

Stručni rad

PRAVILNO DIJAGNOSTICIRANJE PROFESIONALNE AZBESTNE PNEUMOKONIOZE I PROFESIONALNIH AZBESTNIH ZADEBLJANJA POPLUČNICA S PRIKAZOM MODELA

Labud KURAJICA¹ i Gordana TENŽERA-TASLAK²

Istarska 16, Split¹, Nastavni zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske, Split²

Primljeno u ožujku 2009.
Prihvaćeno u kolovozu 2009.

Pravilno dijagnosticiranje profesionalne bolesti zahtijeva od specijalista medicine rada da odgovori ne samo na polazno pitanje (A. pripada li bolest koju je preliminarno dijagnosticirao specijalist pulmolog uz pomoć specijalista radiologa i specijalista kardiologa u profesionalne ili neprofesionalne azbestne bolesti) već da odgovori i na sva ostala pitanja koja su interesantna oboljelom pacijentu: B. može li se profesionalna azbestna bolest uzročno-posljedično povezati s više izvorišta azbestne prašine i ako može, koliki je postotni udio svakog od tih izvorišta u njezinu nastanku i razvitku, C. koliko je profesionalna azbestna bolest "proizvela" očekivanih disfunkcija (plućna disfunkcija, srčana disfunkcija, fizičke boli u prsištu, reaktivni strah od smrti, reaktivni psihoneurotski poremećaj kojemu strah nije vodeći simptom) i u kolikom stupnju, D. jesu li disfunkcije "proizvedene" profesionalnom azbestnom bolešću trajno smanjile radnu sposobnost i ako jesu, u kolikom postotku u odnosu na posve očuvanu 100 %-tnu radnu sposobnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe, tj. je li nastala invalidnost, E. jesu li disfunkcije "proizvedene" profesionalnom azbestnom bolešću trajno smanjile životnu aktivnost i ako jesu, u kolikom postotku u odnosu na posve očuvanu 100 %-tnu životnu aktivnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe, tj. je li nastao invaliditet te F. trpi li pacijent duševne boli zbog smanjenja životne sposobnosti i ako trpi, kakve. S obzirom na to da se ovakav metodološki pristup u praksi rijetko susreće, prikazali smo ključne sastavnice postupka (procjenu kumulativnih izloženosti azbestnoj prašini, način ocjenjivanja postotka smanjene radne i životne sposobnosti, način procjenjivanja posljedičnih duševnih boli) na virtualnom modelu koji je kompilacija naših iskustava iz dugogodišnje prakse.

KLJUČNE RIJEČI: *azbestna bolest, dijagnostički model, profesionalna bolest, sudskomedicinsko vještačenje*

Pravilno dijagnosticiranje profesionalne bolesti zahtijeva od specijalista medicine rada da odgovori ne samo na polazno pitanje (A. pripada li bolest koju je preliminarno dijagnosticirao specijalist pulmolog uz pomoć specijalista radiologa i specijalista kardiologa u profesionalne ili neprofesionalne azbestne bolesti) već da odgovori i na sva ostala pitanja koja su interesantna oboljelom pacijentu: B. može li se profesionalna azbestna bolest uzročno-posljedično povezati s više izvorišta azbestne prašine i ako može, koliki je postotni udio svakog od tih izvorišta u njezinu nastanku i razvitku, C. koliko je profesionalna azbestna bolest "proizvela" očekivanih disfunkcija (plućna disfunkcija, srčana disfunkcija,

fizičke boli u prsištu, reaktivni strah od smrti, reaktivni psihoneurotski poremećaj kojemu strah nije vodeći simptom) i u kolikom stupnju, D. jesu li disfunkcije "proizvedene" profesionalnom azbestnom bolešću trajno smanjile radnu sposobnost i ako jesu, u kolikom postotku u odnosu na posve očuvanu 100 %-tnu radnu sposobnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe, tj. je li nastala invalidnost, E. jesu li disfunkcije "proizvedene" profesionalnom azbestnom bolešću trajno smanjile životnu aktivnost i ako jesu, u kolikom postotku u odnosu na posve očuvanu 100 %-tnu životnu aktivnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe, tj. je li nastao invaliditet te F. trpi li pacijent duševne boli zbog smanjenja životne

sposobnosti i ako trpi, kakve. S obzirom na to da opravdanost izrečenih odgovora treba dokazivati u propisanom postupku pred nadležnim organima, jer svaki od navedenih odgovora ako je pozitivan, donosi oboljelomu neko specifično pravo s odgovarajućom financijskom koristi, a ovdje nas ponajprije zanimaju prava iz mirovinskog osiguranja (iako se sve što će ovdje biti rečeno na odgovarajući način odnosi i na zdravstveno osiguranje, kao i na nadležne sudove u građanskim parnicama radi naknade štete) (1-5), za pravilnu, tj. potpunu dijagnozu koja uključuje i potpun terapijski savjet – moraju svi uključeni liječnici specijalisti (specijalist medicine rada na kraju dijagnostičkog niza u koji su, kad je riječ o azbestnim bolestima, prije njega uključeni specijalist radiolog, specijalist kardiolog i specijalist pulmolog) navesti i razloge zbog kojih su se između dvaju ili više mogućih odgovora opredijelili baš za izrečeni. Razumije se da je specijalistu medicine rada za pravilnu izradu takvog rezimirajućeg mišljenja nužna prethodna nemedicinska i medicinska dokumentacija mnogo opširnija od uobičajene: izjava oboljelog o mjestima stanovanja te osobama s kojima je dijelio kućanstvo i o mjestima rada počevši od godine rođenja do godine pulmološkog dijagnosticiranja azbestne bolesti, radna knjižica oboljeloga, potvrde relevantnih poslodavaca o izloženosti azbestnoj prašini na relevantnim radnim mjestima, potvrda izabranog liječnika o dotadašnjim bolestima i bolovanjima, mišljenje specijalista pulmologa o preliminarnoj dijagnozi te o stanju plućne funkcije i o fizičkim bolima u prsištu, očitovanje specijalista radiologa o zasjenjenjima karakterističnim za azbestnu bolest na rendgenskoj slici prsnih organa, mišljenje specijalista kardiologa o možebitnom doprinosu srčane bolesti rendgenskom nalazu i o možebitnom doprinosu azbestne bolesti srčanoj disfunkciji te mišljenje specijalista psihijatra o možebitnom reaktivnom strahu od smrti i možebitnom reaktivnom psihoneurotskom poremećaju kojemu strah od smrti nije vodeći simptom. Zadatak mu je olakšan činjenicom da su svi modaliteti tog dokaznog postupka manje-više precizno utvrđeni ozakonjenim, propisanim ili priznatim pravilima medicinske struke i struke zaštite na radu te elementarne logike i etike (6-15) s kojima su usklađeni dijagnostički i ocjenski kriteriji Referentnog centra Ministarstva zdravstva RH za azbestozu i druge bolesti izazvane azbestom koji od srpnja 2002. godine djeluje pri Odjelu za plućne bolesti KB Split, sada Klinici za plućne bolesti KBC-a Split (16-22). Posebno se specijalist medicine rada da bi procijenio kumulativnu izloženost oboljelog

azbestnoj prašini (a ta procjena mora s obzirom na narav azbestnih bolesti zahvatiti cijelo razdoblje od godine pulmološkog dijagnosticiranja azbestne bolesti pa unatrag do godine rođenja oboljeloga) koristi podacima o rijetkim istraživanjima koja su objavljena u stručnoj literaturi (23-25). Razumije se da se specijalist medicine rada koristi i vlastitim dugogodišnjim iskustvima koja je stjecao surađujući kao vanjski suradnik u multidisciplinarnim stručnim timovima koji su bili zaduženi za skrb o zdravlju radnika izloženih azbestnoj prašini na specifičnim radnim mjestima, pri čemu je “pokupio” velik broj svjedočanstava radnika, poslovođa, rukovoditelja pogona i tvrtke te inspektora zaštite na radu – o tehnološkom procesu te o stupnju zaštite na radu i higijene rada, ne samo tijekom aktualnog nego i tijekom ranijih razdoblja. To mu omogućuje da s prihvatljivom sigurnošću procijeni prosječne koncentracije azbestnih vlakana kojima su radnici bili izloženi tijekom davno proteklih razdoblja – kada se u RH nisu uopće provodila sustavna mjerenja koncentracija azbestnih vlakana na danas prihvatljiv način ni u radnoj ni u komunalnoj atmosferi. Ostale relevantne informacije (o pacijentovu obrazovnom potencijalu, o radu u tzv. fušu, o pacijentovim hobijima, o pacijentovu imovinskom stanju, o odnosima unutar pacijentove obitelji, o pacijentovim odnosima sa širim društvenim okruženjem, i druge) – specijalist medicine rada dijagnostičar pribavit će na osnovi detaljne obiteljske, osobne i radne anamneze ili heteroanamneze. Na taj način potpuno odnosno pravilno dijagnostičko mišljenje dobiva oblik i sadržaj ekspertnoga specijalističkog mišljenja odnosno specijalističke ekspertize, odnosno sudskomedicinskog vještva, koju treba bitno razlikovati od uobičajenoga konzilijarnog specijalističkog mišljenja (26-28).

S obzirom na to da se ovakav metodološki pristup u praksi rijetko susreće, kao i s obzirom na saznanja i iskustva koja smo stjecali surađujući u splitskom Referentnom centru (1, 29, 30), prikazali smo ključne elemente dijagnostičkog i ocjenskog postupka (način procjenjivanja kumulativne izloženosti azbestnoj prašini, način ocjenjivanja postotka smanjene radne i životne sposobnosti, način procjenjivanja posljedičnih duševnih boli, način procjenjivanja odgovornosti odnosno suodgovornosti pojedinih izvorišta azbestne prašine u nastanku azbestne bolesti) na virtualnom modelu koji je kompilacija naših iskustava; napominjemo da je svaka sličnost s nekim konkretnim pacijentom samo slučajna.

No, prije prikaza modela potrebno je još jedanput podsjetiti na ključne točke u dokaznom postupku.

Pojam “pravilno dijagnosticiranje profesionalne bolesti” treba razlikovati od pojma “pravilno priznavanje profesionalne bolesti i posljedičnih prava”. Oboljenje od profesionalne bolesti dijagnosticira liječnik specijalist medicine rada kao zadnji u lancu liječnika dijagnostičara – ali tim činom ne osiguravaju se oboljelomu prava na temelju oboljenja od profesionalne bolesti. Ta prava osiguravaju se tek nakon što ih oboljelomu prizna odgovarajući nadležni organ, i to na temelju pozitivne stručne recenzije njegova stručnog podorgana odnosno vanjskih vještaka u okviru ozakonjenog i/ili propisanog postupka. Modaliteti postupka precizno su utvrđeni zakonima i propisima iz zdravstvenog osiguranja, mirovinskog osiguranja i obveznih odnosa, a oblik i sadržaj odgovarajućeg upravnog rješenja precizno su utvrđeni člankom 209. Zakona o općem upravnom postupku u skladu s odgovarajućom Odlukom Ustavnog suda RH. Poanta je u ovome: da bi upravno rješenje bilo zakonito, moraju donositelji navesti razloge zbog kojih su u dispozitivu naveli baš izrečenu odluku umjesto neke druge koja je također dolazila u obzir. A da bi upravno rješenje bilo pravilno, mora stručni podorgan servirati pravnicima (dakle medicinskim laicima) nadležnog organa – stručno mišljenje koje je utemeljeno na ozakonjenim, propisanim ili priznatim pravilima medicinske struke i struke zaštite na radu, kao i na pravilima elementarne logike i etike, a sve to u skladu s odredbom članka 34. Zakona o mirovinskom osiguranju. Kad je riječ o invalidnosti – treba podsjetiti da za priznavanje invalidnosti nije više dovoljno utvrditi inkompatibilnost zdravstvenog profila oboljelog s uvjetima rada na referentnome radnome mjestu (čime se zadovoljavao prije važeći Zakon o mirovinskom i invalidskom osiguranju), već je potrebno zadovoljiti još i kvantifikaciju nametnutu važećim Zakonom o mirovinskom osiguranju kojim se od 1.1.1999. godine zahtijeva da invalidu rada bude trajno smanjena radna sposobnost za više od polovice u odnosu na posve očuvanu radnu sposobnost tjelesno i duševno zdravog osiguranika odgovarajuće naobrazbe (dakle za najmanje 51 % do najviše 100 %). Drugim riječima, da bi upravno rješenje o ne/postojanju invalidnosti bilo pravilno i zakonito, treba udovoljavati i uvjetima iz članka 34. Zakona o mirovinskom osiguranju i uvjetima iz članka 209. Zakona o općem upravnom postupku.

Kad je, pak, riječ o trajnom smanjenju životne aktivnosti (odnosno o smanjenju sposobnosti za obavljanje svih životnih tjelesnih i duševnih aktivnosti, odnosno o invaliditetu) – a to je ono što

zanimi nadležnog suca u parnicama radi naknade štete, pri njezinu procjenjivanju moraju se uzimati u obzir sve (a ne samo neke) disfunkcije koje možemo i moramo očekivati kod oboljelog od određene profesionalne bolesti. Drugim riječima, kad je riječ o azbestnoj bolesti, nije dovoljno uzeti u obzir samo možebitnu plućnu disfunkciju i/ili možebitne fizičke boli u prsištu, već treba provjeriti je li došlo do posljedične srčane disfunkcije i/ili posljedičnog straha od smrti zbog nastanka i zloćudne azbestne bolesti i/ili psihoneurotske reakcije kojoj strah od smrti nije vodeći simptom. U svjetlu navedenoga nepravilna bi bila ocjena trajno smanjene radne sposobnosti i trajno smanjene životne sposobnosti koja bi bila donesena samo s obzirom na plućnu disfunkciju i/ili fizičke boli u prsištu. Naposljetku, ali ne najmanje važno, treba upozoriti da isti postotak trajnog smanjenja životne sposobnosti može rezultirati različitim posljedičnim duševnim bolima kod dvije osobe kojima su svojstvene posve različite kombinacije paramedicinskih životnih uvjeta te da je procjenu duševnih boli najracionalnije povjeriti specijalistu medicine rada koji je prethodno procjenjivao postotak smanjenja životne aktivnosti.

U svjetlu navedenih polazišta prikazan je virtualni slučaj pacijenta NN po modelu koji je uz odgovarajuće prilagodbe primjenjiv na svakog pacijenta oboljelog od bilo koje profesionalne bolesti, a ne samo azbestne (dakle i na pacijenta koji je obolio od neprofesionalne bolesti, ozljede izvan rada ili ozljede na radu).

Zamislimo dakle da je pacijentu NN, koji je rođen 1960. godine, a u prometnoj nezgodi 2000. godine zadobio udarac tupim predmetom u prsište pa je bio upućen na rendgensko snimanje prsišta – specijalist radiolog učinio PA sliku prsnih organa s pomoću koje je isključio prijelom rebara, ali je usput uočio zasjenjenja poplućnica koja po Međunarodnoj klasifikaciji rendgenskih promjena kod pneumokonioza (ILO 1980 i ILO 2000) odgovaraju oznakama 1b (zadebljanje od 0,5 cm do 1,0 cm, koje je zahvatilo do ¼ visine prsišta), što upućuje na azbestnu bolest poplućnica.

Zamislimo dalje da je NN od specijalista radiologa upućen specijalistu pulmologu koji bi trebao utvrditi je li riječ o azbestnoj bolesti poplućnica.

Zamislimo dalje da je specijalist pulmolog (nakon što je konzultirani specijalist kardiolog isključio srčanu bolest koja je mogla povratno utjecati na nastanak rendgenskog nalaza i nakon što je sam pulmolog isključio druge bolesti i stanja koja bi se mogla očitovati istim rendgenskim nalazom) diferencijalnodijagnostički utvrdio nezloćudnu

azbestnu bolest poplućnica te proslijedio pacijenta NN specijalistu medicine rada koji bi trebao kompletirati dijagnozu pripisujući pulmološki dijagnosticiranoj azbestnoj bolesti pridjevak “profesionalna” ili “neprofesionalna”.

Zamislimo dalje da je taj specijalist medicine rada (nakon što se iz radne knjižice uvjerio da je NN od 1980. godine bio zaposlen u tvrtki BS za koju je notorno da je u proizvodnom procesu rabila azbest pa su njezini zaposlenici mogli biti izloženi štetnim koncentracijama azbestne prašine) utvrdio da je NN obolio od azbestne bolesti poplućnica koja se u RH priznaje profesionalnom, pozivajući se na činjenicu da je NN uz pulmološki dokazanu azbestnu bolest poplućnica ispunio i uvjet tzv. pozitivne radne anamneze.

Zamislimo dalje da je taj specijalist medicine rada uz to utvrdio da je NN s takvom profesionalnom azbestnom bolešću poplućnica i dalje sposoban raditi na radnim mjestima odgovarajuće stručnosti, ali ne svim nego samo onima u djelokrugu kojih ne bi bio i dalje izložen štetnoj azbestnoj prašini.

Zamislimo dalje da je NN (koji je od tada, tj. od 2000. godine bio na bolovanju) na propisan način upućen nadležnom organu zdravstvenog osiguranja koji mu je pravomoćnim upravnim rješenjem priznao oboljenje od profesionalne azbestne bolesti s odgovarajućim specifičnim pravima iz zdravstvenog osiguranja.

Zamislimo dalje da je NN gotovo istodobno također na propisan način upućen nadležnom organu mirovinskog osiguranja koji mu pravomoćnim upravnim rješenjem nije priznao invalidnost, nego samo neposrednu opasnost od nastanka invalidnosti ako NN nastavi raditi na radnim mjestima u djelokrugu kojih bi bio izložen štetnim koncentracijama azbestne prašine, pozivajući se na činjenicu da je NN-ova radna sposobnost doduše trajno smanjena, ali za manje od polovice u odnosu na radnu sposobnost tjelesno i duševno zdravog referentnog osiguranika.

Zamislimo dalje da je NN istodobno također na propisan način zatražio priznanje tjelesnog oštećenja, ali je nadležni organ mirovinskog osiguranja to odbio, pozivajući se na činjenicu da mu je specijalist pulmolog plućnu funkciju ocijenio još uvijek neoštećenom.

Zamislimo dalje da je NN ubrzo nakon toga uz pomoć odvjetnika pokrenuo parnicu radi naknade štete protiv tvrtke BS pozivajući se na relevantne odredbe Zakona o obveznim odnosima prema kojima je imatelj opasne stvari odgovoran naknaditi štetu koju je njegov radnik pretrpio od te opasne stvari, i to bez obzira na

krivnju, tj. po načelu tuženikove uzročne odgovornosti – pri čemu je odvjetnik u tužbi odmah precizirao kunske iznose za pretrpljene fizičke boli, strah i duševne boli zbog smanjenja životne aktivnosti.

Zamislimo dalje da se ta odštetna parnica oteгла od 2001. godine, jer se tuženik usprotivio tužbenom zahtjevu tvrdeći da je on samo djelomično odgovoran za nastanak tužiteljeve profesionalne azbestne bolesti i tvrdeći da je tužitelj precijenio kunske iznose koje je zatražio za naknadu fizičkih boli, straha i duševnih boli zbog smanjenja životne aktivnosti – pri čemu se tuženik pozivao na kontroverze u vještvinama pojedinih angažiranih sudskomedicinskih vještaka.

Zamislimo dalje da je NN u takvoj situaciji prije nego što je otkazao odvjetniku (koji se po mišljenju NN-a nije dovoljno založio) pokušao iskoristiti mogućnost izvansudske nagodbe s Državom koja mu je tu mogućnost pružila posebnim zakonom što ga je u međuvremenu donijela (30) te da je uz pomoć sindikalnog povjerenika uputio zahtjev za odštetu nadležnom povjerenstvu Vlade RH – ali da je i tu naišao na teškoće ponajprije zbog svoje potpuno očuvane plućne funkcije.

Zamislimo dalje da je NN “našavši se u škripcu” – otkazao punomoć odvjetniku i angažirao drugoga koji je, nakon pregleda prethodne medicinske i nemedicinske dokumentacije, iskazao volju da “pokrene stvari s mrtve točke”, ali uz uvjet da NN pribavi potporno ekspertno mišljenje nekoga liječnika specijalista koji raspolaže odgovarajućim referencijama.

Zamislimo dalje da je NN postupio po odvjetnikovu savjetu i da je pribavio ekspertno mišljenje jednoga od dvojice specijalista medicine rada koji su vanjski suradnici splitskoga Referentnog centra.

Zamislimo dalje da je angažirani specijalist medicine rada, nakon što je pregledao svu medicinsku i nemedicinsku dokumentaciju koju mu je NN stavio na raspolaganje a postupajući po metodologiji razrađenoj u splitskome Referentnom centru, najprije uzeo od NN-a iscrpnu osobnu, obiteljsku i radnu anamnezu kako bi pribavio informacije kojih nema u prethodnoj medicinskoj i nemedicinskoj dokumentaciji – pa je tako doznao:

- da je NN rođen 1960. godine i živio do 1980. godine u malome zagorskom naselju B u prizemnoj kući s velikom okućnicom koju je dijelio s ocem i majkom kućanicom, dok se nisu 1980. preselili u obližnji primorski grad S i nastanili na njegovoj jugoistočnoj periferiji

- u sličnoj prizemnoj kući s nešto manjom okućnicom u kojoj NN i danas živi,
- da mu je otac umro od raka pluća 1980. godine, a majka je umrla od moždane kapi 1990. godine,
 - da je završio osmogodišnju školu dok je živio u naselju B do 1975. godine, a da je nakon toga u gradu S pohađao Školu učenika u privredi u kojoj je do 1980. godine stekao zanimanje “KV vodoinstalatler-brodocjevar”,
 - da je tijekom pohađanja srednje škole NN od 1976. do 1979. stanovao u đlačkom domu u blizini velike brodograđevne tvrtke BS koja je bila locirana na sjevernom obodu grada S, pri čemu je odlazio kući u naselje B samo preko vikenda,
 - da je tijekom školovanja jednog dana u tjednu imao teorijsku nastavu u školi, a drugog dana praktičnu nastavu u tvrtki BS,
 - da se čim je završio srednju školu, 1980. godine zaposlio u tvrtki BS na radnome mjestu “brodocjevar” – nakon čega je po uobičajenoj proceduri odmah upućen na odsluženje vojne obveze,
 - da je u vojsci nakon temeljne obuke raspoređen na mjesto „pomoćni kovač“ u remontnom zavodu za teška vozila i oružja,
 - da ga je nakon izlaska iz vojske čekalo već spomenuto radno mjesto u tvrtki BS – na kojemu je nastavio raditi rijetko i kratkotrajno odlazeći na bolovanje (samo zbog banalnih prehlada i manjih lakših ozljeda na radu) sve do 2000. godine kad mu je pulmolog dijagnosticirao azbestnu bolest i od kada je stalno bio na bolovanju,
 - da do tada nikad nije posumnjao u azbestnu bolest niti je u tvrtki upućivan na ciljane zdravstvene preglede vezano za izloženost azbestu jer, iako je ponajprije radio u trupu novogradnji, nije radio neposredno s azbestom,
 - da mu je od 2001. godine nadležni organ zdravstvenog osiguranja priznao oboljenje od profesionalne azbestne bolesti,
 - da mu je nadležni organ mirovinskog osiguranja 2002. godine odbio priznati invalidnost jer da mu radna sposobnost zbog profesionalne azbestne bolesti nije smanjena za više od polovice u odnosu na radnu sposobnost tjelesno i duševno zdravog referentnog osiguranika, već mu je priznao samo neposrednu opasnost od nastanka invalidnosti ako nastavi raditi na radnim mjestima u djelokругu kojih bi i dalje bio izložen azbestnoj prašini,
 - da je nakon toga pokušao izboriti odštetu za fizičke boli, strah i duševne boli uzrokovane

- profesionalnom azbestnom bolešću, i to utuživši tvrtku BS kao uzročno odgovornu pred nadležnim općinskim sudom – ali je stvar zapela tako da ni prvostupanjska presuda još nije na vidiku čemu je po njegovu mišljenju dobrim dijelom kriva nezainteresiranost ili nestručnost njegova odvjetnika,
- da je zbog toga pokušao dobiti izvansudsku odštetu od povjerenstva Vlade RH pozivajući se na nedavno doneseni Zakon koji to omogućuje (30), ali i tu je naišao na zid,
 - da nije nikad pušio,
 - da mu je otac koji je 1980. godine umro od raka pluća radio u tvrtki AV smještenoj na sjevernoj periferiji grada S na radnome mjestu “priprema azbesta” od 1960. do 1975. godine,
 - da od 1990. u istoj kući živi sa suprugom kojom se oženio kao nezavršenom studenticom te njihovim sinom (rođenim 1990. godine – sada učenikom) i njihovom kćeri (rođenom 1992. – sada također učenicom),
 - da mu je supruga kućanica uglavnom zdrava, ali jako sklona trošenju jer je bila jedinica vrlo imućnih roditelja koji su smrtno stradali u prometnoj nesreći,
 - da mu je sin zdrav, ali slabo uči, a da mu je kći teško bolesna jer ima srčanu manu,
 - da ni on (koji je također jedinac) ni supruga nemaju rodbine na koju bi se mogli u nevolji osloniti,
 - da su njegova primanja bitno smanjena jer ga je tvrtka BS rasporedila na bitno manje plaćeno radno mjesto “radnik na održavanju zelenih površina”, a od 2000. godine prestao je u vlastitoj garaži “na crno” obavljati popravke na vozilima prestavši istodobno s ranijim hobbijem dubinskog ronjenja i izlova oborite ribe – čime je ranije postizao velik dodatni prihod,
 - da nikad nije volio strane jezike niti se bavio računalima, pa sada nije u stanju “otvoriti neki privatni biznis”,
 - da je rasprodao sve nekretnine i pokretnine koje je mogao (suprugin veliki stan, zajednički brod na jedra, zajedničko vozilo Mercedes) ne bi li nekako udovoljio obiteljskim objektivnim potrebama (poglavito liječenje bolesne kćeri/ i subjektivnim potrebama /poglavito supruginih sklonostima),
 - da nema više nikakve uštede u banci, doduše da nije ni kreditno) i, što je najgore, bez perspektive,

- da se nadao dobiti nekakvu odštetu zbog bolesti, ali mu se to također izjalovilo.

Zamislimo dalje da je angažirani specijalist medicine rada, postupajući sveudilj po metodologiji i kriterijima razrađenim u splitskom Referentnom centru, započeo procjenjivati NN-ovu kumulativnu izloženost azbestnoj prašini na svim njezinim izvorištima s kojima je NN mogao doći u kontakt od rođenja 1960. do 2000. godine kad je pulmološki dijagnosticirana azbestna bolest. Pri tome bi kumulativnu izloženost azbestnoj prašini procjenjivao kao umnožak trajanja izloženosti iskazane u godinama s procijenjenom prosječnom godišnjom jačinom izloženosti iskazanom u broju azbestnih vlakana po kubnom centimetru zraka ($v \text{ cm}^{-3}$) na mjestu stanovanja ili rada; umnožak, tj. kumulativnu izloženost azbestnoj prašini iskazivao bi kao broj vlakana godina po kubnom centimetru ($v \text{ god cm}^{-3}$). Naravno da recentna mjerenja (nakon 2000. godine) ne bi mogao iskoristiti za procjenu stanja u ranijim desetljećima, to prije što su se u tim proteklim desetljećima samo iznimno obavljala valjana mjerenja; stoga bi procjenu morao obaviti na temelju podataka iz stručne literature (23, 24, 25), na temelju podataka o stanju zaštite na radu i higijene rada u tim davno proteklim vremenima, kao i na osobnom iskustvu koje je eventualno sezalo do konca 80-ih ili početka 70-ih godina prošlog stoljeća. Zamislimo u tom kontekstu da bi specijalist medicine rada u NN-ovu slučaju najprije procjenjivao NN-ovu bazičnu komunalnu kumulativnu izloženost azbestnoj prašini u razdoblju od rođenja 1960. godine do 2000. godine kad je pulmološki dijagnosticirana azbestna bolest (dakle računajući 40-godišnju izloženost). Pri tome bi morao uzeti u obzir dva NN-ova mjesta stanovanja. Koristeći se podacima iz literature (24), procijenio bi da je tijekom dvadesetogodišnjeg života u malom naselju B NN bio godišnje prosječno izložen komunalnim koncentracijama od $0,0001 v \text{ cm}^{-3}$. Na taj bi način dobio kumulativnu komunalnu izloženost tijekom tog razdoblja od $0,002 v \text{ god cm}^{-3}$. Procjenjujući drugo dvadesetogodišnje razdoblje tijekom stanovanja u velikome brzorastućem primorskom gradu S, morao bi uzeti u obzir veće razine aeroonečišćenja azbestnim vlaknima od godišnje prosječno $0,02 v \text{ cm}^{-3}$ – što bi mu dalo procijenjenu kumulativnu komunalnu izloženost od $0,4 v \text{ god cm}^{-3}$. Ukupno bi, dakle, kumulativnu komunalnu izloženost tijekom četrdeset godina NN-ova života procijenio na $0,402 v \text{ god cm}^{-3}$ ili aproksimativno $0,4 v \text{ god cm}^{-3}$.

Zatim bi specijalist medicine rada procjenjivao vicinalnu dodatnu kumulativnu izloženost. U tom

kontekstu uzeo bi u obzir da je NN najmanje dvije godine stanovao u đačkoj nastambi (svaki drugi dan od 1976. do 1979. godine) u koju su strujanjem zraka preko ograde već spomenute tvrtke BS dospijevala azbestna vlakna iz kruga tvrtke. Pri tome bi se specijalist medicine rada koristio saznanjima prema kojima je u tvrtki BS u tom razdoblju bila u uporabi metoda prskanja azbestnih vlakana pod pritiskom (tzv. limpetavanje) što bi rezultiralo izvanredno visokim koncentracijama azbestnih vlakana ne samo na mjestima radnika izolatera (koji su se tom metodom koristili) nego i u cijeloj nutrini broda u izgradnji tako da su grotla na palubama tih novogradnja bila “pravi gejziri” azbestne prašine koju je vjetar raznosio po cijelom krugu tvrtke i preko njezine ograde; istina je doduše da bi koncentracije opadale s udaljenošću od izvorišta (25), ali su na samom izvorištu bile toliko visoke da su i u relativno bliskoj nastambi morale znatno podići razinu uobičajenih komunalnih koncentracija. Stoga bi procijenio da je to dodatno onečišćenje azbestnim vlaknima iz susjedstva podiglo koncentraciju azbestnih vlakana u atmosferi nastambe od komunalne razine svojstvene gradu S (koju je već ranije procijenio na $0,02 v \text{ cm}^{-3}$ do $0,03 v \text{ cm}^{-3}$), i to tijekom oko jedne i pol godine koliko je NN otprilike udisao zrak u nastambi. Stoga bi dodatnu vicinalnu kumulativnu izloženost procijenio po formuli $1,5 \cdot 0,03 = 0,045 v \text{ god cm}^{-3}$ – što bi smanjio za 50 % procjenjujući da NN nije boravio u nastambi više od dvanaest sati na dan. To bi dalo procijenjenu kumulativnu dodatnu vicinalnu izloženost od $0,0225 v \text{ god cm}^{-3}$ ili aproksimativno $0,02 v \text{ god cm}^{-3}$ godina.

Nakon toga specijalist medicine rada dijagnostičar procjenjivao bi NN-ovu dodatnu profesionalnu kumulativnu izloženost, pri čemu bi morao uzeti u obzir najmanje tri mogućnosti NN-ova profesionalnog kontakta s azbestnom prašinom: u razdoblju od 1976. do 1979. godine – najmanje jednu i pol godinu u tvrtki BS tijekom praktične nastave, u razdoblju od 1980. do 1982. godine – najmanje godinu i pol dok je u vojsci obavljao poslove pomoćnog kovača u remontnom zavodu, u razdoblju od 1982. do 1990. godine, tj. oko osam godina u već spomenutoj tvrtki BS na radnome mjestu brodocjevara, kad se još (iako sve manje) rabio azbest za izolacije; profesionalnu izloženost azbestnoj prašini u tvrtki BS nakon 1990. godine ocijenio bi zanemarivom. Naime, već je u prethodnom tekstu rečeno da su tijekom NN-ova praktičnog školovanja u tvrtki BS naveliko rabili azbest uz vrlo nisku razinu zaštite na radu i higijene rada. Radnici izolateri koristili su se ne samo metodom oblaganja azbestnim platnom,

azbestnim pletenicama i azbestnim konopcem (pri čijem su se oblikovanju na radnome mjestu stvarale koncentracije azbestne prašine reda veličine desetak vlakana po kubnom centimetru) nego i metodom špricanja azbesta pod pritiskom pri čemu su se stvarale i desetostruko više koncentracije azbestnih vlakana. U napola otvorenim prostorijama i prostorima broskog trupa u izgradnji nije se moglo izbjeći raznošenje tako nastalih azbestnih vlakana strujanjem zraka, a azbestna vlakna su raznosili i radnici na obući, odjeći i tijelu. Kako su istodobno uz izolatore u istim prostorijama i prostorima obavljali svoje poslove radnici drugih zanimanja (uključujući i brodocjevare) – svi su *de facto* bili izloženi štetnom djelovanju azbestne prašine, sve do najudaljenijih dijelova broskog trupa; naravno da su koncentracije opadale razmjerno udaljenosti od radnog mjesta izolatera, ali s obzirom na početne vrlo visoke koncentracije još uvijek su morale biti i u najudaljenijim dijelovima trupa štetne za zdravlje. Polazeći od toga, specijalist medicine rada dijagnostičar procijenio bi NN-ovu kumulativnu profesionalnu izloženost tijekom jedne i pol godine praktičnog školovanja po formuli $30 \text{ v cm}^{-3} \cdot 1,5 \text{ god} = 45 \text{ v god cm}^{-3}$. Smanjeno za dvije trećine (s obzirom na to da osamsatni radni dan čini 1/3 dana) – dobio bi za ovaj segment NN-ove kumulativne profesionalne izloženosti 15 v god cm^{-3} . Nakon toga uzeo bi u obzir da je NN na poslovima pomoćnog kovača u vojnome remontnom zavodu morao raditi sa zaštitnim sredstvima (pregača, rukavice i sl.) u čiji je materijal redovito inkorporiran značajan sadržaj azbesta. Radnici koji rabe takva zaštitna sredstva (poglavito u uvjetima kad se poslodavac ne obazire puno na mjere zaštite na radu – a vojska je jedan od loših primjera te vrste) ne mogu izbjeći izloženosti azbestnim vlaknima koja nastaju habanjem osobnih zaštitnih sredstava. Dodatno su ti radnici izloženi azbestnoj prašini pri ispitivanju kočnih sustava. Stoga bi specijalist medicine rada dijagnostičar (poglavito onaj koji je tijekom vlastite prakse sudjelovao pri procjenjivanju opasnosti na radnim mjestima u kovačnicama koje su sastavni dio velikog broja nespecifičnih tvrtki) procijenio ovaj segment NN-ove dodatne kumulativne profesionalne izloženosti po formuli $6 \text{ v cm}^{-3} \cdot 1,5 \text{ god} = 9 \text{ v god cm}^{-3}$. Umanjivši to za 2/3, dobio bi dodatnu profesionalnu kumulativnu izloženost od 3 v god cm^{-3} . Nakon toga specijalist medicine rada dijagnostičar procjenjivao bi osam godina NN-ove dodatne profesionalne kumulativne izloženosti u razdoblju između konca 1982. (nakon povratka iz vojske) i 1990. u tvrtki BS. Znajući da je u tvrtki BS

tijekom tog razdoblja postupno smanjivana uporaba azbesta kao izolacijskog sredstva (nakon što je metoda špricanja azbesta pod pritiskom potpuno napuštena oko 1980. godine), specijalist medicine rada procijenio bi ovaj segment NN-ove dodatne profesionalne kumulativne izloženosti po formuli $3 \text{ v cm}^{-3} \cdot 8 \text{ god} = 24 \text{ v god cm}^{-3}$; umanjeno za 2/3 to daje 8 v god cm^{-3} . Razdoblje nakon 1990. godine specijalist medicine rada dijagnostičar procijenio bi zanemarivim u NN-ovu slučaju s obzirom na podatke prema kojima je uporaba azbesta u tvrtki BS praktično potpuno ukinuta.

Naposljetku bi specijalist medicine rada dijagnostičar uzeo u obzir i NN-ovu dodatnu domicilnu izloženost azbestnoj prašini, tj. azbestnoj prašini koju je njegov otac donosio u kućanstvo sa svoga radnog mjesta u tvrtki AV. U tom kontekstu uzeo bi u obzir da je NN-ov otac radio na radnome mjestu “priprema azbesta” na kojemu su zabilježene vrlo visoke koncentracije azbestnih vlakana tijekom 50-ih, 60-ih godina prošlog stoljeća pa i kasnije (23) – s obzirom na tzv. suhi tehnološki postupak i vrlo nisku razinu zaštite na radu i higijene rada. Stoga je NN-ov otac u razdoblju od 1960. najmanje do 1975. godine, dakle oko petnaest godina – morao donositi na sebi i sa sobom količine azbestnih vlakana pokupljene u tvrtki AV koje su bile dovoljne da domicilnu koncentraciju azbestnih vlakana od razine $0,0001 \text{ v cm}^{-3}$ (koliko je procijenio komunalnu prosječnu dnevnu izloženost u domiciliju naselja B – vidi u prethodnom tekstu) podignu do razine od $0,05 \text{ v cm}^{-3}$. Pomnoživši to s 15 (u razdoblju od 1960. do 1975.), dobio bi procijenjenu dodatnu kumulativnu domicilnu izloženost od $0,75 \text{ v god cm}^{-3}$, što umanjeno za 50 % daje $0,375 \text{ v god cm}^{-3}$ ili aproksimativno $0,4 \text{ v god cm}^{-3}$.

Uzevši sve zajedno, sveukupna NN-ova kumulativna izloženost u razdoblju od 1960. do 2000. godine bila bi procijenjena na $26,82 \text{ v god cm}^{-3}$ (100 %), pri čemu bi na komunalnu izloženost otpalo $0,4 \text{ v god cm}^{-3}$ (1.491 %), na vicinalnu izloženost $0,02 \text{ v god cm}^{-3}$ (0, 74 %), na profesionalnu izloženost u tvrtki BS prvi put 15 v god cm^{-3} (55,928 %), na profesionalnu izloženost u vojsci 3 v god cm^{-3} (11,185 %), na profesionalnu izloženost u tvrtki BS drugi put 8 v god cm^{-3} (29.828 %) – što daje za ukupnu profesionalnu izloženost 26 v god cm^{-3} (96.942 %), a na domicilnu izloženost $0,4 \text{ v god cm}^{-3}$ (1.491 %). Slijedom navedenog, a s obzirom na to da je doprinos profesionalne komponente obilato nadmašio granicu od 50 % udjela, specijalist medicine rada dijagnostičar imao bi ne samo pravo nego i dužnost upotpuniti

preliminarnu pulmološku dijagnozu NN-ove azbestne pneumokonioze s azbestnim zadebljanjima plućnica – prišivajući joj atribut profesionalne u smislu Zakona o listi profesionalnih bolesti u skladu sa Zakonom o mirovinskom osiguranju i Zakonom o zdravstvenom osiguranju odnosno Zakonom o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu.

Nakon što bi specijalist medicine rada dijagnostičar tako obrazloženo odgovorio na pitanje o profesionalnom ili neprofesionalnom karakteru NN-ove azbestne bolesti – bio bi dužan isto tako obrazloženo odgovoriti na pitanje je li baš zbog NN-ove profesionalne azbestne bolesti nastupilo kod NN-a trajno smanjenje njegove radne sposobnosti i trajno smanjenje njegove životne sposobnosti zbog kojega bi NN mogao trpjeti duševne boli, razumije se uz obvezatnu kvantifikaciju tih stanja.

U tom kontekstu, specijalist medicine rada dijagnostičar morao bi najprije uzeti u obzir mišljenje specijalista mjerodavnih za ocjenjivanje pet disfunkcija koje moramo očekivati kod svakog oboljelog od azbestne pneumokonioze: plućna disfunkcija, srčana disfunkcija, fizičke boli u prsištu, reaktivni strah od smrti uzrokovane zloćudnim azbestnim bolestima (rak pluća, mezoteliom plućnica) te reaktivni psihoneurotski duševni poremećaj tipa PTSP-a kojemu strah od smrti nije vodeći simptom. Jer, tek preuzimajući mišljenja poli/kliničkih specijalista o ne/postojanju “njima pripadajućih” disfunkcija i stupnju tih disfunkcija, može specijalist medicine rada dijagnostičar procijeniti postotni doprinos svake od tih disfunkcija i svih postojećih disfunkcija zajedno – disfunkciji cijelog NN-ova organizma. U tom kontekstu isključio bi, na temelju pretpostavljenog u ovom virtualnom slučaju mišljenja specijalista pulmologa i specijalista kardiologa (koji su u ovom virtualnom slučaju isključili disfunkcije pluća i srca, kao i fizičke boli u prsištu) bilo kakav utjecaj plućne disfunkcije, srčane disfunkcije, kao i fizičkih boli u prsištu na smanjenje NN-ove životne aktivnosti. Zamislimo da je u ovom virtualnom slučaju samo specijalist psihijatar dijagnosticirao kod NN-a dva reaktivna duševna poremećaja. Naime, utvrdio je da je NN koji je do tada bio tjelesno i duševno zdrav doznajući da je obolio od azbestne bolesti, reagirao psihoneurotskim duševnim poremećajem lakog intenziteta uz uobičajene tegobe kao što su povremena stanja razdražljivosti koja se izmjenjuju s povremenim stanjima apatije, a sve to uz poremećaj sna i česti osjećaj premorenosti. Intenzitet tih tegoba naraste povremeno, ali dosta često do srednjeg pa čak i jakog

stupnja u kontaktu s članovima obitelji ili znancima i nepoznatim osobama. Također je specijalist psihijatar utvrdio da je kod NN-a nastupilo i stanje straha od pogoršanja njegove azbestne bolesti (za koju mu je rečeno da se ne može liječiti i da se postupno može pogoršavati čak i nakon prekida profesionalne izloženosti azbestu). No posebno se NN boji da bi se uz relativno dobroćudnu azbestnu pneumokoniozu mogao kod njega pojaviti i smrtonosni azbestni rak pluća ili azbestni rak plućnica mezoteliom, i to godinama pa i desecima godina nakon što se kod njega 2000. godine očitovala azbestna bolest plućnica. Taj strah će, po mišljenju specijalista neuropsihijatra (a s time se slaže i specijalist medicine rada dijagnostičar na temelju vlastitih iskustava s desetinama pa i stotinama radnika izloženih azbestnoj prašini) trajati doživotno, i to lakog intenziteta s obzirom na to da je NN pripadao u psihički stabilne osobe prije nego što je doznao za azbestnu bolest 2000. godine. No, s obzirom na reaktivni psihoneurotski poremećaj – taj će se strah povremeno tijekom dva do tri dana pojačavati do srednjeg pa i jakog intenziteta poglavito kad NN dozna preko medija ili u razgovoru s poznatim osobama da je netko njemu sličan obolio i umro od azbestne zloćudne bolesti (što se događa prosječno jedanput na mjesec).

Polazeći od prethodnoga, specijalist medicine rada dijagnostičar ocijenio bi (sveudilj se držeći metodologije i kriterija razrađenih u splitskom Referentnom centru – ali onih važećih do Drugoga znanstvenog simpozija o azbestu i bolestima izazvanim azbestom koji je 6. 12. 2008. održan u KBC-u Split u organizaciji Klinike za plućne bolesti KBC-a Split, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije i Fonda za zaštitu okoliša i energetske učinkovitosti) u kontekstu ocjenjivanja NN-ove trajno smanjene radne sposobnosti, da NN-ove dvije duševne disfunkcije koje se mogu pripisati NN-ovoj profesionalnoj azbestnoj bolesti – trajno smanjuju NN-ovu radnu sposobnost za najmanje 60 % u odnosu na 100 %-tno očuvanu radnu sposobnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe. Naime, ako i zanemarimo utjecaj uzročne profesionalne azbestne bolesti na trajno smanjenje NN-ove radne sposobnosti (s obzirom na činjenicu da na aktualnom tržištu rada u RH gotovo da nema radnih mjesta u djelokruhu kojih bi se NN mogao susresti sa štetnim koncentracijama azbestne prašine – možda ih ima najviše do 5 %), obje reaktivne duševne disfunkcije koje su posljedica profesionalne azbestne bolesti apsolutne su kontraindikacije za siguran rad na svim

radnim mjestima NN-ove stručnosti (odnosi se na sva zanimanja metalske struke i sličnih struka za obradu uključujući tu i poljoprivredu – za koje bi se NN mogao dokvalificirati ili prekvalificirati) u djelokrugu kojih je izvršitelj izložen aktivnostima kod kojih je povećana opasnost od ozljeđivanja na radu (uključena su sva radna mjesta u pogonima i na terenu na kojima se od izvršitelja traži rukovanje alatima, strojevima, postrojenjima, transportnim sredstvima s radom ili bez rada na visini). Ocijenivši (ponajprije na temelju iskustva pri procjenjivanju opasnosti na radnim mjestima u većem broju tvrtki) da na takva radna mjesta otpada najmanje 30 % svih radnih mjesta NN-u odgovarajuće stručnosti na aktualnom tržištu rada u RH, specijalist medicine rada dijagnostičar procijenio bi da je zbog profesionalne azbestne bolesti NN-ova radna sposobnost trajno smanjena za 30-ak % u odnosu na posve očuvanu 100 %-tnu radnu sposobnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe. Istodobno bi specijalist medicine rada dijagnostičar procijenio da NN s već spomenutim duševnim disfunkcijama nije sposoban bez ugroze zdravlja raditi ni na radnim mjestima u djelokrugu kojih se od izvršitelja traži dobra socijalna adaptabilnost, otpornost na stresogene situacije, sposobnost produžene koncentrirane pažnje, povećana odgovornost za ljude i stvari – s radom ili bez rada u smjenama odnosno rada noću. Ocijenivši da takvih radnih mjesta (voditelji, rukovoditelji, poslovođe, komercijalisti, poslodavčevi povjerenici za zaštitu na radu, kontrolori, nadzornici, nastavnici, trgovci, prodavači, instruktori i sl.) NN-ove stručnosti na aktualnom tržištu rada u RH ima također oko 30 %, specijalist medicine rada dijagnostičar ocijenio bi da je NN-ova radna sposobnost baš zbog profesionalne azbestne bolesti trajno smanjena za punih 60 % u odnosu na posve očuvanu 100 %-tnu radnu sposobnost tjelesno i duševno zdrave referentne osobe. Na taj bi način specijalist medicine rada dijagnostičar obrazloženo odgovorio na očekivano pitanje nadležnog organa mirovinskog osiguranja: zašto NN-u baš zbog profesionalne azbestne bolesti treba priznati invalidnost s preostalom radnom sposobnošću, tj. profesionalnu nesposobnost za rad – iako je NN-ova plućna funkcija ostala još uvijek očuvana. Razlog je jednostavan, odgovorio bi specijalist medicine rada: NN je ispunio uvjet za priznavanje invalidnosti utvrđen člankom 34. Zakona o mirovinskom osiguranju! Ne bi trebalo posebno isticati da je uzrok nastale invalidnosti baš profesionalna bolest, a da je preostalih 40 % NN-ove radne sposobnosti moguće “plasirati” na svako radno mjesto NN-ove stručnosti

na aktualnom tržištu rada u RH ako u djelokrugu rada tog radnog mjesta nisu nazočni prethodno navedeni za NN-a kontraindicirani uvjeti rada.

Opisana ocjena trajno smanjene NN-ove radne sposobnosti kao posljedice njegove profesionalne azbestne bolesti morala bi se bitno izmijeniti uz drukčije obrazloženje nakon priopćenja o pravilnom tumačenju izraza “isključenje azbestnoj prašini na drugome radnom mjestu”, što smo ga prezentirali na već spomenutom Drugom hrvatskom znanstvenom simpoziju o azbestu i bolestima izazvanim azbestom (30). Naime, prema našem revidiranom kriteriju, već bi i sama profesionalna azbestna bolest trebala biti dovoljnim razlogom da se NN-u prizna invalidnost s gubitkom radne sposobnosti, tj. opća nesposobnost za rad – s obzirom na objektivnu nemogućnost da se na aktualnom tržištu rada u RH iznađe bilo koje radno mjesto u djelokrugu kojega bi oboljeli od profesionalne azbestne bolesti mogao izbjeći izlaganju štetnim koncentracijama azbestne prašine.

Nakon toga, specijalist medicine rada dijagnostičar trebao bi odgovoriti na pitanje je li NN-u baš zbog profesionalne azbestne bolesti trajno smanjena i životna sposobnost – kojoj je radna sposobnost po ugovoru s poslodavcem samo jedan uži segment. Naime, pojam “smanjena životna aktivnost odnosno smanjena životna sposobnost” samo je kratica pojma “smanjena sposobnost za obavljanje svih tjelesnih i duševnih životnih aktivnosti”; ovaj je pojam sadržan u izrazu iz članka 200. ranije važećeg Zakona o obveznim odnosima (“duševne bolove zbog smanjenja životne aktivnosti”) dočim se u članku 1100. važećeg Zakona o obveznim odnosima spominje samo izraz “duševne boli”, a izraz “zbog smanjenja životne aktivnosti” samo se podrazumijeva. Blizu je pameti da pojam “smanjenje životne sposobnosti” obuhvaća ne samo smanjenje radne sposobnosti za poslodavca u okviru zaključenog ugovora o radu, tj. na rasporednome radnome mjestu već i smanjenje sposobnosti za rad u vlastitoj režiji (u tzv. fušu), smanjenje sposobnosti za obavljanje hobija, smanjenje sposobnosti za obavljanje dužnosti unutar obitelji, smanjenje sposobnosti za obavljanje dužnosti u socijalnom okolišu izvan obitelji, kao i smanjenje sposobnosti za zadovoljavanje osobnih fizioloških potreba. Stoga postotak smanjenja radne sposobnosti (koji specijalist medicine rada dijagnostičar ocjenjuje konfrontirajući smanjene pacijentove zdravstvene sposobnosti s uvjetima rada na određenome radnome mjestu) ne mora biti isti kao postotak smanjenja životne sposobnosti koji specijalist medicine rada mora ocjenjivati u odnosu

na mnogo šire “životne uvjete na životnome mjestu”. U konkretnom NN-ovu slučaju specijalist medicine rada dijagnostičar morao bi uzeti u obzir i činjenicu da se NN intenzivno bavio i jednim hobijem, i to dubinskim ronjenjem, pri čemu je prodajom ulovljene ribe znatno pridonosio obiteljskom prihodu – čime se prestao baviti zbog duševnih disfunkcija koje su nastale nakon što je doznao za svoju azbestnu bolest. Isto tako trebao bi uzeti u obzir poremećene međuljudske odnose sa suprugom i djecom koji su potpuno uzdrмали njihov ranije vrlo miran obiteljski suživot (uobičajene nesuglasice sa suprugom, dječje nepodopštine i uobičajena povremena predbacivanja, koje je NN ranije “lako probavljao” djelujući smirujuće kao “glava obitelji” koja dovoljno zarađuje za život obitelji – sada su kod NN-a izazivali burne nerazmjerno žestoke reakcije). Slijedom navedenoga specijalist medicine rada dijagnostičar procijenio bi da je NN-ova životna sposobnost smanjena za najmanje 70 % u odnosu na njegovu životnu sposobnost prije oboljenja od azbestne bolesti.

Nakon toga specijalist medicine rada dijagnostičar bio bi dužan procijeniti kolike duševne boli trpi NN zbog 70 %-tnog smanjenja životne sposobnosti. Pojednostavnjeno rečeno: koliko NN pati zbog spoznaje da zbog azbestne bolesti više ne može ni sebi ni svojoj obitelji pružiti ono što je ranije mogao čak ni ako bi uložio povećan tjelesni i duševni napor. Mučio ga je dojam da supruga i djeca, čak i kad to ne kažu otvoreno, njega smatraju krivcem za pad njihova obiteljskog standarda, pa čak i krivcem što on nije sposoban “snaći se” kao što se “drugi snalaze” – ponajprije zbog njegova preslabog obrazovnog potencijala i nedostatka volje da to nadoknadi. Naravno da bi se zbog toga NN grizao svaki put kad je morao “biti sam sa sobom” (što je nerijetko bilo tijekom njegovih noćnih buđenja) poglavito nakon konfrontacija sa suprugom i djecom; slijedom navedenoga, specijalist medicine rada dijagnostičar procijenio bi da NN (baš zbog oboljenja od azbestne bolesti i duševnih disfunkcija izazvanih njome) trpi duševne boli lakog intenziteta svakodnevno prosječno dva sata i da će takve duševne boli trpjeti i ubuduće. Također bi, s obzirom na prethodno procijenjena periodična pojačanja reaktivnog straha, procijenio da te duševne boli dosežu srednji pa i jaki intenzitet, i to prosječno jedanput na mjesec.

Postupivši na opisani način, specijalist medicine rada dijagnostičar mogao bi obrazloženo odgovoriti i na pitanje koje nije zanimljivo nadležnom organu mirovinskog osiguranja, ali je to zanimljivije

nadležnom sucu u građanskoj parnici što ju NN ima pravo pokrenuti tražeći novčanu odštetu od pravnih osoba vlasnika inkriminirane azbestne prašine: koliki se postotak NN-ove trajno smanjene životne sposobnosti odnosno životne aktivnosti i kolike se posljedične duševne boli što ih NN trpi a sve to baš zbog inkriminirane azbestne bolesti mogu pripisati uzročnoj odgovornosti pojedinih izvorišta odnosno vlasnika inkriminirane azbestne prašine. Naime, stupanj te uzročne odgovornosti automatski je razvidan iz već izvedenih procjena NN-ove kumulativne izloženosti a koje su specijalistu medicine rada dijagnostičaru već poslužile da bi mogao ocijeniti profesionalni ili neprofesionalni karakter NN-ove azbestne bolesti. Iz te prethodno navedene računice razvidno je da je na nastanak i razvitak NN-ove azbestne bolesti utjecala s udjelom od 88,535 % azbestna prašina čiji je vlasnik bila brodograđevna tvrtka BS (vicinalni segment 0,074 % + prvi profesionalni segment 55,928 % + drugi profesionalni segment 29,828 %), ali da je u nastanku i razvitku NN-ove azbestne bolesti participirala i azbestna prašina profesionalnog karaktera čiji je vlasnik bila vojska s udjelom od 11,185 %, kao i azbestna prašina domicilnog karaktera čiji je vlasnik bila tvrtka AV s udjelom od 1,491 %; samo s 1,491 % participirala je komunalna azbestna prašina kojoj nije moguće identificirati vlasnika.

Zamislimo dalje da je specijalist medicine rada dijagnostičar, obrazlažući to prethodno opisanim razlozima, izrekao NN-u odnosno njegovu odvjetniku sljedeće ekspertno mišljenje:

1. da NN-ova prethodno pulmološki dijagnosticirana azbestna bolest plućnica spada u profesionalne bolesti u smislu relevantnih hrvatskih zakona,

2. da je baš ta profesionalna azbestna bolest “proizvela” kod NN-a dvije reaktivne duševne disfunkcije, i to duševni poremećaj psihoneurotskog karaktera kojemu strah nije vodeći simptom (psihoneurotski duševni poremećaj lakog intenziteta uz uobičajene tegobe kao što su povremena stanja razdražljivosti koja se izmjenjuju s povremenim stanjima apatije, a sve to uz poremećaj sna i česti osjećaj premorenosti; intenzitet tih tegoba naraste povremeno, ali dosta često do srednjeg pa čak i jakog stupnja u kontaktu s članovima obitelji ili znancima i nepoznatim osobama) i strah od smrti (taj će strah trajati doživotno, i to lakog intenziteta s obzirom na to da je NN pripadao u psihički stabilne osobe prije nego što je doznao za azbestnu bolest 2000. godine; no, s obzirom na reaktivni psihoneurotski poremećaj – taj će se strah povremeno tijekom dva do tri dana

pojačavati do srednjeg pa i jakog intenziteta poglavito kad NN dozna preko medija ili u razgovoru s poznatim osobama da je netko njemu sličan obolio i umro od azbestne zloćudne bolesti, što se događa prosječno jedanput na mjesec), dok je ostavila još uvijek netaknutom plućnu funkciju kao i srčanu funkciju, ne izazivajući ni fizičke boli u prsištu,

3. da je baš ta profesionalna azbestna bolest „proizvela“ kod NN-a invalidnost, i to opću nesposobnost za rad (ako bi ekspertno mišljenje bilo napisano prije 6. 12. 2008. godine, tj. prije Drugoga hrvatskog znanstvenog simpozija o azbestu i bolestima izazvanim azbestom, zaključak bi bio da je kod NN-a baš zbog profesionalne azbestne bolesti nastala profesionalna nesposobnost za rad),

4. da je baš ta profesionalna azbestna bolest „proizvela“ kod NN-a 70 %-tno smanjenje životne aktivnosti odnosno životne sposobnosti,

5. da je baš to 70 %-tno smanjenje životne aktivnosti „proizvelo“ kod NN-a duševne boli lakog intenziteta svakodnevno prosječno dva sata i da će takve duševne boli trpjeti i ubuduće, a da će te duševne boli (s obzirom na prethodno procijenjena periodična pojačanja reaktivnog straha) dosezati srednji pa i jaki intenzitet, i to prosječno jedanput na mjesec,

6. da su u nastanku i razvitku NN-ove azbestne bolesti participirala čak tri vlasnika azbestne prašine (dakle potencijalna tuženika), i to tvrtka BS s udjelom od 85,830 % (vicinalni doprinos 0,074 %, profesionalni doprinos pri prvom izlaganju 55,928 % te profesionalni pri drugom izlaganju 29,828 %), vojska s udjelom 11,185 % i tvrtka AV s udjelom od 1,491 %.

Zamislimo napokon da bi, dobivši ovako obrazloženo ekspertno mišljenje, odvjetnik savjetovao NN-u da pokrene pred nadležnim organom mirovinskog osiguranja zahtjev za obnovu postupka u okviru kojega bi (pozivajući se na pravo iz članka 121. Zakona o mirovinskom osiguranju i argumente sadržane u ovom ekspertnom mišljenju) zatražio priznanje opće nesposobnosti za rad uzrokovane profesionalnom azbestnom bolešću, da odustane od zahtjeva za odštetu već upućenog povjerenstvu Vlade RH (jer relevantni zakon (31) uopće ne spominje naknadu neimovinske štete, a naknadu imovinske štete povezuje samo s oštećenjem plućne funkcije koja kod NN-a nije verificirana), a da nadležnom sucu i predsjedniku njegova Suda uputi podnesak (požurnicu) u okviru kojega bi na temelju ovako obrazloženog ekspertnog mišljenja zatražili da nadležni sudac angažira sudsko-medicinskog vještaka medicine rada e da bi taj potvrdio

ili opovrgao razloge navedene u ekspertnom mišljenju, kvantificirajući iznose kunskih naknada za strah i duševne boli zbog smanjenja životne aktivnosti u skladu s ocjenama u priloženom ekspertnom mišljenju specijalista medicine rada i u skladu s relevantnim smjernicama Vrhovnog suda RH (5).

LITERATURA

1. Kurajica L, Tenžera-Taslak G. Pravilno dijagnosticiranje profesionalne azbestne pneumokonioze i profesionalnih azbestnih zadebljanja poplućnica s prikazom modela. U: 2. hrvatski znanstveni simpozij azbest i bolesti izazvane azbestom; 6. prosinca 2008.; Split. Knjiga sažetaka str. 14 [pristup 10. rujna 2009.]. Dostupno na <http://webograd.tportal.hr/drlabudkurajica/tekstovi>.
2. Zakon o mirovinskom osiguranju. Narodne novine 102/1998.
3. Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu. Narodne novine 85/2006.
4. Zakon o obveznim odnosima. Narodne novine 35/2005.
5. Orijentacijski kriteriji za utvrđivanje visine nematerijalne štete. U: Zapisnik sa sjednice građanskog odjela Vrhovnog suda Republike Hrvatske održane dana 29. 11. 2002. Zagreb: Vrhovni sud Republike Hrvatske; 2002.
6. Zakon o listi profesionalnih bolesti. Narodne novine 162/1998.
7. Zakon o izmjeni i dopuni zakona o listi profesionalnih bolesti. Narodne novine 107/2007.
8. Uredba o medicinskom vještačenju u mirovinskom osiguranju. Narodne novine 73/2009.
9. Odluka o obliku i sadržaju obrasca o medicinskom vještačenju u mirovinskom osiguranju. Narodne novine 99/1999.
10. Uredba o opsegu i sadržaju medicinske dokumentacije. Narodne novine 94/1999.
11. Uredba o medicinskom vještačenju u mirovinskom osiguranju. Narodne novine 52/1999.
12. Pravilnik o postupku utvrđivanja i priznavanja ozljede na radu i profesionalne bolesti. Narodne novine 125/2007.
13. Pravilnik o izmjenama pravilnika o postupku utvrđivanja i priznavanja ozljede na radu i profesionalne bolesti. Narodne novine 4/2008.
14. Zakon o općem upravnom postupku. Narodne novine 53/1991.
15. Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske broj U-I-248/1994 od 13. 11. 1996. Narodne novine 103/1996.
16. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 121/2003.
17. Rješenje o određenju Odjela za plućne bolesti Kliničke bolnice Split, Split Referentnim centrom Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za azbestozu i druge azbestom izazvane bolesti. Narodne novine 91/2002.
18. Cvitanović S. Mjesto i uloga relevantnih stručnjaka u postupku dijagnosticiranja nemalignih azbestnih bolesti, kriteriji i upute. U: Cvitanović S, Kurajica L, Tenžera-Taslak G, urednici. Zbornik radova simpozija o azbestozu i drugim azbestom izazvanim bolestima; 27.-28. rujna 2001. Split. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 2001. str. 27-30 [pristup 10. rujna 2009.]. Dostupno na <http://webograd.tportal.hr/drlabudkurajica/tekstovi>.
19. Kurajica L, Tenžera-Taslak G. Mjesto i uloga relevantnih

- stručnjaka u postupku dijagnosticiranja profesionalnih nemalighnih azbestnih bolesti, kriteriji i upute. U: Cvitanović S, Kurajica L, Tenžera-Taslak G, urednici. Zbornik radova simpozija o azbestozi i drugim azbestom izazvanim bolestima; 27.-28. rujna 2001. Split. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 2001. str. 52-5.
20. Tenžera-Taslak G, Kurajica L. Mjesto i uloga relevantnih stručnjaka u postupku ocjenjivanja šteta od nemalighnih azbestnih bolesti. U: Cvitanović S, Kurajica L, Tenžera-Taslak G, urednici. Zbornik radova simpozija o azbestozi i drugim azbestom izazvanim bolestima; 27.-28. rujna 2001. Split. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 2001. str. 63-6.
 21. Kurajica L, Cvitanović S. Pregled hrvatskih kriterija za dijagnozu azbestoze odnosno za priznavanje profesionalne azbestoze. U: Cvitanović S, Kurajica L, Tenžera-Taslak G, urednici. Zbornik radova simpozija o azbestozi i drugim azbestom izazvanim bolestima; 27.-28. rujna 2001. Split. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 2001. str. 23-6.
 22. Kuljiš V. Ispitivanje aerogagađenja azbestom. U: Cvitanović S, Kurajica L, Tenžera-Taslak G, urednici. Zbornik radova simpozija o azbestozi i drugim azbestom izazvanim bolestima; 27.-28. rujna 2001. Split. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 2001. str. 20-2.
 23. Zorica M, Šarić M. Azbestoza u tvornici azbestno-cementnih proizvoda. Arh Hig Rada Toksikol 1961;12:97-118.
 24. Valić F. Risk assessment of non-occupational asbestos exposure – can it be done?. Arh Hig Rada Toksikol 1988;39:499-505.
 25. Kovač S. Izloženost azbestu i mezoteliom pleure. Arh Hig Rada Toksikol 1979;30:267-91.
 26. Toth M, Šabijan D. Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima – vremenski i kadrovski normativi. Zagreb: Republički fond zdravstvenog osiguranja i zdravstva Republike Hrvatske; 1992.
 27. Kurajica L. Priručnik – ocjenjivanje privremene i trajne nesposobnosti za rad /Priručnik za stručne sudionike u postupcima za ostvarivanje prava na temelju bolovanja u zdravstvenom osiguranju i prava na temelju invalidnosti u mirovinskom osiguranju/ [pristup 10. rujna 2009.]. Dostupno na <http://webograd.tportal.hr/drlabudkurajica/tekstovi>.
 28. Kurajica L, Tenžera-Taslak G. Ocjena duševnih boli zbog smanjenja životne aktivnosti /dokazivanje u parnicama radi naknade štete [pristup 10. rujna 2009.]. Dostupno na <http://webograd.tportal.hr/drlabudkurajica/tekstovi>.
 29. Kurajica L, Tenžera-Taslak G. Pravilno dokazivanje oboljenja od profesionalne azbestne pneumokonioze i profesionalnih azbestnih zadebljanja poplućnica. U: 2. hrvatski znanstveni simpozij azbest i bolesti izazvane azbestom; 6. prosinca 2008.; Split. Knjiga sažetaka str. 16 [pristup 10. rujna 2009.]. Dostupno na <http://webograd.tportal.hr/drlabudkurajica/tekstovi>.
 30. Kurajica L, Tenžera-Taslak G. Pravilno tumačenje izraza “isključenje izloženosti azbestnoj prašini na drugom radnom mjestu”. U: 2. hrvatski znanstveni simpozij azbest i bolesti izazvane azbestom; 6. prosinca 2008.; Split. Knjiga sažetaka str. 17 [pristup 10. rujna 2009.]. Dostupno na <http://webograd.tportal.hr/drlabudkurajica/tekstovi>.
 31. Zakon o oštećenju radnika profesionalno izloženih azbestu. Narodne novine 79/2007.

Summary

A MODEL TO DIAGNOSE OCCUPATIONAL, ASBESTOS-RELATED PNEUMOCONIOSIS AND THICKENING OF THE PLEURA

To correctly diagnose occupational asbestos-related disease, a specialist in occupational health has to answer a set of questions: A) is the asbestos-related disease diagnosed by a specialist in pulmonology with the help of a radiologist and cardiologist occupational or non-occupational; B) is the occupational asbestos-related disease caused by more than one source of asbestos dust, and, if it is, to what has of each of these sources contributed to the development of the disease; C) how many functional disorders and symptoms (pulmonary, cardiac, chest pain, reactive fear from death, reactive psychoneurotic disorder in which fear is not the main symptom) has occupational asbestos-related disease produced and to what degree; D) have these disorders and symptoms permanently reduced patient's work ability, and, if they have, can we speak of work disability; E) have these disorders permanently reduced vital activity, and, if they have, can we speak of vital disability; and F) does the patient suffer mental pain because of reduced vital activity, and if he does, what sort of pain.

This approach should assume the form and content of an expert specialist opinion, that is, of a legal medical expertise and should rely on a more extensive medical and non-medical documentation than the one serving for therapeutic purposes. As such methodological approach is rarely met in practice, we have proposed a model that includes evaluation of cumulative exposure to asbestos dust, determination of work and vital disability, and evaluation of mental pain/. This method stems from our long-time practice and experience with patients suffering from asbestos-related diseases, including the experience acquired since 2002 from cooperation with the Reference Centre for Asbestosis and Other Asbestos-Related Diseases of the Croatian Ministry of Health at the Department for Pulmonary Diseases of the Clinical Hospital Split.

KEY WORDS: *asbestos-related diseases, diagnostic model, medical court expertise, occupational disease*

CORRESPONDING AUTHOR:

Dr. Gordana Tenžera-Taslak
Zavod za javno zdravstvo Split
Vukovarska 46
21000 Split
E-mail: