

PROCJENA KVALITETE ŽIVOTA INVALIDA RADA NA OSNOVI KORIŠTENJA NAJČEŠĆIH OBLIKA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

A. Škrobonja, M. Bačkov-Kolonić i A. Frković

Dom zdravlja, Rijeka, Hrvatska

Primljeno 17. X. 1991.

U radu autori procjenjuju kvalitetu života invalida rada i stupanj njihova zdravlja na osnovi analize korištenja najčešćih oblika zdravstvene zaštite u godini prije i godini nakon nastupa invalidnosti. Istraživanje je provedeno među lučkim radnicima u Rijeci, gdje invalidi rada čine 13% zaposlenih. Najčešći uzrok radne invalidnosti su bolesti koštanog sustava i vezivnog tkiva (27%), ozljede (20%) te bolesti nervnog i cirkulatornog sustava (po 13%). Dalje se utvrđuje da su kronične bolesti u invalida rada oko dva puta učestalije u odnosu na ostale radnike. Invalidi su u prosjeku nešto stariji (43,8 godina spram 39,7), a prosječni radni staž im je 12,2 godine. U ostalih radnika 8,9 godina. Analizirajući posjete ordinarijusu i specijalistima, utvrdilo se da se u godini nakon nastanka invalidnosti ordinarijusu dolazi 2,1, a specijalistima 1,7 puta manje. Apetitizam je u godini nakon proglašenja invalidnosti smanjen u prosjeku 3,5 puta. Sve razlike su statistički vrlo značajne ($P < 0,01$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak o uspješnosti medicinske i socijalne rehabilitacije kao i uspješne reintegracije u radnoj sredini što se pozitivno odražava i u kvaliteti življenja invalida rada.

Ključne riječi: kvaliteta življenja, procjena zdravlja, profesionalna rehabilitacija.

Prema nekim procjenama oko 25% svjetskog stanovništva fizički ili psihički je hendikepirano, podjednako u zemljama u visokom stupnju razvoja kao i u zemljama u razvoju (1). Danas se invalidnost općenito definira kao stanje organizma nastalo zbog ozljede, bolesti ili prirodne mane, a posljedica je trajno, djelomično ili potpuno smanjena radna sposobnost za normalan socijalni život, rad i privređivanje (2).

Prema postojećim zakonskim propisima invalidima rada smatraju se osiguranici, odnosno osigurane osobe koje su na temelju invalidnosti stekle pravo na profesionalnu rehabilitaciju i zaposlenje prema preostaloj radnoj sposobnosti ili pravo na invalidsku mirovinu (3, 4). Razvojem društvene svijesti i društvenih odnosa suvremena medicinska znanost uspjela je dokazati da na uzroke i posljedice invalidnosti treba gledati sveobuhvatno ne samo s uskog medicinskog već i sa socijalnog, psihološkog, ekonomskog i drugih motrišta. Invalidnost kao pojava potpune ili djelomične nesposobnosti ljudi za rad reflektira se u novije doba u problematici kroničnog morbiditeta (5), prevencije i suzbijanja (6, 7), radne sposobnosti (8), profesionalne orijentacije (9).

O kvaliteti života kao mjerilu procjene zdravlja počelo se govoriti šezdesetih godina, a već sedamdesetih i osamdesetih to postaje svojevrsni pokret. Radovi *Dalkya* (10), *Alexandera i Willemsa* (11), *Krupinskog* (12) ili *Williamsa* (13), da spomenemo samo neke od važnijih, afirmiraju multidimenzionalni koncept koji uključuje tri osnovna područja: funkcionalni status, psihosocijalni status i socijalne interakcije. Prema tome u procjeni zdravlja, odnosno bolesti pojedinaca ili populacije klasični biomedicinski model zamjenjuje se biopsihosocijalnim modelom.

Zahvaljujući inicijativi svojedobnog Jugoslavenskog centra za medicinsku etiku i kvalitetu života u Zagrebu do danas je u nas objavljen primjeran broj radova o kvaliteti življenja. Osim općih razmatranja *Lang* (14) ispituje kvalitetu života mastektomiranih žena (15), *Folnegović-Šmalc* (16) obrađuje shizofrene bolesnike i njihove obitelji, *Gerc* (17) hipertoničare, a *Rinčić-Grbac* (18) raspravlja o mogućnostima utjecaja liječnika primarne zaštite na kvalitetu života kroničnih bolesnika. Sličnih radova ima još, a obrađuju specifičnu i raznoliku problematiku. Činjenica da se invalidi rada u tim istraživanjima vrlo rijetko ili usputno spominju poslužila je kao svojevrsan izazov s ciljem da se u ovom radu pokuša bar fragmentarno utvrditi kako radna invalidnost uz nastavak rada utječe na kvalitetu življenja. Od mnogih potencijalnih pokazatelja odlučeno je da to ovoga puta bude iskazano omjerom korištenja nekih najčešćih oblika zdravstvene zaštite u godini prije i godini nakon proglašenja invalidnosti.

ISPITANICI I METODE RADA

Metodom slučajnog izbora odabrano je 100 od 658 lučkih radnika koji su status invalida rada stekli do 1989. g. kada je izvršeno ispitivanje. Prosječni »invalidski staž« iznosio je od 1 do 5 godina. Riječ je o radnicima koji su preko Invalidske komisije stekli određene radne beneficije: ograničenje, skraćeno radno vrijeme, drugi odgovarajući posao s prekvalifikacijom ili bez nje. U istraživanju se nisu posebno analizirale skupine invalida prema vrsti invalidnosti. Registrirani, obrađeni i komentirani su ovi podaci: uzroci invalidnosti, spol, dob i radni staž, broj kroničnih bolesti, broj posjeta ordinariusu i specijalistima kao i dani bolovanja, posebno u godini prije i nakon proglašenja invalidnosti. U istraživanju su korišteni podaci iz elektronsko-računskog centra poduzeća i medicinska dokumentacija koja se čuva u Centru primarne zdravstvene zaštite. Po metodi obrade nadovezalo se na slična istraživanja koja su ranije učinjena među lučkim radnicima (19-22). Statistička obrada je učinjena u elektronsko-računskom centru poduzeća. Izračunavane su srednje vrijednosti sa standardnom devijacijom, koje su uspoređivane. Statistička vjerojatnost provjeravana je t-testom uz pouzdanost od $P < 0,01$.

REZULTATI

Analizirajući uzroke invalidnosti utvrđeno je da su na prvome mjestu bolesti koštanog sustava i vezivnog tkiva (27% slučajeva), a prevladavaju križobolje i degenerativne promjene kralješnice. Slijede ozljede (20%) od kojih su one na poslu 2,6 puta učestalije od onih izvan posla. Na trećem i četvrtom mjestu (svaka sa po 13%) jesu bolesti nervnog i cirkulatornog sustava. Slijede kronične bolesti donjeg dijela respiratornog trakta (8%), duševne bolesti (7%) i bolesti digestivnog trakta (4%). Preostale dijagnoze čine 8% slučajeva. Prema spolu na muškarce otpada 71%, a na žene 29% ispitanika. Prosječna dob u muškaraca je 43,8 godina, a u žena 43,4 godine. Raspon je od 26 do 58 godina. Prosječna dob u lučkih radnika je inače iznosila 39,7 godina. Najveća zastupanost invalida je između 41 i 50

godina, a najmanja između 21 i 30. Slično je i s radnim stažom koji u poduzeću iznosi u prosjeku 8,9 godina, a u invalida 12,2 godine.

Iz tablice 1. vidljivo je da iz ispitane grupe invalida 51% ispitanika ima barem jednu kroničnu bolest, 31% ima dvije, 16% tri, a 2% četiri bolesti. Najviše kroničnih bolesti je u skupini od 41 do 50 godina, a nešto manje u grupi od 31 do 40 godina. Najmlađi ispitanik s 26 godina ima dvije kronične bolesti, a najstariji s 58 godina ima četiri kronične bolesti. U prosjeku na svakog ispitanika dolazi 1,7 kroničnih bolesti (od dvadeset najčešćih koje su registrirane).

Tablica 1.

Broj kroničnih bolesti u skupini od 100 invalida prema dobnim skupinama

Dobne skupine (godine)	Broj kroničnih bolesti				Ukupno
	1	2	3	4	
21 – 30	2	2	–	–	4
31 – 40	17	8	4	–	29
41 – 50	25	11	7	–	43
51 – 60	7	10	5	2	24
Ukupno	51	31	16	2	100

Pri sakupljanju podataka registrirani su svi posjeti ordinarijusu zbog kurativnih i paramedicinskih, odnosno administrativnih razloga (uputnice, doznake, potvrde i sl.). Isto tako analizirani su posjeti specijalistima, odnosno pregledi koji su obavljani u poliklinikama Kliničkog bolničkog centra i dispanzerima Doma zdravlja. Proizlazi da su najčešće korištene usluge ortopeda, kirurga i internista, a nešto manje neurologa i psihijatra te fizikalne medicine, osobito u fazi rehabilitacije. Podaci o broju posjeta liječniku u godini prije i u godini nakon nastanka invalidnosti prikazani su na tablici 2.

Tablica 2.

Posjeti liječniku u godini prije i u godini nakon nastanka invalidnosti

Broj posjeta	Ordinarius		Specijalist	
	Godina prije	Godina poslije	Godina prije	Godina poslije
0	–	–	–	14
1–10	6	55	73	81
11–20	19	31	26	5
21–30	45	8	–	–
31–40	24	2	–	–
41–50	6	4	1	–
\bar{X}	25,5	11,9	8,0	4,8
SD	9,5	9,9	4,4	2,9

U godini prije nastupa invalidnosti prosjek posjeta ordinarijusu bio je $25,5 \pm 9,5$ po ispitaniku. U prvoj godini nakon nastanka invalidnosti taj se broj bitno mijenja. Sada je prosjek $11,9 \pm 9,9$ posjeta godišnje, što je 2,1 puta manje u odnosu na godinu ranije. Dok je prije bilo svega 6 ispitanika s manje od 7 posjeta, sada ih je upravo u grupi do 10 posjeta najviše – 56 invalida, a slijedi grupa od 31 invalida s 11 do 20 posjeta. Razlika u prosječnom broju posjeta ordinarijusu u godini nakon nastupa invalidnosti statistički je vrlo značajna u odnosu na godinu ranije ($t=9,7$ $P<0,01$).

U godini prije nastanka invalidnosti ispitanici su bili kod raznih specijalista ukupno 800 puta ili prosječno $8 \pm 4,4$ pregleda po ispitaniku. Nema ni jednog ispitanika koji se nije koristio specijalističkim uslugama, a najmanje su obavljena po tri specijalistička pregleda. Do 10 pregleda obavilo je 73 ispitanika, a 26 ih je bilo kod raznih specijalista od 11 do 20 puta. Najviše, i to 41 pregled, obavila je jedna osoba. U sljedećoj godini ti isti ispitanici, sada invalidi rada obavili su 480 specijalističkih pregleda (prosječno $4,8 \pm 2,9$) što je 1,7 puta manje nego godinu ranije. Samo pet invalida bilo je više od deset puta kod specijalista. Najviše ih je bilo od 1 do 10 puta – 81, a 14 nije bilo nijednom. Pojedinačno gledano neki su u godini prije bili kod specijalista i do 12 puta, a u sljedećoj godini nijednom. Samo šest osoba je u sljedećoj godini bilo kod specijalista neznatno puta više. Dva invalida su u obje godine obavila jednak broj specijalističkih pregleda, dok je ostalih 92 odlazilo specijalistima znatno rjeđe. Razlika u broju posjeta specijalistima u godini prije i godini nakon nastupa invalidnosti statistički je pouzdana ($t=6,0$ $P<0,01$).

Rezultati pokazuju da su u godini prije nastanka invalidnosti ispitanici izostali s posla ukupno 14.740 dana, što u prosjeku iznosi $167,4 \pm 84,3$ dana. Samo 4 ispitanika provela su na bolovanju manje od 30 dana. Najkraći apsentizam trajao je 21 dan, a 2 ispitanika su izostala s posla svih 365 dana. Po 14 osoba izostalo je s posla 61 do 90 dana, odnosno 180 do 210 dana (6–7 mjeseci). Po 12 ispitanika bilo je na bolovanju 4–5 mjeseci, odnosno 7–8 mjeseci. U grupama s 10, 11 i 12 mjeseci bila su po 2 ispitanika. U godini nakon nastupa invalidnosti slika se bitno mijenja nabolje. Ukupni izostanak s posla iznosi 4750 dana ili u prosjeku $47,5 \pm 48,7$, što je u odnosu na godinu ranije 3,5 puta manje. Indikativan je podatak broj od 28 osoba koje kao invalidi u prvoj godini nisu bili na bolovanju niti jedan dan, a 26 ih je izostalo s posla manje od 30 dana. Od 1 do 2 mjeseca izostala su 22 invalida. Najduže bolovanje u prvoj godini invalidnosti trajalo je ukupno 183 dana. Samo četiri invalida su u prvoj godini invalidnosti izostajala s posla više no u prethodnoj. Jedan je bio čak četiri puta više (prije 47, nakon 151 dan). Svi ostali izostajali su znatno manje, čak i do 20 puta. Razlika u ukupnom broju dana izostanaka s posla u godini prije i godini nakon invalidnosti statistički je vrlo pouzdana ($t=9,7$ $P<0,01$).

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Analizirajući rezultate ovoga rada uz respektiranje ranijih istraživanja među lučkim radnicima, dobiva se realnija slika o skupini radnika – invalida rada koji u svojoj sredini predstavljaju čak 13,1 % svih zaposlenih radnika. To je znatno više od prosjeka u dvadesetak najvećih riječkih tvornica i poduzeća u kojima invalidi rada čine 1,8 do 8,2 % zaposlenih.

Naša ispitivanja pokazuju da invalidi pripadaju kategoriji nešto starijih radnika s relativno dužim radnim stažom spram prosjeka u ostalih radnika. Uvažavajući invalidnost kao potencijalni hendikep glede preostalog radnog staža viša životna dob i relativno dulji radni staž još nisu pouzdano jamstvo da će radeći i dalje invalidi steći potrebne uvjete za punu starosnu mirovinu, što bi bio svojevrstan optimum (3). Analizirajući uzroke i djagnoze po Međunarodnoj klasifikaciji (23) uočljivo je najviše vodećih dijagnoza iz XIII.

grupe, tj. bolesti mišića, koštanog sustava i mišićnog tkiva što je i razumljivo s obzirom na to da u ispitanika prevladavaju fizički radnici. Zbog trajanja, stalnog pogoršavanja, nužnosti liječenja i loše prognoze kronične su bolesti negativan faktor u kvaliteti življenja. Kod svih ispitanih invalida više od trećine ima dvije ili više kroničnih bolesti što je znatno više od ostalih radnika u kojih gotovo polovica nema niti jednu kroničnu bolest, a svekoliki prosjek je jedna kronična bolest po radniku (22).

Uzroci izostajanja s posla su brojni i složeni. Uz medicinske često su prisutni i paramedicinski razlozi. Uz čimbenike vezane za samog radnika vrlo značajni su i čimbenici životne i radne okoline (24). Analizirajući neke vidove zdravstvene zaštite radnika-invalida s obzirom na posjete ordinarijima i apsentizam te korištenje specijalističkih usluga želi se potvrditi empirijsko saznanje da adekvatna obrada i zatim primjerena profesionalna orijentacija čak i u osoba s ireverzibilnim oštećenjima zdravlja može rezultirati smanjenjem upravo najčešćih oblika zajamčene zdravstvene zaštite. Naši rezultati su to dokazali. Broj posjeta ordinarijima je dva puta smanjen u godini nakon nastanka invalidnosti u usporedbi s godinom ranije, dok je specijalističkih pregleda 1,7 puta manje. Praktično gledano to znači da su naši ispitanici u godini ranije odlazili ordinarijima dva puta mjesečno, a sada jednom. Specijaliste su prije obilazili svakih mjesec i pol, a sada svaka dva i pol mjeseca. Time je promijenjen i omjer posjeta ordinarijima i specijalističkih pregleda od 3,2 ranije na 2,5 kasnije. U globalu gledano može se zaključiti da je svekolika ušteda značajnija u korištenju primarne zaštite, pa s tog motrišta valja prihvatiti i promjenu odnosa primarnih i specijalističkih pregleda u godinama prije i nakon stjecanja statusa invalida.

Najevidentnija je slika kod apsentizma, koji je smanjen 3,5 puta. Za to smanjenje umnogome je zaslužan Centar za profesionalnu rehabilitaciju u Rijeci, u kojem je obrađen veći dio naših ispitanika. Zahvaljujući interdisciplinarnom pristupu od ocjene preostale radne sposobnosti do završne rehabilitacije radnik je preraspoređen na prikladnije radno mjesto ili prekvalificiran. Njegovi radni kapaciteti su optimalno iskorišteni pa je i potreba za izostajanjem s posla znatno smanjena.

Gledano s humanog, socijalnog, legalnog i gospodarstvenog aspekta dobiveni podaci potvrđuju opravdanost vođenja cjelokupnog postupka rehabilitacije. Mada su moguće višeznačne definicije rehabilitacije sa stajališta kvalitete života, najprihvatljivije bi bile one koje sadrže dinamičku determinaciju pojma rehabilitacije pa bi najprimjerenija bila Kesslerova definicija koja glasi: »Rehabilitacija je osposobljavanje invalida rada za najveću moguću fizičku, mentalnu, profesionalnu i ekonomsku djelatnost za koju je dorastao«(25). U tom nadasve složenom i odgovornom procesu potreban je interdisciplinarni pristup problemu od analiziranja do utvrđivanja radnih mjesta na kojima mogu raditi invalidi do konačnog preraspoređivanja na prikladno radno mjesto ili skraćivanje radnog vremena na istom ili drugom radnom mjestu.

Dodatnom provjerom ustanovili smo da se nijedan od naših ispitanika nije žalio na ocjenu Invalidske komisije niti Centra za profesionalnu rehabilitaciju, što je dodatni dokaz u prilog uspješnosti medicinske i socijalno-ekonomske rehabilitacije, odnosno reintegracije u radnoj sredini.

U procjenu kvalitete života invalida rada mogle bi se osim korištenja ovih oblika zdravstvene zaštite uključiti i druge varijable koje bi možda neposrednije odražavale neke od uobičajenijih pokazatelja kvalitete življenja. Objektivne potrebe korištenja određenih oblika zdravstvene zaštite u korelaciji su s općim psihofizičkim i socijalnim zadovoljstvom pojedinca ili populacije. Prema tome će i smanjenje potrebe za korištenjem određenih vidova zdravstvene zaštite biti jedan od relevantnih pokazatelja u procjeni kvaliteta življenja, te prezentirani rezultati mogu suvislo poslužiti u prilog iznesenih pretpostavki o svezi kvalitete življenja i nekih oblika zdravstvene zaštite.

LITERATURA

1. Mandić V. Invalidnost. U: Medicinska enciklopedija. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod, 1961;5:325.
2. Rezolucija 28. svjetske zdravstvene skupštine o prevenciji invalidnosti i rehabilitaciji. Liječ Vjesn 1977;99:260.
3. Zakon o osnovnim pravima iz mirovinskog i invalidskog osiguranja. Službeni list SFRJ br. 23/82.
4. Zakon o mirovinskom i invalidskom osiguranju Hrvatske. Narodne novine br. 26/83.
5. Šarić M, Mimica M. Kronične bolesti i pristup u ocjenjivanju invalidnosti. Narodno zdravlje 1977;22:68.
6. Kulčar Ž, Rismondo M, Čapeta R. Suzbijanje invalidnosti u SR Hrvatskoj. Liječ Vjesn 1979;101:585-91.
7. Mimica M. Prevencija invalidnosti. Solidarnost 1977;4:21.
8. Čapeta R, Reif N, Ribarić M, Rismondo M. ur. Radna sposobnost i invalidnost. Čakovec-Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, SIZ MIOR Hrvatske, RO »ITZ« Čakovec, 1987.
9. Licul F. Profesionalna orijentacija invalidnih osoba. Liječ Vjesn 1976;98:621-4.
10. Dalky NC. Studies in the quality of life. Delphi and Decision Making. Lexington: Lexington Books, 1972.
11. Alexander JL, Willems EP. Quality of life: Some measurements. Arch Psych Med 1981;62:261-5.
12. Krupinski J. Health and quality of life. Soc Sci Med 1980;A:203-11.
13. Williams GH. Quality of life and its impacts on hypertensive patients. Am J Med 1987;82:98-104.
14. Lang S. O kvaliteti života. Liječ Vjesn 1978;100:747-9.
15. Lang S. Kvaliteta života žena oboljelih od raka dojke (Disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet, 1982. 207 str.
16. Folnegović-Šmalc V. Kvaliteta življenja shizofrenih bolesnika i njihove obitelji. Pravo i obveza na zdravlje II, Zagreb; Jugoslavenski centar za medicinsku etiku i kvalitetu života, 1986:99-100.
17. Gerc V. Hipertenzija i kvaliteta života. Kardiologija 1990;11:51-5.
18. Rinčić-Grbac G. Utjecaj liječnika opće medicine i njegova tima na kvalitet življenja kroničnih bolesnika (Magistarski rad). Rijeka: Medicinski fakultet, 1985. 135 str.
19. Korin N. Studija povreda u riječkoj »Luci«. (Disertacija). Rijeka: Medicinski fakultet, 1968. 110 str.
20. Vujaklija S. Organizacija i provođenje profesionalne rehabilitacije invalida rada u RO »Luka« Rijeka (Diplomski rad). Zagreb: Zajednički studij za socijalni rad, 1983. 68 str.
21. Škrobonja A. Odras zanimanja i radnog mjesta u korištenju zdravstvene zaštite. Pravo i obveza na zdravlje II. Zagreb: Jugoslavenski centar za medicinsku etiku i kvalitetu života, 1986:35-40.
22. Škrobonja A, Othman S. Uzroci invalidnosti lučkih radnika u Rijeci. Sedmi kongres medicine rada Jugoslavije, Budva. Knjiga rezimea 1987:242-3.
23. Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti. 1. deveta revizija iz 1975. Niš: Institut za dokumentaciju i zaštitu na radu, 1978.
24. Ribić Z. Uzroci bolovanja. U: Šarić M. ur. Bolovanje, priručnik za ocjenu privremene nesposobnosti za rad. Zagreb: Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, 1982:21-45.
25. Draganov P, Kalentić J. Pojam, stanje i problemi medicinske rehabilitacije. Zbornik radova, Savjetovanje liječničkih komisija, Opatija, 1978:200-10.

Summary

ESTIMATE OF THE QUALITY OF LIFE OF DISABLED INDUSTRIAL WORKERS BASED ON THE TYPE OF HEALTH CARE MOST FREQUENTLY USED

An investigation was conducted among the dock workers from the port of Rijeka, where disabled workers made 13.1% of the total number of the employed. The most common causes of disablement were musculo-skeletal and connective tissue diseases (27%), injuries (20%) and diseases of the nervous and circulatory systems (13%). Chronic diseases in these workers whose mean age was 43.8 years were twice as frequent as in other workers (mean age 39.7 years). The average working span of disabled workers was 12.2 years, compared to 8.9 years of the rest of the working population. Analysis

Škrobonja, A, Bačkov-Kolonić, M, Frković, A: Procjena kvalitete života invalida rada na osnovi korištenja najčešćih oblika zdravstvene zaštite. Arh hig rada toksikol, vol. 43 (1992) br. 2, str. 185-191

showed that in the year after disability assessment, workers with reduced working capacity visited their physicians 2.1 and specialists 1.7 times less often than the other workers. In general, the rate of absenteeism in the year following the assessment of disability was reduced 3.5 times. All the differences were very significant, ($P < 0.01$). Results lead to the conclusion that medical and social rehabilitation of disabled workers as well as their integration into the working environment were very successful, which undoubtedly had a positive impact on the quality of their life.

Health Centre, Rijeka, Croatia

Key terms: quality of life, health assessment, occupational rehabilitation.