreje kot zdrav izčrpal svoje adaptacijske zmožnosti. Pri vsaki spremembi zahtevnosti dela, ob nezaposlenosti, pri morebitni novi zaposlitvi pa tak zavarovanec kar po pravilu ni več sposoben prilagajanja, in to bi morale komisije bolj upoštevati.

V zaključkih bi rekel takole:

1. Duševno motnjo, ki jo ocenjujemo v smeri invalidnosti, imenujmo s pravim imenom iz klasifikacije. Če je le možno, se izogibajmo opisnim diagnozam ali sindromatski oznaki, če gre za pravo psihiatrično entiteto. To pa opišimo longitudinalno in prognostično. Seveda ne bo šlo pri tem brez dinamično usmerjenega intervjuja z zavarovancem.
2. Ne dovolimo uporabe ali celo zlorabe psihiatrije s pritikanjem neke psihiatrične diagnoze nečemu, kar ne spada direktno v našo stroko. Imenujmo ta problem pošteno, s pravim imenom oziroma z neko opisno oceno, na primer nezaposlenost, zaposlitvene težave, revščina, hude družinske težave, težave z motivacijo itd.
3. Bodimo previdni, ko dajemo mnenja zavarovancem, ki jih ne poznamo dobro niti ne poznamo njihove celotne situacije. Bodimo skeptični pri tistih, ki k nam pridejo prvič ali zadnjič ali pa samo nekajkrat »za potrebe invalidskega postopka«. Trenutni psihični status teh zavarovancev je lahko zelo buren ali celo urgenten, pove pa zelo malo ali nič o dinamiki njihove duševne motnje, če jo sploh imajo.
4. Vztrajajmo pri potrebnih dodatnih somatskih preiskavah. Mnogokrat šele te opredelijo tudi duševno motnjo in omogočijo njeno zdravljenje.
5. Izvidi naših pregledov naj bodo razumljivi tudi nepsihiatrom!
6. Če je le možno, nujno dopolnimo psihiatrične izvide s psihološkim testiranjem. To bo še bolj osvetlilo osebnostne značilnosti pacienta in dinamiko njegovih motenj, in če je možno, tudi kvantificiralo določene deficite. Želeli bi, da bi psihologi še bolj osvojili množico nevropsiholoških testov, ki bi bili dragoceni za celostno oceno delazmožnosti.