

Ocenjevanje invalidnosti pri onkoloških bolnikih

Tanja Čufer, Gabrijela Dšuban

V Sloveniji zbolijo za rakom vsako leto okoli 7000 ljudi, polovica v aktivnem življenjskem obdobju do 65. leta starosti. Rak danes ni več neozdravljiva bolezen, kar polovico bolnikov lahko pozdravimo. Vendar pa zdravljenje pogosto pušča trajne posledice, ki bolniku otežkočajo ali celo povsem onemogočajo vrnitev v aktivno življenje in delo.

Tako kot vsaka druga bolezen tudi rak negativno vpliva na ekonomski in socialni položaj posameznika in njegove družine. Bolnika privede v negotovost, saj ne ve, koliko časa bo lahko pokrival svoje eksistenčne potrebe.

Vsak zdravnik se v praksi srečuje s problemom, kdaj bolnika vrniti na delo. Pogosto je treba oceniti, kdaj je rekonvalescent dosegel tisto fazo ozdravitve, da se lahko vrne na svoje delovno mesto in mu vsakdanji poklicni napori ne bodo poslabšali zdravstvenega stanja.

POSLEDICE ZDRAVLJENJA

Danes zdravimo večino rakov s kombinacijo kirurgije, obsevanja in sistemske terapije, zato so tudi posledice zdravljenja večinoma kombinirane. Uvedba obsevanja in sistemske terapije je v zadnjih desetletjih omogočila manj obsežne kirurške posege ob nespremenjenih ali celo večjih možnostih ozdravitve. Pri številnih bolnikih za ozdravitve niso več potrebne odstranitve organov in izguba organa ni več glavni vzrok invalidnosti zaradi raka. Seveda pa to ne pomeni, da invalidnosti ni. Tudi konzervirajoča kirurgija z obsevanjem in sistemsko terapijo ima lahko za posledico hude morfološke in funkcionalne okvare organov.

Ohranjena ekstremiteta po kombiniranem zdravljenju sarkoma z intraarterijsko kemoterapijo, kirurgijo ter obsevanjem morfološko in funkcionalno ni enakovredna zdravi ekstremiteti. Prav tako sečni mehur po številnih transuretralnih resekcijah in obsevanjih funkcionalno nikakor ni enakovreden intaktnemu mehurju.

Vsako zdravljenje ima lahko za posledico okvaro zdravih tkiv. Kljub izpopolnjenim tehnikam obsevanja radioterapija še vedno poškoduje tudi zdravo tkivo v okolici tumorja, kar lahko vodi v njegovo fibrozo. Zlasti kombinacija kirurškega zdravljenja in obsevanja ima lahko za posledico hudo brazgotinjenje s posledičnimi motnjami, kot so motnje požiranja v ORL področju, ileus v področju abdomna, fistule v genito-urinarnem področju, motnje v odvajanju blata ali urina in drugo.

Sistemsko zdravljenje, zlasti zdravljenje s citostatiki, še dodatno poslabša funkcionalne in morfološke okvare tkiv.

Zdravljenje s citostatiki ob obsevanju poveča okvaro zdravih tkiv zaradi obsevanja. Takojšnji sopojavi zdravljenja s citostatiki so večinoma prehodni in kmalu izzvenijo brez posledic, medtem ko se kronični sopojavi, kot so okvare notranjih organov (npr. srca ali pljuč), ki spremljajo zdravljenje z določenimi citostatiki, pojavijo šele nekaj mesecev ali let po zaključenem zdravljenju in so ireverzibilni.

OCENJEVANJE OKVAR

Pri ocenjevanju morfoloških in funkcionalnih okvar pri rakavem bolniku torej nikakor ne smemo upoštevati le okvar, nastalih po eni vrsti zdravljenja, npr. kirurgiji, kar se še vedno pogosto dogaja. Upoštevati moramo okvare, nastale tako po kirurškem, obsevalnem kot sistemskem zdravljenju, predvsem pa po kombinaciji vseh teh zdravljenj. Potrebno je tudi vedeti, da lahko enako okvaro povzroči ena ali več vrst zdravljenja. Tako je kastracija pri ženskah lahko posledica kirurške odstranitve jajčnikov, obsevanja jajčnikov ali medikamentozne kastracije z LHRH agonisti, funkcionalna okvara - prenehanje delovanja gonad z vsemi posledicami - pa je v vseh treh primerih povsem enaka. Pomembno je tudi vedeti, da so okvare po zdravljenju večinoma trajne in progredientne. Tako se lahko hujše okvare, ki imajo za posledico zmanjšano delovno sposobnost in invalidnost sicer ozdravljenega rakavega bolnika, pojavijo šele več mesecev ali let po zaključenem zdravljenju, kljub temu da je bolnik "zdrav" in se rak ni ponovil.

Vsekakor pa se delovna sposobnost bolnika dramatično poslabša, če pride do ponovitve bolezni. Ob ponovitvi bolnika čaka ponovno zdravljenje, tokrat večinoma z obsevanjem in sistemsko terapijo, redkeje s kirurgijo. Žal se večine rakavih bolezni ob ponovitvi ne da ozdraviti, lahko pa jih zazdravimo. Ob zdravljenju, ki traja velikokrat do konca življenja in ga spremljajo številni sopojavi, večina teh bolnikov ni več sposobna opravljati rednega dela.

OCENJEVANJE DELOVNE ZMOŽNOSTI

Osební zdravnik, ki spremlja bolnika in njegovo zdravstveno stanje, je prvi, ki oceni delovno zmožnost bolnika. V njegovi pristojnosti je ugotavljanje delazmožnosti prvih 30 dni bolezni. Po 30 delovnih dneh bolniškega staleža je potrebno bolnika napotiti na zdravniško komisijo pri ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije). Podlaga za ocenjevanje

delazmožnosti na zdravniški komisiji je stanje, opisano v medicinski dokumentaciji. Odločitev zdravniške komisije je lažja in zanesljivejša, če so iz izvidov jasno razvidni anamneza, klinični status in spremembe, nastale v času od predhodne obravnave, še zlasti pa predvideni nadaljnji postopek zdravljenja ter prognoza bolezni.

Dolgotrajni bolniški stalež, ki je pri rakavih bolnikih pogost, vodi osebni zdravnik na podlagi izvidov kontrolnih pregledov pri lečečem onkologu. Trajanje bolniškega staleža je v zakonodaji opredeljeno do 12 mesecev, nato pa je predvideno ocenjevanje trajno zmanjšane zmožnosti za delo in trajne nezmožnosti za delo, ki je v pristojnosti invalidskih komisij. Seveda pa se čas bolniškega staleža lahko nekoliko podaljša, če je zaradi nedokončanega zdravljenja še pričakovati spremembe v bolnikovem stanju, ki bi lahko značilno vplivale na stopnjo okvar. Prav tako je nesmiselno pristopiti k oceni delazmožnosti in predstavljati invalidski komisiji bolnika v terminalni fazi rakave bolezni. Takemu bolniku s podaljšanjem bolniškega staleža zagotovimo enako stopnjo socialne varnosti. Koristno je, da v postopku pred napotitvijo na invalidsko komisijo bolnika predstavimo specialistu medicine dela, ki oceni, ali se bolnik lahko vrne na prejšnje delovno mesto ali pa je sposoben opravljati le drugo delo. O kategoriji invalidnosti in invalidski upokojitvi na podlagi predložene dokumentacije odločajo člani invalidskih komisij in ne lečeči specialist. Sicer dobronamerno priporočilo o stopnji ali celo kategoriji invalidnosti s strani specialista, ki ne pozna strokovnih in pravnih pravil ocenjevanja delazmožnosti in invalidnosti, velikokrat oteži in podaljšuje postopke ter vodi v neprijetne situacije. Specialist mora podati čim natančnejše podatke o vrsti in obsegu rakave bolezni, zdravljenju in posledicah zdravljenja ter prognozi bolezni, lečeči zdravnik, ki napoti bolnika na invalidsko komisijo, pa mora to dokumentacijo skrbno zbrati ter po potrebi dopolniti z mnenjem specialista medicine dela.

Če se bolnik ne strinja z odločitvijo zdravniške komisije glede bolniškega staleža ali z mnenjem invalidske komisije

glede kategorije invalidnosti in/ali stopnje telesne okvare, ima po veljavni zakonodaji možnost pritožbe na drugostopenjski organ v obeh inštitucijah, tako v ZZS kot ZPIZS (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije). Pritožbo obravnava zdravniška komisija oziroma invalidska komisija druge stopnje in na podlagi teh mnenj so izdane odločbe dokončne. V primeru ponovnega nesoglašanja je možna tožba na Delovno in socialno sodišče. Zoper sodbo prvostopenjskega sodišča je možna pritožba na drugostopenjsko sodišče. S sodbo sodišča druge stopnje se postopek pravnomočno konča.

VRNITEV V VSAKDANJE ŽIVLJENJE

Kljub posledicam bolezni in zdravljenja je vedno več ozdravljenih rakavih bolnikov, ki so sposobni in se želijo vrniti v normalno življenje ter opravljati svoje redno delo. To jim v veliki meri omogočajo izboljšane operativne in obsevalne tehnike ter zdravljenje z novimi citostatiki, katerih glavna prednost so manjši sopojava. Žal pa je to velikokrat tudi vse. Tako družba kot posamezniki premalo naredimo za uspešno medicinsko, psihosocialno in delovno rehabilitacijo rakavih bolnikov. Zdi se, da nam je enostavneje prepoznati okvaro, priznati invalidnost in se tako otresti skrbi za rehabilitacijo in vrnitev v normalno življenje in delo. Prav na področju psihosocialne in delavne rehabilitacije ozdravljenih rakavih bolnikov nas čaka v bodoče veliko dela.

Literatura

1. Dšuban G, Čufer T (ured). Zdravljenje in rehabilitacija onkološkega bolnika, psihofizične posledice zdravljenja ter pričakovani potek bolezni. Zbornik prispevkov s strokovnega seminarja. Ljubljana: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Onkološki inštitut, 1997.