

Dr. JOSIP ŠTAJDUHAR, okulista, Zagreb:

KAKO TREBA POSTUPATI KOD OCJENE GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI U GRANAMA ZA NEZGODE, IZNEMOGLIŠT I STAROST?

Stupanjem na snagu novog zakona o socijalnom osiguranju FNRJ potrebno je, da se povede briga oko donošenja smjernica o jedinstvenom ocjenjivanju radne sposobnosti poslije pretrpjele nezgode očiju. Tih smjernica trebali bi se liječnici socijalnog osiguranja jedinstveno držati, kad ocjenjuju radnu sposobnost poslije povreda očiju, te nebi smjeli od njih odstupati osim u iznimnim slučajevima, koji su previđeni u ovom razlaganju. To bi vrijedilo za čitav teritorij naše države. Liječnicima trebalo bi izdati potrebne upute kojih bi se imali u principu držati u svom budućem radu. I liječničko-radničke stručne komisije koje će imati priliku donošati svoje odluke u spornim slučajevima morat će biti na čistu kako će postupati u pojedinim slučajevima. U prošlosti je nejedinstvenost i nejasnost liječnika u ocjenjivanju radne sposobnosti bila katkad uzrokom, da su kod onih faktora, koji su donášali odluke prevladavali osjećajni, socijalni i drugi obziri, koji su povisivali postotak gubitka radne sposobnosti neovisno od liječničkog nalaza i mišljenja. Pri tom su polazili sa stanovišta posve laičkog, da je čovjek sa dva oka 100% sposoban za rad, što bi značilo prema tome, da je gubitkom jednog oka 50% sposoban za rad. No mnogima je poznato, da ima i takovih jednočkih kod kojih gubitak jednog oka nije imao nikakav uticaj na privrednu sposobnost. Do takovih pojava moglo je dolaziti i zbog toga, jer i sami liječnici nisu nastupali jedinstveno i nisu se jasno i odlučno izražavali. Događalo se, da je u radničkom osiguranju jedan liječnik ocjenio gubitak jednog oka sa 25%, a drugi sa 50%. Kod bolesničkog fonda državnog saobraćajnog osoblja i kod rudarskog osiguranja ocjenjivalo se sa 30%, a kod vojske i do 50%. Kako bi se već u samom početku spriječile takve pojave potrebno je, da se to pitanje pročisti odmah sada, dok se još nije počelo raditi na tom području.

Ocjenjivanje radne sposobnosti za slučaj nezgode temelji se na liječničkom nalazu i mišljenju. Kao temelj za određivanje visine rente služi liječnički nalaz i mišljenje sa ustanovljenom visinom radne sposobnosti. Taj rad liječnika nije tako jednostavan kakvim ga često smatraju sami liječnici. Liječnik osim nalaza i mišljenja ima da daje jasan odgovor o ev. vezi ozljede sa objektivno utvrđenim posljedicama. Mišljenje liječnika ima da počiva na nepristranosti i na strogoj objektivnosti. Prilikom vještačenja kod više instance liječnik zbog nedostatnog nalaza liječnika prve instance ne će uvijek biti u stanju da daje jasan odgovor, pa će se morati obratiti na zdravstvenu instituciju zbog ponovnog stručnog pregleda ozljeđenika (klinika, bolnica itd.).

Rad liječnika na tom području sastoji se prvo iz točnog pregleda, drugo da ustanovi da li je navedena ozljeda posljedica nezgode ili kakve

druge bolesti i treće iz ocjene. Za takav rad potrebno je uz savjesnost i velika praksa i iskustvo.

Ozljedeni može biti očna jabučica ili njena okolina (adneksa) a to su vjeđe, spojnica, suzni aparat ili orbita. Ozljede lubanje i živčanog sistema mogu i na oku ostaviti stanoviti posljedica. (Prema novom zakonu o socijalnom osiguranju smatraju se nesretnim slučajem i otrovanja olovom, živom, fosforom kao i druga oboljenja, koja stoje u vezi sa profesijom).

Od očnih ozljeda najopasnije i najvažnije su ozljede očne jabučice, jer one povlače za sobom posvemašnji ili djelomični gubitak funkcije oka, koja se sastoji iz centralnog, perifernog i stereoskopskog vida. Od toga najvažniji je centralni vid.

Kod svake ozljede oka potrebno je kod prvog pregleda tačno ustanoviti status i funkciju ne samo povrednog nego i zdravog nepovrednog oka, jer ozljeđeni često naknadno tvrde da je uslijed nezgode trpilo i zdravo oko. Egzaktni klinički pregled obih očiju glavni je preduvjet za ispravno ocjenjivanje posljedica nezgode. Ima očnih stanja, koja su postojala u času ozljede, a koja nemaju nikakve veze sa ozljedom, već su nastala prije kao posebno oboljenje. U takvim slučajevima je od velike važnosti tačan prvi pregled kako bi se spriječilo svako rekonstruiranje veze kakve bolesti sa ozljedom samo za ciljem dobivanja rente. Kod čistih posljedica nezgode lako je dokazati vezu između nezgode i oštećenja oka.

Kod pregledavanja vanjskih i unutarnjih dijelova oka potrebno je uvesti u nalaz i promjene, koje su postojale prije same nezgode. Prije pokusa vida potrebno je pregledati opće stanje očiju: pomičnost, položaj i inervaciju bulbusa, optičkih medija, zatim objektivno i skiaskopski odrediti refrakciju oka, a zatim oftalmoskopom pregledati očnu pozadinu.

Kod rožnice treba svježe mutnine lučiti od starih. Često se radi o makulama rožnice poslije manjih trauma, nadalje poslije preboljele skrofuloze, raznih upala rožnice ili poslije trahoma. Takove mutnine ocjenjujemo prema njihovoj lokalizaciji, veličini i gustoći. Mutnine rožnice koje se nalaze u centralnim partijama više smetaju, nego u paracentralnima. Oštro ograničene mutnine rožnice na površini manje smetaju nego duboke. Kod keratitis parenchymatosa e lue hereditaria, koja obično nastaje spontano potrebno je naglasiti mogućnost traume kao indirektnog uzroka tog oboljenja. Često je opaženo, da se kod hereditarnog luetičkog bolesnika poslije kontuzije oka razvije keratitis parenchymatosa. Priznat ćemo vezu između traume i keratitis parenchymatosa samo u onom slučaju, ako je liječnik odmah poslije traume pregledao oko i ustanovio da je rožnica povredena i provjerio da je oko prije povrede bilo zdravo.

Nadalje je od oboljenja rožnice kod kojih je poslije traume nastala infekcija potrebno spomenuti *ulcus serpens* kao i herpes rožnice. *Ulcus serpens* nastaje redovito poslije traume u oku na kojem je već prije postojala dacryocystitis. Očim su rijetki slučajevi uz intaktnu suznu vrećicu.

Sa herpesom rožnice u etiološkom pogledu stvar stoji drukčije. Prve pojave kod herpesa rožnice nastaju kod čovjeka poslije 48 sati a najranije u toku drugog dana poslije infekcije. Prema tome se slučajevi navodnog

traumatskog herpesa rožnice gdje su nađene eflorescence već prije 24 sata poslije ozljede nemaju smatrati kao traume. Samo oni slučajevi imaju se smatrati kao traumatski kod kojih nastaju — pod kontrolom liječnika — tipične erupcije herpesa neposredno na mjestu ozljede ili u njegovoj najbližoj okolini. Eflorescence herpesa, koje se razvijaju udaljeno od mjesta ozljede, dočim se sama rana zaliječi bez ikakvih sigurnih znakova infekcije herpesa, ne mogu se smatrati traumatske. Ranice na rožnici kao i upale ostavljaju tragove u obliku makula, koje uplivišu na vid i radnu sposobnost.

Jednostrana katarakta kod zdravih mladih ljudi pobuđuje sumnju na traumu. Kod obostranih diskratičkih katarakta treba pregledati urin na šećer i bjelančevinu. One su prirodne naravi.

Kod luksacije leće treba pregledati da li i zdravo oko nema prirodne anomalije (ectopia lentis). Kod traumatskih katarakta često ozljeđeni ne navlače ozljedu, jer je nije primjetio.

U staklovini (corpus vitreum) nalaze se mutnine i krvarenja ne samo poslije traume, nego i kod visokostepenih miopija i raznih drugih oboljenja.

Mrežnica pokazuje kod kratkovidnih očiju sa mutninama u staklovini uz razne promjene degenerativne naravi i odljepljenje (djelomično ili potpuno). Bolesnik često nastoji da takovo spontano oboljenje prikaže kao posljedicu traume.

Vidni živac može biti atrofičan zbog bolesti konstitucionalne naravi, u kojem slučaju je atrofija obostrana. Traumatska atrofija vidnog živca je obično jednostrana i u vezi je sa rupturom canali nervi optici. U takovom slučaju potrebno je sakupiti sva anamnestička data o ev. povredama glave.

Spojnicu može imati upaljive promjene u vezi s prašinom ili kakvim kemikalijama uz već postojeći kronički katar ili trahomske promjene. Često treba prosuđivati da li su se promjene, koje navlače bolesnik razvile u navedeno vrijeme ili postoje već od prije.

Ima očiju sa naročitom dispozicijom, tako na pr. kod zdravog čovjeka može neznatna povreda proći bez posljedica, dok kod onoga, koji je disponiran za takvu bolest može doći do upale.

Trahom ili gonorea mogu nastati kao posljedica traume ako kakav predmet onečišćen agensima tih bolesti padne u oko. Nezgoda može takvu bolest (trahom) pogoršati ili otežati njegovo liječenje.

Slabost vida ili sljepoća jednog oka biva često primjećena istom kod ozljede drugog zdravog oka. U takvim slučajevima radi se o jakoj miopiji, astigmatizmu, starijim makulama rožnice, mutninama leće ili o promjenama na očnoj pozadini. Često se događa, da netko ima jedno oko od rođenja slabovidno (ambliopija) a da nije bio svijestan, da je cijelog života gledao samo sa jednim okom. Ako je slučajno ovakovo oko bilo povređeno, pa i bez ikakvih posljedica, te se kod pokusa vida to ustanovi, često se pomutnjom takovo oslabljenje vida pripisuje pretrpjeloj ozljedi. Bolesnici često tvrde da je slabost takvog oka posljedica nezgode. U takvim slučajevima je tačan prvi pregled od odlučujuće važnosti.

Kod daljnje pregledbe često se nađe, da oko ne fiksira ispravno već da se bulbus otklanja na stranu što znači, da se ne radi o svježoj već o

staroj pogrešci. Često se u nalaz ne upisuje, da li se radi o konkomitirajućem ili o paralitičkom strabizmu ili posljedici povrede.

Opasnost simpatične upale očiju postoji poslije perforirajućih ozljeda. 1% do 3% tih slučajeva oboli poslije dva tjedna, a većinom između 4 i 12 tjedna poslije nezgode, od plastične uveitide nepovređenog oka. Pojava simpatične oftalmije nije rijetka ni preko tog roka, dapače i više godina poslije pretrpjele nezgode. Stoga treba ozljeđenim kod kojih je stanje bulbusa takovo, da postoji ta opasnost preporučiti enukleaciju.

Kad smo tako, kako je posve ukratko prikazano, pregledali čitavo stanje očiju onda pređemo na sam pokus vida i time svršimo pregled. Pokus vida nema samo svrhu da ustanovi centralni vid t. j. jedan dio funkcije oka, nego i da odredi vidno polje, osjećaj za boje i adaptaciju, te funkciju očnih mišića. Za pregled centralne oštine vida potrebno je ustanoviti refrakciju. Refrakciju ustanovljujemo skiaskopijom (iako je potrebno midrijazom) a kontroliramo ju oftalmoskopski. Oftalmoskopski pregledamo i stanje optičkih medija i očne pozadine.

Oštrinu vida ustanovljujemo za svako oko posebno bez stakla, a zatim sa odgovarajućom korekcijom. Kod toga kontroliramo da li postignuta oština vida odgovara objektivnom nalazu. Postoji li sumnja u subjektivne iskaze pregledanoga tada moramo uzeti u pomoć razne druge načine pregleda u svrhu ustanovljenja simulacije i agravacije.

Sve promjene koje smo našli treba najpomnije opisati i unijet u liječnički nalaz, jer je to za ispravnu ocjenu posljedica nezgode od velike vrijednosti. Od jednake su važnosti i tačni anamnestički podaci.

Kad smo tačno ustanovili stanje onda prosuđujemo da li se doista radi o posljedicama nezgode ili ne. Moramo odlučiti da li je nalaz i sniženje funkcija oka posljedica nezgode ili kakvog samostalnog oboljenja odnosno da li je ozljeda holest pogoršala. Ozljeđeni često nastoji, da svaku grješku prebaci na ozljedu. Na liječniku je, da na temelju iskaza i objektivnog nalaza dođe do istine. Prije se ocjenjivalo gubitak radne sposobnosti sa stanovišta kvalifikacije dot. nekvalifikacije radnika. No pošto danas postoji čitav niz radnih metoda (racionalizacija, automatizacija) koje u početku socijalnog osiguranja nisu postojale a koje zahtjevaju ne samo dobar centralni vid nego i dobar periferni a naročito stereoskopski vid, to ćemo u principu vršiti ocjenu sa stanovišta oštine vida.

Radnik koji u poslu povredi jedno ili oba oka ima pravo na rentu, ako je uslijed toga njegova radna sposobnost umanjena. Kod ocjenjivanja radne sposobnosti držimo se pravila od kojeg se od slučaja do slučaja mora postupati individualno. Temelj za ocjenjivanje gubitka radne sposobnosti kao posljedice nezgode je gubitak jednog oka ili gubitak oštine vida jednog oka, koje je prije ozljede bilo zdravo i dobro vidjelo. Radna sposobnost ovisi o oštini vida nepovređenog oka. Manjkavosti jednookog sa normalnim vidom prema čovjeku sa dva oka normalnog vida sastoje se: 1. u nešto sniženom vidu nego sa dva oka. 2. u gubitku stereoskopskog vida 3. bržem nastupu umora poslije rada iz blizine 4. ev. nemogućnosti vršenja dotadašnjeg zvanja zbog čega treba savjetovati promjenu zvanja.

MASCHKEOVA TARIFA

za ocjenjivanje gubitka postotka radne sposobnosti poslije ozljede očiju

V = $\left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \parallel \end{array} \right.$	$\frac{5}{5}$	$\frac{5}{10}$	$\frac{5}{15}$	$\frac{5}{20}$	$\frac{5}{25}$	$\frac{5}{30}$	$\frac{5}{40}$	$\frac{5}{50}$	$\frac{5}{60}$	0
	$1-\frac{2}{3}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{1}{7}$	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{15}$	$\frac{1}{20}$	
	0,66	0,5	0,33	0,25	0,2	0,15	0,1	0,075	0,05	
$1-\frac{1}{2}$	0	0	5	10	10'	15	15'	20	20'	25
$\frac{1}{2}$	0	5	10	10'	15'	20	25	25	30	35
$\frac{1}{3}$	5	10	25	25'	30	30'	35	40	45	55
$\frac{1}{4}$	10	10'	25'	40	40'	45	50	55	60	65
$\frac{1}{5}$	10'	15'	30	40'	55	60	65	70	75	80
$\frac{1}{7}$	15	20	30'	45	60	70	75	80	85	90
$\frac{1}{10}$	15'	25	35	50	65	75	85	90	95	105
$\frac{1}{15}$	20	25	40	55	70	80	90	95	100	115
$\frac{1}{20}$	20'	30	45	60	75	85	95	100	110	125
0	25	35	55	65	80	90	105	115	125	125

U prvom lijevom okomitom stupcu označena je vidna oštrina V (visus) jednog oka, a u vodoravnim najgornjim trima stupcima visus drugog oka. Zarez iznad broja znači, da on pretstavlja vrijednost između dva susjedna broja, koja se pod stanovitim prilikama može i povisiti neznatno (radnici sa višim zahtjevima vida, zatim doba iznad 50 godina itd).

Alko je kod povrede oka drugo oko imalo normalan vid i ako je prije ozljede bilo potpuno zdravo onda se ono ocijeni prema gubitku vida ozljeđenog oka. Ako je oštrina vida jednog oka ili obih očiju bila prije ozljede već snižena, mora se ustanoviti koliki je dio ozljeđeni izgubio od svoje posljednje privredne sposobnosti. Izgubi li jednooki i to jedino svoje oko uslijed ozljede u poslu (to se ima odrediti renta prema godišnjoj zaradi jednookog) ima mu se dati 100% renta. Kod prosuđivanja gubitka radne sposobnosti poslije ozljede oka imamo veliku prednost u tome što se posljedice ozljede, koje se pojave u vezi sa gubitkom funkcije oka t. j. vidom dadu točno brojčano izraziti u postocima. Postoji čitav niz tablica po kojima se izračunava taj postotak. Navest ću samo dvije. Prema Maschkeovoj (Njemačka) tablici najviša granica kod gubitka obih očiju iznaša 125%, a prema Druaultu (Francuska) iznaša 133%. U oba slučaja potpuni gubitak oba oka iznaša 100%. Za vrijeme potrebe pratnje predviđa se po Maschkeu 25%, po Druaultu 33%. Kao gornja granica privredne oštrine vida vrijedi kod radnika sa višim zahtjevima vida $\frac{2}{3}$ a za radnike sa manjim zahtjevima vida $\frac{1}{2}$ od normalne oštrine vida (1). Socijalno osiguranje bivše Jugoslavije držalo se Maschkeove tablice koja počinje sa 5% gubitkom radne sposobnosti. Ta tarifa izračunana je za Snellenove optotipe na 5 m. Kod prosuđivanja ozljeđenika sa višim zahtjevima vida predviđeno je povišenje za 5% do 10%. Maschkeova tablica uzimlje kao temelj

za gubitak jednog oka 25% a za gubitak obih očiju 125%. Kod obostranog oslabljenja vida na $\frac{1}{20}$ uzimlje 100%. Druault ima za temelj za gubitak jednog oka 30% a za oba oka 133% za članove socijalnog osiguranja, dok je za ratne invalide bila gornja granica 125%.

Ocjena gubitka radne sposobnosti u većini zemalja rezultat je prakse liječnika i sudova radničkog osiguranja. Jedina Švajcarska čini iznimku, jer je tamo ocjena uzakonjena na temelju znanstvenog i statističkog rada Zavoda za osiguranje za slučaj nezgode u Luzernu, a uz pomoć društva švajcarskih oftalmologa. Općenito vlada mišljenje, da je ocjena gubitka radne sposobnosti sa 25% veća, nego što iznaša stvarni gubitak na privredivanju. Kod visine tog postotka ostalo se iz razloga mogućnosti povrede drugog oka i smanjenja konkurencije sposobnosti na radnom trgu.

Za ocjenjivanje radne sposobnosti zbog gubitka ili osljepljenja jednog oka ili oboljenja i slabosti drugoga oka mjerodavno je stanje preostalog oka za vrijeme nezgode. Promjene, koje nastaju poslije tokom života, na drugom oku uzimlju se u obzir samo onda, ako su u vezi sa nezgodom. Druge promjene koje su u vezi na pr. sa bolestima starenja teoretski ne uzimlju se u obzir. No u bivšoj Jugoslaviji uvriježila se praksa da se je i u takvim slučajevima priznavalo smanjenje radne sposobnosti i povećavala renta. Držim da bi se od te prakse danas trebalo otstupiti, jer je naše socijalno osiguranje pravedno riješilo to pitanje. Pod stanovitim iznimnim prilikama može se i otstupiti od temeljnog postotka. To se radi u glavnom kod kvalificiranih radnika dakle kod radnika kod kojih rad postavlja veće zahtjeve na vid (optičari, mehaničari, električari, kemičari...). Takovim se povisuje temeljna renta od 25% na 30% dot. na 33%. No taj pojam se napušta jer se ocjenjivanje na račun kvalifikacije zlorabljivalo. Povišenje 25% temeljne rente ne priznaje se dapače ni rudarima, čije je zanimanje opasno osobito za oči. Promatranjem rentaa ustanovljeno je, da je riziko kod rada jednim okom manji, nego se to prije smatralo. Stoga ta praksa dozvoljava samo u iznimnim slučajevima povišenje rente na 33% kod zvanja sa velikim zahtjevima za vid. Prema nekim autorima povređeni u 90% zarađuju već za kratko vrijeme poslije ozljede toliko kao i drugi zdravi ljudi.

U našoj državi kao i u drugim nekim državama davalo se prve godine na račun navike nešto veća renta. No većina je autora mišljenja, da nije potrebno na račun navike povisivati rentu, jer iskustvo pokazuje, da se navika na jedno oko postigne vrlo brzo a osobito u mlađim godinama. Ako zajedno sa stručnjacima ostalih država polazimo sa stanovišta, da je 25% ocjena za gubitak jednog oka više nego dovoljna i veća nego je u stvarnosti gubitak na zaradi, to je onda nepotrebno pa makar i privremeno povisivati taj temeljni postotak. Naknadno snizavanje postotka rente dovelo je u prošlosti do neugodnih i suvišnih objašnjavanja. Dokazano je, da se povređeni katkada navikne na rad jednim okom već za vrijeme liječenja ozljeđenog oka. Samo u pojedinim slučajevima postigne se navika istom nakon nekoliko mjeseci.

Tovbin u S.S.S.R-u ispitivao je radnu sposobnost kod jednočkih tipografa na taj način, da im je dao kod rada zavezati jedno oko i pri tom

je uspoređivao rezultate sa kvalitetom rada pod istim prilikama kod vida sa oba oka. Ustanovio je, da je radna sposobnost za prvih pola sata 5% do 10% slabija.

Za daljnjih pola sata bio je rezultat rada kod 70% promatranih daleko bolji, nego za prvih pola sata, dočim je 30% promatranih pokazalo isti rezultat kao i za prvih pola sata. Prema tome je ustanovio da radna sposobnost nije ostala manja od 16% (ili točnije 16.6%). Iz toga zaključuje, da jednooki izgube na radnoj sposobnosti najviše 16.6% i to većinom za vrijeme, dok se nisu privikli raditi samo sa jednim okom.

Razlika u životnom dobu isto se tako uzimlje u obzir kod povisivanja temeljnog postotka. Jedni autori stoje na stanovištu, da se u mladosti ima povisiti, dok su drugi za to, da se povisi u starosti. Bez sumnje je, da je u starosti radna sposobnost manja, stoga ćemo se kod povređenih iza 55 god.prikloniti nazoru, da im se renta trajno povisi za 5%. Kod mladih naprotiv ne ćemo prekoračiti temeljni 25% standard. Gubitak vida ili oka, koje je prije ozljede bilo intaktno uz istodobno oslabljenje drugog oka već prije ozljede, iziskuje povišenje temeljnog 25% standarda maksimalno na 75%. Preduvjet za to povišenje jest dokaz, da je povređeno oko bilo prije ozljede intaktno. Naprotiv ocjena gubitka zarade za gubitak vida ili oka, koje je prije ozljede bilo slijepo ili inače manje vrijedno (poslije raznih oboljenja) ima se kretati od 0% do 25%.

Za sniženje vida do polovine na jednom oku uz zdravo drugo oko ne određuje se nikakva renta kod zemljoradnika, šumskih i običnih radnika. Iskustvo naime uči, da postoji steroskopski vid i procjena dubokih čimenzija kod normalnog vida jednog oka i onda, ako je vid na drugom oku snižen na 1/10.

Katarakta jednog oka ocjenjuje se:

1. kao gubitak oka, ako je posljedica nezgode.
2. izgubi li se kod jednostrane katarakte zdravo drugo oko, onda se gubitak zdravog oka ocjenjuje sa 70%, jer se uzimlje, da bi kataraktozno oko bilo sposobno za rad sa 30%, ako bi se uspješno operiralo.

Kod jednostrane afakije iza traumatične katarakte uz intaktnu funkciju drugog oka gubitak zarade je manji od 25%, jer takvo oko nije posve izlučeno iz akta vida. Dakako da je to sniženje dopušteno samo u onom slučaju, ako je oko bez drugih komplikacija, koje bi omogućivale suradnju obih očiju (gusta sekundarna mrena, priraslice rožnice, škiljenje itd. (Većina oftalmologa izrazila se u takvim slučajevima za najviše 10%). Prema tome nebi trebalo nekompliciranu afakiju iza nezgode ocjenjivati sa 25% kao gubitak vida ili oka kao što smo to dosada činili, već sa 15% do najviše 20%, što bi odgovaralo sredini.

U gornjem izlaganju bilo je govora o posljedicama gubitka vida ili gubitka jednog oka ili obih očiju. Pošto se često sastajemo i sa drugim poremećajima (bez oslabljenja vida ili gubitka vida ili oka kao posljedici ozljede oka), koji ograničuju vid, to ćemo se u daljnjem razlaganju pozabaviti i sa tim mogućnostima.

Tako se kompletna ptoza gornje vjeđe poslije povrede ima ocijeniti sa 20% do 25%, premda je inače oko potpuno zdravo i to s razloga, jer

gornja vjeđa pokriva zjenicu i time izlučuje jedno oko iz akta vida. No ako, pri tom postoje još i druge kljenuti vanjskih očnih mišića ili kakvo drugo poremećenje centralnog vida onda se ptoza ima ocijeniti kao gubitak vida, t. j. 25%. Lagana pareza levatora gornje vjeđe, koja je ne pokriva zjenice ima se smatrati kozmetičkom pogreškom, koja nema kod ocjene ulaziti u obzir.

Djelomično ili potpuno ograničenje funkcije vanjskih očnih mišića (pareza, paralize) ocjenjuju se prema stupnju dvostrukog vida. Kod takvog ograničenja treba kod rada dotično oko ili zatvoriti ili pomoću mliječnog stakla ili pomoću povoja izlučiti iz akta vida, jer se time isključi dvostruki vid. U takvom izuzetnom slučaju morat ćemo taj defekt ocijeniti kao gubitak jednog oka t. j. do 25%. Kod trajnog dvostrukog vida potrebna je promjena zvanja kod stanovitih zanimanja kao na pr. limari, zidari, električari, pokrivači krovova i sl.

Pareze nutarnjih očnih mišića ne prouzrokuju posebno sniženje radne sposobnosti, pa ni onda kada su obostrane.

Defekti vidnog polja kao posljedica nezgode povlače za sobom također gubitak radne sposobnosti, te se imaju ocijeniti prema njihovoj veličini. Jednostrano koncentrično suženje vidnog polja (do 5°) ima se prema zvanju ocijeniti do 12%, dočim kod obostranog sniženja kod kojeg je sačuvan samo centralni vid ima se ocjena kretati od 75% do 100%, naravno kod normalne oštine vida (5/5). Naprotiv suženje vidnog polja kod historije, neurastenije i traumatske neuroze nema nikakvog upliva na sniženje radne sposobnosti.

Demostrana hemianopsija ocjenjuje se sa 40% do 50%, a lijevostrana sa 30%. To isto vrijedi i za homonimnu hemianopsiju. Heteronimna temporalna hemianopsija ocjenjuje se sa 20% a nazalna sa 0%.

Djelomično ili potpuno ograničenje gibivosti jednog oka zbog srasta bulbusa sa vjeđom ocjenjuje se kao jednostrani gubitak vida.

Kod manjih defekata ocjenjuje se renta od 12% do 20% prema tome o kakvoj posljedici nezgode se radi.

Midrijaza poslije traume ako je spojena sa paralizom akomodacije snizuje radnu sposobnost po prilici za 12%.

Centralni skotomi poslije traume sa velikim sniženjem vidne oštine onemogućuju stereoskopski vid, stoga se zbog sačuvanog perifernog vida imaju ocijeniti sa 10% do 20%, odgovarajući oštini vida.

Suženje oka poslije povrede kanalikula ili suzne vrećice, zatim suženje iza ožiljastog ektropija donje vjeđe te entropija sa trihiazom ima upliv na sniženje radne sposobnosti te se ocjenjuje sa 10% do 15%.

Nosilac staklenog oka ima uvijek veće smetnje, nego onaj sa slijepim okom, no anatomski sačuvanom očnom jabučicom. Ne može li netko da uslijed smetnja nosi protezu, to mu se može povisiti renta do 10%.

U grani osiguranja za iznemoglost i starost aplicirat ćemo gore iznesene smjernice iz osiguranja za nezgode uz neke nadopune. Za većinu manualnih radnika uzima se granica za nastup iznemoglosti vidna oština od 1/7 do 1/10 (5/35 do 5/50) na oba oka. S tom vidnom oštrinom čovjek može još raditi grublje poslove kod kojih nije potreban dobar vid. Ako je

jedno oko posve slijepo, a drugo ima vid 1/3 do 1/7 to će se u takvom slučaju priznati iznemoglost.

U pravilu hipermetropija i miopija prouzrokuju iznemoglost, kad su u teškom stepenu i popraćene promjenama u unutrašnjosti oka (leća, staklovina mrežnica, vidni živac...)

U osiguranju za slučaj iznemoglosti i starosti morat će se osim toga uzeti u obzir i oni radnici, koji zbog posljedica povreda, bolesti i greški očiju nisu u stanju da udovolje povećanim zahtjevima modernog racionalističkog pogona. Tako će se morati uzeti u obzir razne anomalije refrakcije, kad će se prosuđivati njihova radna sposobnost. Tu se ne radi samo o smetnjama anomalija refrakcije većeg stepena, jer može i razmjerno manja dalekovidnost u starijim godinama života praviti poteškoće kod stanovitog rada kod kojeg se mora izmjenično i brzo rabiti vid na razne udaljenosti. Upotreba naočala osobito dvojih dosta smeta brzom odvijanju posla, a praktično to znači i gubitak vremena i s time sniženje radne sposobnosti, premda je sa korekcijom staklima oštrina vida normalna. To se do stanovite mjere može odnositi i na presbiopiju.

Slijepci se također ubrajaju među iznemogle. Izuzimlju se samo oni slijepci, koji su slijepi nastupili posao, ali su izučeni u stanovitoj struci (muzičari, košarači, četkari).

Danas postoji čitav niz radnih metoda, koje nisu postojale u vrijeme, kad se je osnivalo osiguranje za slučaj nezgode. Te nove metode traže od radnika veće zahtjeve na vid.

Promjene proizvodnih metoda i načina rada u raznim strukama traže od liječnika, koji će se baviti ocjenjivanjem, da se upoznaju sa svim zahtjevima, koje na radnika stavlja odnosni rad. Kako je osiguranje za slučaj nezgode, iznemoglosti i starosti u uskoj vezi sa socijalnim, gospodarskim i kulturnim razvojem, to je i ono podvrgnuto promjenama. Ako to dopuštamo, onda će i ocjena biti do stanovite mjere ovisna od tih promjena. Smjernice, kojima su se u početku socijalnog osiguranja rukovodili liječnici razlikuju se od današnjih.

Rad liječnika današnjice na tom području neće se moći svršiti samo vještačenjem. Takav liječnik morat će biti u stalnom kontaktu sa savjetovalištem za promjenu zvanja. Pri izboru zvanja kod šegrta i onih koji mijenjaju zvanje morat će isto tako saradivati sa savjetovalištem za izbor zvanja.

Mi u tom pogledu još nemamo izgrađene smjernice, ali će se tom radu morati pristupiti u kratko vrijeme, ako želimo da aplikacija našeg modernog zakona o socijalnom osiguranju bude potpuna.

Dr Штајдухар:

КАК ОЦЕНИВАТЬ ПОТЕРЮ РАБОТСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ НЕСЧАСТИИ И В ГРАФЕ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И СТАРОСТИ.

Автор подчёркивает необходимость однообразной оценки способности при потере зрения при несчастии и в графе о истощении и

старости. После короткого описания касающегося осмотра глаз, автор делает заключение, что потеря одного глаза или зрения на один глаз, при оставшемся здоровом другом глазе должно оцениваться с 25%, но не исключается возможность повышения процента до 33¹/₃%. У тех рабочих, которые работают на таких местах где необходимо хорошее зрение. Для руководства автор предлагает таблицу — Maschke.

Отдельно ставятся нормы для оценки при искажении зрения без его ослабления или потери зрения, а также и глаза как следствия его повреждения.

Останавливаясь на графе страхования: потери трудоспособности и старости, кратко описываются последствия, которые ослабляют зрение, а в связи с этим и трудоспособность; по этому всё это необходимо принимать во внимание при окончательных решениях.

Новые методы работы требуют хорошего зрения, а это должно вести к тому чтобы оценка потери зрения не приравнивалась оценке при других несчастных случаях. При оценке потери трудоспособности ради истощённости и старости доктора должны принимать во внимание указания находящиеся в графе: болезнь и несчастные случаи. При этом должны быть в связи с теми учреждениями, которые дают советы о перемене и выборе рода занятий.

Dr. Štajduhar:

ESTIMATING THE LOSS OF WORKING CAPABILITY AFTER
ACCIDENT DURING WORK OR CAUSED BY DISABILITY
OR OLD AGE

The author emphasises the necessity of a uniform estimating of percentage of working ability after the loss of eyesight after accident during work or caused by disability or old age. After a short description of an eye examination he comes to the conclusion that the loss of one eye has to be estimated as a 25% disability whereby the possibility is not excluded to increase this percentage to 33¹/₃% in cases where workmen mainly depend on their eyes in their work.

For the estimation of loss of working power he recommends Maschke tables. Special norms are considered for eye irritations or the loss of sight or eyeball as a consequence of eye injury.

In consideration of old age and disability insurance, he describes in brief the consequences which decrease the eyesight and consequently the working ability which should influence decisions to be given.

New working methods put forward higher demands on the eyesight, which will have an influence on decisions for insurance allotments others than those caused by accident. In cases of disability and old age physicians will have to adhere to the principles concerning sickness and accident but it will be necessary to cooperate with institutions the task of which is to act in an advisory capacity as to the choice of trade.