

“

Poklicna anamneza



Kako pogosto ob diagnozi pomislimo tudi na poklicno etiologijo? Poklicne oziroma z delom povezane bolezni v Sloveniji še vedno prepogosto ostajajo neprepoznane. Posledice se kažejo tudi v dolgotrajnih bolniških odsotnostih in zamujenih priložnostih za preprečevanje bolezni, povezanih z delom. Kako se seznam poklicnih bolezni posodablja in na čem v klinični praksi sloni utemeljevanje suma, da je bolezen povezana z delom?

■ ZDENKA MELANŠEK

Čeprav je Slovenija leta 2023 z novim Pravilnikom o poklicnih boleznih pomembno posodobila sistem ugotavljanja, potrjevanja in priznavanja poklicnih bolezni, se njihovo število v praksi ni bistveno povečalo. Po ocenah stroke bi jih glede na primerljive evropske države in strukturo slovenskega gospodarstva morali letno prepoznati med 800 in 1000, uradne statistike pa še vedno beležijo le kakih 10 primerov. Po besedah **Danija Mirnika, dr. med., spec. medicine dela, prometa in športa** z Zavoda za varstvo pri delu (ZVD), to kaže, da zakonodajne spremembe same po sebi ne zadoščajo. Za učinkovitejše prepoznavanje poklicnih bolezni bo treba odpraviti tudi organizacijske, strokovne in družbene ovire. »Če pogledamo države z razvitejšimi sistemi, kot so Nemčija, Nizozemska ali skandinavske države, ugotovimo, da je število priznanih poklicnih bolezni tudi do nekaj desetkrat večje kot v Sloveniji. To težko pojasnimo zgolj z razlikami v delovnih razmerah,« meni.

PRIČAKOVALI VEČ VLOG

Dolga leta je bila ena največjih ovir dostopnost postopka. Delavec je moral kriti stroške diagnostike in postopka priznavanja, zato so strokovna združenja več let opozarjala, da takšna ureditev odvrača zaposlene od uveljavljanja njihovih pravic. Novi pravilnik je to oviro odpravil, saj se postopek danes financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pričakovanja so bila velika, vendar se niso uresničila. »Pričakovali smo bistveno več vlog, vendar jih je bilo v prvem letu približno sto. Pokazalo se je, da finančna ovira ni bila edini razlog za majhno število priznanih poklicnih bolezni.« Mirnik poudarja, da so razlogi precej kompleksnejši. Zaposleni pogosto ne poznajo postopka in pravic,

ki jim pripadajo, nekateri se bojijo posledic v delovnem okolju, delodajalci pa priznajo poklicno bolezen še vedno prepogosto razumejo kot kazalnik pomanjkljivosti v podjetju, ne pa kot priložnost za izboljšanje delovnega okolja.

RAZISKAVA RAZKRIVA VRZELI SISTEMA

Da uradne statistike ne odražajo dejanskega bremena poklicnih bolezni, potrjuje tudi raziskava, ki so jo lani izvedli na ZVD. Gre za specialistično nalogo Lare Avsec, dr. med., specializantke medicine dela, prometa in športa. V petih ambulantah medicine dela so eno leto sistematično spremljali zaposlene, pri katerih so specialisti prepoznali utemeljen sum na poklicno bolezen, pri čemer so upoštevali tako zdravstveno stanje kot podatke o izpostavljenosti na delovnem mestu. Zabeležili so 190 sumov, kar tudi v tako omejenem vzorcu kaže, da je dejansko breme poklicnih bolezni bistveno večje, kot ga prikazujejo uradne statistike: »Ne trdimo, da bi bili vsi primeri potrjeni kot poklicne bolezni. Govorimo pa o strokovno utemeljenem sumu, in to le v petih ambulantah. To kaže, da uradne statistike odražajo le manjši del dejanskega stanja.«

Raziskava je pokazala tudi, da brezplačen postopek sam po sebi še ne zagotavlja večjega števila vlog. Pomembna ovira so dolge čakalne dobe za specialistično diagnostiko, saj mora biti bolezen pred začetkom postopka potrjena pri ustreznem kliničnem specialistu. Številni zaposleni obenem ne poznajo pravic, ki izhajajo iz priznane poklicne bolezni. Čeprav slovenski sistem ne pozna splošne odškodninske ureditve, priznana poklicna bolezen

prinaša določene socialne pravice, med drugim stoddostno nadomestilo plače med bolniško odsotnostjo ter ugodnejšo obravnavo v postopkih invalidskega zavarovanja. Pomembna ugotovitev raziskave je bila tudi, da se zaposleni bistveno pogosteje odločijo za postopek, če informacije prejmejo iz več različnih virov. Poleg specialistov medicine dela imajo pomembno vlogo družinski zdravniki, drugi klinični specialisti, strokovni delavci za varnost in zdravje pri delu, kadrovske službe ter sindikati.

POSODOBLJEN EVROPSKI SEZNAM

Decembra lani je Evropska komisija sprejela novo priporočilo o evropskem seznamu poklicnih bolezni (EU 2025/2609), ki nadomešča priporočilo iz leta 2022. Dokument ne prinaša le posodobljenega seznama poklicnih bolezni, temveč opredeljuje širši okvir za njihovo priznavanje, preprečevanje, spremljanje in raziskovanje v državah članicah EU. Obenem priporoča, da se možnost odškodnine zagotovi tudi pri boleznih, ki niso vključene na evropski seznam, kadar je mogoče dokazati njihov poklicni izvor in naravo. Merila za priznavanje poklicnih bolezni in ureditev odškodnin ostajajo v pristojnosti posameznih držav članic.

V OSPREDJU BOLEZNI, POVEZANE Z AZBESTOM

V ospredju novega priporočila so bolezni, povezane z izpostavljenostjo azbestu. Kljub prepovedi njegove proizvodnje, dajanja na trg in uporabe v EU od leta 2005 ostaja azbest prisoten v številnih starejših stavbah, zato Evropska komisija opozarja na tveganje izpostavljenosti zlasti pri prenovah, adaptacijah

in rušenju objektov. Po ocenah, navedenih v dokumentu, je azbestu trenutno izpostavljenih med 4,1 in 7,3 milijona delavcev. Zaradi dolge latentne dobe bolezni, povezanih z azbestom, pa se posledice preteklih izpostavljenosti pričakujejo še po letu 2030.

Na evropski seznam poklicnih bolezni so bili na novo vključeni rak grla, rak jajčnikov, plevralni plaki s funkcionalno okvaro pljuč in nemaligni plevralni izliv, povezani z izpostavljenostjo azbestu. Rak grla je bil s seznama bolezni s sumom na poklicni izvor prenesen na seznam poklicnih bolezni. Med boleznimi s sumom na poklicni izvor so zdaj tudi rak debelega črevesa, rak danke in rak želodca, povezani z azbestom.

KOŽNI RAK MED POKLICNE BOLEZNI?

Aktualen primer bolezni, pri kateri se v Sloveniji odpira vprašanje povezave med boleznijo in dolgotrajno poklicno izpostavljenostjo, je kožni rak zaradi UV-sevanja. Glede na analizo podatkov Registra raka RS za obdobje 1961–2022 se soočamo z izrazito pospešenim trendom rasti vseh z UV-sevanjem povzročenih kožnih rakov, najhitreje pa se povečuje število keratocitnih kožnih rakov. Čeprav je UV-sevanje dokazano rakotvoren dejavnik, kožni rak v Sloveniji še ni umeščen med poklicne bolezni delavcev različnih poklicev, ki veliko delajo na prostem. Za spremembo si **prim. mag. Ana Benedičič, dr. med.**, spec. dermatovenerologije iz SB Celje, prizadeva že več let. Februarja letos je razširjeni strokovni kolegij (RSK) za dermatovenerologijo Ministrstvu za zdravje RS posredoval predlog za dopolnitev seznama poklicnih bolezni in pripravil merila, po katerih bi bilo mogoče prepoznati povezavo med kožno boleznijo in poklicno izpostavljenostjo UV-sevanju. »Zdravstvenim delavcem želimo ponuditi orodja za utemeljevanje suma, da je delavec zaradi poklicne nezaščitene izpostavljenosti UV-sevanju zbolel za kožnim rakom, ki ga bomo lahko potem verificirali kot poklicno bolezen.«

NEMŠKI PODATKI ODZVANJAJO

»Rasti incidence vseh z UV-sevanjem

SUM NA POKLICNO BOLEZEN – KAKO RAVNATI?

Slovenski **Pravilnik o poklicnih boleznih**, ki se uporablja od maja 2023, določa postopek od suma do ugotovitve in prijave poklicne bolezni. Za zdravnika in delavca so ključni naslednji koraki, ki smo jih pripravili v sodelovanju s **prof. dr. Metodo Dodič Fikfak, dr. med.**, spec. medicine dela, prometa in športa s KIMDPŠ UKC Ljubljana.

Korak 1: Prepoznati možnost poklicne bolezni

Na možnost poklicne bolezni mora delavca opozoriti izvajalec medicine dela, izbrani osebni zdravnik ali drug lečeči zdravnik, posebej zdravnik, ki ga zdravi zaradi bolezni, ki bi lahko bila poklicna. Informacijo, da je bolezen lahko poklicna, mora delavcu posredovati tudi na primer imenovani zdravnik, inšpektor za delo, delodajalec ali sindikalni predstavnik.

Korak 2: Pridobiti specialistični izvid

Za začetek postopka je potreben pisni izvid specialista z diagnozo bolezni, za katero obstaja sum, da je poklicna. Bolezen mora biti na seznamu poklicnih bolezni, ki je sestavni del pravilnika. Bolezni, ki niso na seznamu poklicnih bolezni, ne moremo obravnavati kot sum na poklicno bolezen. Tu je tudi največ nesporazumov.

Korak 3: Vložiti vlogo na KIMDPŠ

Postopek priznavanja poklicne bolezni se začne z vlogo delavca pri multidisciplinarni skupini strokovnjakov na KIMDPŠ UKC Ljubljana. Skupino, ki jo sestavljajo trije člani – dva specialista medicine dela in specialist klinik s področja obravnave diagnoze –, imenuje minister za zdravje. Vlogi je treba priložiti predpisani obrazec, specialistični izvid z diagnozo in izpis obdobja zavarovanja v Sloveniji, lahko pa tudi dokumentacijo o delovnem mestu, izpostavljenosti in zdravstvenem stanju.

Korak 4: Presoditi povezavo med boleznijo in delom

Multidisciplinarna skupina pridobi dodatne potrebne podatke, predvsem o delovnem mestu, pregleda pacienta in presodi vzročno zvezo med boleznijo in izpostavljenostjo pri delu. Upošteva delovno anamnezo, intenziteto in trajanje izpostavljenosti delavca ter indukcijsko in latentno dobo. Skoraj vedno si ogleda tudi prosilčevo delovno mesto.

Korak 5: Ugotovitev praviloma v 60 dneh

Ko pridobi in preuči vso potrebno dokumentacijo, senat treh zdravnikov obravnava vsak primer posebej. Ugotovitev praviloma izda v 60 dneh. Možni so trije izidi: potrjena poklicna bolezen, poklicna bolezen ni ugotovljena ali ugotovljen sum na poklicno bolezen. Poudariti je treba, da je ugotovitev pogosto izdana precej pozneje kot v 60 dneh, saj je včasih izjemno težko najti ustrezne podatke o izpostavljenosti za nazaj. Nekateri prosilci želijo ugotoviti poklicno bolezen, ki je nastala pred več desetletji, delovnih organizacij, v katerih je prišlo do kritične izpostavljenosti, pa ni več. Če izpostavljenosti ni mogoče dokazati, poklicne bolezni ni mogoče verificirati.

Korak 6: Kaj sledi po potrditvi?

Ugotovitev o poklicni bolezni je podlaga za odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega ter pokojninskega in invalidskega zavarovanja. KIMDPŠ potrjene poklicne bolezni in sume prijavi v register poklicnih bolezni, ob potrjeni bolezni pa obvesti tudi delodajalca, pri katerem je bolezen nastala (ni nujno, da je to sedanjí delodajalec), in Inšpektorat RS za delo. Cilj prijave je urediti delovno mesto, na katerem je poklicna bolezen nastala, tako, da za isto boleznijo ne bo zbolel še kdo. To pomeni, da »zdravimo« delovno mesto, kar je tudi cilj odkrivanja poklicnih bolezni. Strošek postopka verifikacije poklicne bolezni krije obvezno zdravstveno zavarovanje.

povzročenih kožnih rakov seveda ni mogoče pripisati le delu na prostem, zelo pomembna sta tudi staranje prebivalstva in nepoklicna izpostavljenost soncu. Toda izkušnje drugih držav kažejo, da lahko šele sistematično prijavljanje pokaže dejanski obseg problema,« poudarja prim. mag. Benedičičeva in kot primer dobre prakse postavlja Nemčijo, kjer poklicni kožni rak zaradi UV-sevanja sončnega izvora sistemsko priznava od leta 2015, odtlej pa je bilo prijavljenih več kot 90.000 sumov.

Poklicni kožni rak je v Nemčiji druga najpogostejša priznana poklicna bolezen, takoj za poklicno okvaro sluha. Nemškemu zgledu so z uvrstitvijo različnih oblik kožnih rakov med možne poklicne kožne bolezni sledile številne države EU. »Dopolnitev Pravilnika o poklicnih boleznih z UV-sevanjem kot kancerogenim dejavnikom in kožnim rakom kot poklicno boleznijo želimo čim prej izpeljati tudi v Sloveniji,« je jasna sogovornica.

VPRAŠATI PO POKLICNI ANAMNEZI

Med kronične posledice poklicne izpostavljenosti UV-sevanju predlog uvršča invazivni ploščatocelični karcinom kože, ploščatocelični karcinom in situ oziroma Bowenovo bolezen, razširjene aktinične keratoze oziroma kancerizacijo polja, bazalnocelični karcinom, lentigo maligna melanom in lentigo maligna. »Pri bolniku s temi oblikami kožnega raka je smiselno vprašati po poklicni anamnezi,« poziva prim. mag. Benedičičeva družinske zdravnike in kolege drugih specialnosti.

PREDLAGANI STROGI KRITERIJI

Za potrditev suma, da je bolezen posledica izpostavljenosti UV-sevanju pri delu, bi morala biti sprememba po predlogu RSK za dermatovenerologijo prisotna na delu kože, ki je bil pri delu izpostavljen UV-sevanju, upoštevati pa bi bilo treba delovno, osebno in družinsko anamnezo, klinično sliko, histopatološki izvid, oceno tveganja na delovnem mestu in trajanje izpostavljenosti. Pri razširjenih aktiničnih keratozah predlog med drugim navaja

površino kancerizacije polja najmanj 4 cm² oziroma več kot pet novih aktiničnih keratoz na leto. Kriterije so, kot poudarja prim. mag. Benedičičeva, namenoma zastavili strogo. Najkrajše predlagano trajanje izpostavljenosti pri kroničnih posledicah je pet let, vendar se zahtevano obdobje glede na starost ob diagnozi podaljšuje. Pri bolezni, ugotovljeni pri 40 letih, predlog denimo predvideva najmanj 12 let dela pretežno na prostem, pri 60 letih 18 let in pri 80 letih 24 let.

Za prim. mag. Benedičičevo verifikacija poklicnega kožnega raka ni le vprašanje delavčeve ustreznosti diagnoze, rehabilitacije, vrnitve na ustrežnejše delovno mesto in morebitnega finančnega povračila oškodovancem, kot ga poznajo v Nemčiji, temveč gre tudi za pomembno vprašanje preventivnih ukrepov. Zaščitno opremo in ukrepe bi morali delodajalci za delavce zagotavljati dokazljivo, kar v praksi največkrat ni ustrezno urejeno. To pa je zlasti pri poklicnih boleznih z dolgo latentno dobo, ko je treba leta pozneje rekonstruirati dejanske razmere na posameznikovem delovnem mestu, po besedah prim. mag. Benedičičeve zelo pomembno.

OB SUMU NA POKLICNO BOLEZEN DIHAL

Poklicna anamneza in časovna povezanost težav z izpostavljenostjo sta pomembni tudi pri boleznih dihal. »Veliko kroničnih pljučnih bolezni, med katerimi izstopa astma, je povezanih z vplivi okolja in delovnega mesta. Zato je sodelovanje vseh vključenih strok in seveda delodajalcev nujno,« poudarja

izr. prof. dr. Matjaž Fležar, dr. med.,

»BOLEZNI, KI NISO NA SEZNAMU POKLICNIH BOLEZNI, NE MOREMO OBRAVNAVATI KOT SUM NA POKLICNO BOLEZEN.«
PROF. DR. METODA DODIČ
FIKFAK, DR. MED.

spec. pnevmologije in interne medicine, vodja Oddelka za respiratorno funkcijsko diagnostiko na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

V ospredje postavlja vlogo družinske medicine. »Ker lahko bolnika k specialisti medicine dela usmeri le delodajalec – in če smo povsem iskreni, nekateri delodajalci ne želijo reševati morebitnih tveganj za zdravje svojih zaposlenih –, je pri zdravstvenih težavah, ki vzbujajo sum na poklicno kronično pljučno bolezen, najbolj smiselna neposredna napotitev družinskega zdravnika k pulmologu. Pulmolog oceni verjetnost bolezni, povezane z delovnim mestom, oceni prizadetost pljuč in postavi diagnozo, nato pa bolnika napoti na medicino dela. Specialist medicine dela utemelji delovno zmožnost oziroma invalidnost, ugotovitve pulmologa umesti v bolnikovo delovno okolje, oceni dodatna zdravstvena tveganja in poda pobude za ukrepe, ki bi ta tveganja znižali.«

POD STOPNJO ZELO HITRO

Izr. prof. dr. Fležar opozarja, da je pri diagnostiki poklicnih bolezni čas izjemno pomemben, tudi zaradi skrajševanja dolgotrajnih bolniških staležev. »Bolnik, pri katerem obstaja sum na poklicno bolezen, je neredko v bolniškem staležu, saj zaradi zdravstvenih težav ne more oziroma ne želi opravljati svojega dela. Pogosto 'pritiska' na družinskega zdravnika, naj mu stalež podaljša, medtem ko diagnostika še poteka. Ker ta ni vedno hitra, lahko bolniški stalež traja več mesecev,« pojasnjuje in dodaja, zakaj takšna praksa ne olajšuje dokazovanja poklicnih bolezni: »Rezultati testiranja delovanja pljuč, ki povežejo zdravstvene težave z delovnim mestom, so najbolj povedni takrat, ko je bolnik neugodnim vplivom delovnega okolja dejansko izpostavljen. Zato zelo radi vidimo, da bolniki pridejo k nam čim prej, v istem tednu ali dveh, ko poročajo o težavah na delovnem mestu, ker bomo takrat odkrili največ. Če bolnik pride na pregled šele po večmesečni odsotnosti z dela, postane dokazovanje bistveno težje. Takrat lahko velikokrat le še ugibamo, ali so bile težave povezane z delovnim mestom ali ne.«

Dodaten dokaz so lahko meritve pretoka

zraka iz pljuč (meritve PEF), ki jih pulmologi predpišejo bolnikom za uporabo na delovnem mestu. Da so meritve relevantne, morajo biti opravljene v delovnem okolju, kjer so zdravstvene težave nastopile.

CENTRALIZIRANA KAKOVOSTNA DIAGNOSTIKA

Po besedah izr. prof. dr. Fležarja naj bo bolnik s sumom na poklicno pljučno bolezen po opravljenih osnovnih preiskavah, kot sta spirometrija in metaholinski provokacijski test, napoten na terciarno raven. Na Oddelku za respiratorno funkcijsko diagnostiko Klinike Golnik opravljajo zahtevnejšo diagnostiko in testiranje s snovmi z delovnega mesta, česar večina diagnostičnih centrov v sklopu pulmoloških preiskav ne zagotavlja ali pa so med njimi pomembne razlike. »Na poklicnem konziliju pogosto obravnavamo bolnike s sumom na poklicno bolezen dihal, ki so več let krožili med različnimi specialisti, pri čemer so bili rezultati enakih preiskav med seboj zelo različni. Zato je najbolje, da je naprednejša diagnostika centralizirana in izvedena po najvišjih strokovnih standardih, kar zagotavlja sledljivost in ponovljivost preiskav,« še pravi izr. prof. dr. Fležar.

KOMPLEKSNE DILEME

V Sloveniji ocenjujemo, da je med poklicnimi boleznimi dihal okoli 80 % astme, preostalih 20 % pa so pnevmokonioze zaradi vdihavanja trdnih ali organskih delcev. Diagnostika poklicne astme je po besedah izr. prof. dr. Fležarja kompleksna, saj moramo razlikovati med astmo, ki nastane zaradi delovnega mesta, in astmo, ki jo je bolnik imel že pred nastopom dela in se na delovnem mestu samo poslabša. V skladu z definicijo poklicnih bolezni mora izpostavljenost nastopiti pred vplivi na zdravje. Pri bolnikih z anamnezo otroške astme in/ali astmatičnih napadov, ki so se pojavili pred poklicno izpostavljenostjo, pa ni mogoče izključiti možnosti, da je povzročitelj na delovnem mestu vodil do poznejših astmatičnih napadov.

»Odgovore na takšna vprašanja najlažje najdemo, če diagnostiko izpeljemo celostno na terciarni ravni in dokler je posameznik še v delovnem procesu,

»V PRIMERJAVI Z
NEMČIJO, NIZOZEMSKO
IN SKANDINAVSKIMI
DRŽAVAMI JE V SLOVENIJI
ŠTEVILO PRIZNANIH
POKLICNIH BOLEZNI TUDI
DO NEKAJ DESETEK
MANJŠE.« DANI MIRNIK,
DR. MED.

ne po dolgotrajni bolniški odsotnosti. Poklicni multidisciplinarni konzilij, ki ga na Kliniki Golnik sestavljajo tudi specialisti medicine dela s Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) UKC Ljubljana, lahko ob ustrezni dokumentaciji zelo hitro oblikuje in izda mnenje. Ta dokument bolnika vodi od končne ocene telesne okvare oziroma prizadetosti do optimalnih ciljev obravnave – rehabilitacije in ponovne vključitve v ustreznejše delovno okolje.«

BOLNIŠKI STALEŽ KOT ČAKALNICA SISTEMA

Dolgotrajne bolniške odsotnosti po mnenju **Roka Ravnikarja, dr. med.**, spec. družinske medicine iz ZD Kamnik, niso le problem posameznikov, temveč kažejo na težave v delovanju zdravstvenega sistema. »Ko je nekdo odsoten leto ali dve, razlog pogosto ni več zgolj bolezen. Bolnik lahko čaka na operacijo, rehabilitacijo ali specialistični pregled ... Bolniški stalež postane nekakšna čakalnica za vse drugo, kar v sistemu ne deluje dovolj hitro,« opozarja Ravnikar, ki je kritičen do danih možnosti postopnega vračanja na delo.

Ob tem opozarja na spremenjeno delovno populacijo: ljudje živijo in delajo dlje ter imajo več kroničnih bolezni, delovna mesta pa se tem spremembam niso vedno ustrezno prilagodila. Meni, da se z vračanjem posameznikov na delo pogosto nihče ne začne ukvarjati dovolj zgodaj in da je na splošno možnosti za postopno vračanje na delo premalo. »Sistem posameznika pogosto obravnava kot popolnoma delazmožnega ali popol-

noma odsotnega, čeprav bi se številni lahko vrnili na delo za nekaj ur dnevno ali z ustreznimi prilagoditvami. Življenje pa ni tako preprosto,« poudarja Ravnikar.

MAJHEN VPLIV ČAKALNIH DOB?

Na ZZS med najpogostejšimi dejavniki za podaljševanje bolniške v ospredje postavljajo pozno diagnostiko, dolge čakalne dobe za specialistične preglede in rehabilitacijo ter vse večjo pojavnost kostno-mišičnih obolenj in težav na področju duševnega zdravlja. Prav ti skupini bolezni sta med vodilnimi vzroki dolgotrajnih bolniških odsotnosti v Sloveniji. Vendar je vpliv čakalnih dob manjši, kot bi lahko sklepali na prvi pogled, dodajajo. »Naše analize kažejo, da bi le manjši delež pacientov imel krajše bolniške odsotnosti, če bi bile čakalne dobe dopustno dolge,« pravi **mag. Ana Vodičar**, vodja področja za odločanje o pravicah in za medicinske pripomočke na ZZS. Pri tem se sklicuje na analizo NIJZ iz leta 2024, v katero so vključili 2826 oseb z dolgotrajno bolniško odsotnostjo zaradi bolezni hrbta, artroz in drugih motenj sklepov ter bolezni in poškodb kolena, gležnja, kolka, rame in drugih sklepov. »Analiza je pokazala, da se večini pacientov (88 %) bolniška odsotnost zaradi čakalnih dob ne bi skrajšala oziroma ne bi občutno skrajšala, saj bodisi niso čakali nedopustno dolgo bodisi so sumarno čakali nedopustno dolgo največ tri mesece,« pojasnjuje mag. Vodičarjeva.

ZDRAVNIK ČLOVEKA, NE PODJETJA

Družinski zdravnik Rok Ravnikar opozarja na pomanjkanje informacij osebnega

»ZELO RADI VIDIMO,
DA BOLNIKI PRIDEJO K
NAM V ISTEM TEDNU ALI
DVEH, KO POROČAJO O
TEŽAVAH NA DELOVNEM
MESTU, KER BOMO
TAKRAT ODKRILI NAJVEČ.«
IZR. PROF. DR. MATJAŽ
FLEŽAR, DR. MED.

zdravnika pri odločanju o delazmožnosti bolnika. Družinski zdravnik po njegovo dobro pozna bolnika in njegovo bolezen, praviloma pa nima celostnega vpogleda v okoliščine njegovega delovnega mesta. Ob tem dodaja, da osnovna naloga družinskega zdravnika ni ohranjanje delazmožnosti, ampak zdravja človeka. »Družinski zdravnik ni zdravnik podjetja, ni zdravnik zavarovalnice in ni zdravnik države. Je zdravnik človeka. Če začne razmišljati predvsem o tem, kako nekoga čim prej vrniti na delo ali koliko časa bo še na bolniški, se lahko njegov odnos z bolnikom hitro spremeni.«

ZGODNJA VKLJUČITEV MEDICINE DELA

Ena največjih priložnosti za izboljšanje sistema je po besedah Ravnikarja tesnejše in predvsem zgodnejše sodelovanje med družinskimi zdravniki in specialisti medicine dela. »Danes je veliko odvisno od dobre volje posameznikov. Če se zdravnika poznata, se pokličeta. Če se ne, vsak dela po svoje, a to ni sistem.« Specialist medicine dela bi se po mnenju Ravnikarja moral praviloma vključiti že po približno enem mesecu bolniške odsotnosti. Takrat cilj še ni zaključevanje bolniškega staleža, temveč zgodnja presoja, kaj posameznik zmore in pod kakšnimi pogoji bi se lahko varno začel vračati na delo, denimo s krajšim delovnim časom, prilagoditvijo delovnega mesta ali drugačno organizacijo dela. »Za to pa potrebujemo drugačen sistem, brez sedanjih ovir. Od možnosti napotitve in financiranja do prenosa informacij med zdravniki. Dodaten izziv je dejstvo, da specialist medicine dela praviloma plačuje delodajalec. Zato je toliko pomembnejše, da je sistem organiziran tako, da bolnik zaupa zdravnikovi strokovni neodvisnosti,« poudarja Ravnikar.

DRUGAČEN SISTEM?

Na ZZS rešitve vidijo predvsem v širših sistemskih spremembah, katerih cilj bi moral biti ohranjanje delovne zmožnosti. Med ključnimi ukrepi navajajo učinkovitejšo poklicno in medicinsko rehabilitacijo, prilagajanje delovnih mest ter zgodnejše vključevanje delodajal-

cev in medicine dela. Pomemben je tudi zasuk od ugotavljanja nezmožnosti za delo k prepoznavanju preostale delovne zmožnosti posameznika.

Neizkoriščen potencial je po besedah mag. Vodičarjeve preventiva na delovnem mestu. Zgodnje prepoznavanje poklicnih in z delom povezanih bolezni omogoča pravočasne ergonomске in organizacijske prilagoditve ter rehabilitacijo, podobno pa lahko zgodnje prepoznavanje psihosocialnih obremenitev, stresa in izgorelosti zniža tveganje za dolgotrajne odsotnosti. »Največji učinek bi verjetno prinesli medsebojno povezani ukrepi, katerih skupni imenovalac je premik od pretežno kurativnega pristopa,« poudarja mag. Vodičarjeva.

DELO KOT DEL ANAMNEZE

Širši preventivni pomen priznavanja poklicnih bolezni poudarja tudi Mirnik. Postopek ni pomemben le zaradi uveljavljanja pravic posameznika, temveč predvsem zato, ker je pomemben vir informacij za preprečevanje novih primerov. Vsaka potrjena poklicna bolezen opozori na delovno okolje, kjer je treba preveriti organizacijo dela, oceno tveganja ali učinkovitost zaščitnih ukrepov. »Poklicna bolezen ni le vprašanje odgovornosti ali krivde. Je informacija, da je treba na določenem delovnem mestu nekaj izboljšati. Če bolezni ne prepoznamo, izgubimo tudi možnost, da bi podobne primere preprečili,« razlaga Mirnik in dodaja, da bi moral vpliv dela na zdravje postati sestavni del vsakodnevne kliničnega razmišljanja vseh zdravnikov: »Vprašanje, kaj človek dela in kakšnim obremenitvam je izpostavljen, bi moralo biti del osnovne anamneze. Delo je eden pomembnih dejavnikov zdravja, vendar nanj pogosto pomislimo prepozno.«

»PO PRIBLIŽNO ENEM MESECU BOLNIŠKE ODSOTNOSTI BI MORAL SISTEM SAM POVEZATI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA, SPECIALISTA MEDICINE DELA IN PO POTREBI DRUGE STROKOVNJAKE. TAKRAT JE ŠE ČAS ZA PRILAGODITVE DELOVNEGA MESTA, POSTOPNO VRAČANJE IN ISKANJE REŠITEV.« ROK RAVNIKAR, DR. MED.

Poklicne bolezni so po njegovem sicer le vrh ledene gore. Bistveno širše je področje bolezni, povezanih z delom, pri katerih delo ni edini, je pa pomemben dejavnik nastanka ali poslabšanja bolezni. Med njimi so številna stanja, pri katerih imajo pomembno vlogo psihosocialne obremenitve, organizacija dela, časovni pritiski in medosebni odnosi.

REGISTER UTEMELJENIH SUMOV

Možnosti za izboljšanje sistema Mirnik vidi v sistematičnem zbiranju podatkov in tesnejšem sodelovanju med strokami. Register strokovno utemeljenih sumov poklicnih bolezni bi omogočil spremljanje poti bolnika skozi sistem in pokazal, na katerih stopnjah prihaja do največjih izgub primerov. Hkrati bi boljše digitalna dostopnost podatkov o delovnih mestih, ocenah tveganja in izpostavljenostih olajšala delo strokovnjakov ter omogočila učinkovitejše načrtovanje preventivnih ukrepov. ■

ZA PRIZNANJE POKLICNE BOLEZNI POTREBUJEMO:

1. potrjeno klinično diagnozo,
 2. objektiven dokaz o vzročni povezavi med diagnozo in povzročiteljem na delovnem mestu.
- Pri klinični presoji so v pomoč **Evropska priporočila za diagnosticiranje poklicnih bolezni**, slovenska različica dokumenta Evropske komisije.