

RAZSEŽNOST PROBLEMA DEPRESIJE NA DELOVNEM MESTU¹

Dušan Nolimal, zdravnik, raziskovalec, specialist socialne medicine²

Med velike javnozdravstvene in socialne probleme v današnjem času sodijo v svetu in pri nas tudi duševne in vedenjske motnje. Projekcije nam kažejo, da bo zlasti depresija, ki je že sedaj ena od najbolj pogostih duševnih motenj, postala eden od vodilnih problemov, tako v državah z visokimi kot nizkimi dohodki, seveda ob predpostavki, da se današnji trendi ne bodo spremenili. Pri ocenjevanju razsežnosti tega problema so bili kot ključni kriteriji uporabljeni – zlasti kriterij razširjenosti in hitrosti širitve, kriterij možnosti javnozdravstvenega in socialnega ukrepanja ter kriterij finančnega bremena.

Seveda je vsak človek od časa do časa lahko žalosten, kar se odraža tudi v njegovi komunikaciji in odnosih na delovnem mestu. Običajno takšni nepsihopatološki pojavi, ki sledijo neprijetnim življenjskim dogodkom – kot so, na primer, partnerska razočaranja, družinski in prijateljski nesporazumi, razprtije v poklicu, finančne in podobne težave – trajajo le kratek čas. Globlje sežejo dogodki, kot so bolezen, ločitev in smrt v družini, ki prav tako lahko vplivajo na zaposlene. Žalost je razpoložensko oz. čustveno stanje, ki ga označuje občutje nezadostnosti, malodušnosti, upada oz. pešanja aktivnosti, klavnost, črnogledost, pesimizem in podobni znaki. V tem smislu je ta »depresija« povsem normalna in relativno kratkotrajna, čeprav lahko pogostna.

Prava depresija pa ni zgolj žalost, ki pride in gre. Je razpoloženska motnja, ki lahko usodno vpliva na naše telo, misli in čustva. Je ena najpogostejših duševnih motenj na svetu. Oseba z depresivno motnjo svojo bolezen občuti kot hudo stisko in breme. Depresija povečuje obolevanje za drugimi boleznimi in povečuje nevarnost samomorilnega vedenja.

O komorbidnosti govorimo, ko so prisotne še druge duševne in vedenjske motnje, kot npr. anksioznost in zasvojenosti z alkoholom in drugimi psihoaktivnimi snovmi ter različna psihosomatska obolenja, kot npr. srčno-žilne bolezni in debelost. Ker ena bolezen lahko poslabšuje drugo, je potrebno sočasno zdravljenje vseh bolezni, sicer si ne moremo obetati uspeha. Depresiven človek je stalno utrujen, upočasnen, razdražen, neodločen, prestrašen in nekomunikativen. Ima močno zmanjšane kognitivne sposobnosti ter znižano samozavest in samopodobo. Vse to ga ovira pri izpolnjevanju obljub, zavez, delovnih nalog, negativno vpliva na njegovo osredotočenost na delo, zmanjšuje storilnost vse do nesposobnosti posameznika za delo. Depresijo posameznika občuti tudi njegova okolica – partner, družina, prijatelji, sodelavci in drugi, s katerimi prihaja v stik.

Vzroki za depresijo še niso popolnoma pojasnjeni. Verjetno gre za kombinacijo negativnih vplivov iz otroštva, psihosocialnega okolja ter neravnovesja kemičnih prenašalcev v možganih. Delež teh vplivov se razlikujejo od posameznika do posameznika. Poleg izostajanja z dela so posledice depresije

¹ Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti opravlja naloge nacionalne informacijske točke Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu. Ministrstvo je naročilo pripravo članka v podporo kampanji Zdravo delovno okolje 2014-2015: Obvladajmo stres za zdrava delovna mesta.

² Dušan Nolimal je zaposlen pri Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (e-naslov: dusan.nolimal@nijz.si)

povezane s številnimi drugimi škodljivimi posledicami za organizacije, kot so manjša delovna storilnost zaposlenih, manjša motivacija in velika fluktuacija. Škoda, ki jo povzroča depresija na delovnem mestu, predstavlja veliko izgubo in bremeni zdravstvene, socialne in gospodarske sisteme.

Izsledki tujih in domačih raziskav

Rezultati mednarodnih raziskav kažejo, da je v času poslabšanja socialno-ekonomskih razmer in prestrukturiranj duševno zdravje zaposlenih ogroženo. Posledice se v prizadetih delovnih organizacijah in območjih kažejo tako, da porasteta bolniški stalež in invalidnost, da so zaposleni nezadovoljni, se slabše počutijo in pogosteje poročajo o slabem zdravju. Večja je tudi verjetnost, da bodo zaposleni v prvih treh letih po večjem prestrukturiranju umrli zaradi bolezni srca in ožilja. V mnogih delovnih okoljih se poveča število primerov trpinčenja (mobinga) na delovnem mestu. Pogostejša je lahko tudi pojavnost anksioznih in depresivnih motenj ter poseganje po alkoholu in drugih psihoaktivnih snoveh. Grožnja izgube službe ali njena dejanska izguba, negotovost, nejasne zahteve in pričakovanja, občutki brezizhodnosti, slabšanje socialno ekonomskega položaja ter različne druge negativne spremembe v družbi predstavljajo potencialni dejavnik tveganja za depresijo, zasvojenosti in samomor.

Na podlagi podatkov, ki jih navaja tuja literature, sklepamo, da vsaj enkrat v življenju za depresijo zbolijo od 10 do 25 odstotkov žensk in od 5 do 12 odstotkov moških. Torej ženske prizadene depresija dvakrat pogosteje kot moške, vendar moški zaradi te bolezni redkeje iščejo strokovno pomoč, zato je pri njih lahko depresija pogosteje neodkrita. Ta motnja in bolezen je tudi pri nas verjetno najpogostejša med duševnimi in vedenjskimi motnjami in v času krize narašča, čeprav nekateri kazalci uradne statistike tega ne potrjujejo. Na delovnem mestu k temu prispevajo negativni organizacijski dejavniki, še zlasti izpostavljenost stresnim dogodkom, trpinčenju in drugemu nasilju na delovnem mestu ter širše socialno-ekonomske razmere (dohodkovni položaj, grožnja izgube zaposlitve in brezposelnosti). Opazovan in evidentiran delež depresije med drugimi boleznimi je verjetno le vrh ledene gore. Večina motenj – po ocenah vsaj polovica – je skrita. Grobe ocene tudi kažejo, da ima lahko vsaj enkrat v življenju več kot polovica prebivalcev blažje oblike te motnje. Ocenjuje se tudi, da približno 10 odstotkov ljudi, ki pride k zdravniku zaradi telesnih težav, verjetno trpi za depresijo. Ob tem je potrebno dodati, da ima Slovenija tudi enega višjih količnikov zasvojenosti z alkoholom in samomora, ki ju povezujemo tudi z depresijo.

V raziskavi European Depression Association (EDA) iz leta 2013, ki je zajela 7.065 zaposlenih Evropejcev, je 20 odstotkov anketirancev navedlo, da jim je bila diagnosticirana depresija vsaj enkrat v življenju. Polovica depresivnih epizod se sploh ne zdravi. Ljudje, ki trpijo zaradi depresije nadaljuje svoje delovno življenje kot, da bi bili zdravi ter skrivajo svoje probleme pred družino, prijatelji in sodelavci. Problemi izbruhnejo na dan, ko je stresnih situacij in dogodkov preveč, ko se zgostijo, so hude intenzitete in predolgo trajajo. Poročilo o psihosocialnih tveganjih na delovnem mestu v Sloveniji (Eurofound, 2012) nam kaže, da so slovenski zaposleni v primerjavi z zaposlenimi v EU pogosteje izpostavljeni stresu v zvezi z delom, ki ga povezujemo z depresijo na delovnem mestu. Več kot 40 odstotkov slovenskih anketirancev je navedlo splošno utrujenost, ki je zelo značilen simptom depresije. Nadalje podatki opozarjajo na slabo organizacijo dela in posledično prevelik obseg delovnih nalog oziroma intenzivnost dela. Tudi 3. panevropska javnomnenjska raziskava o varnosti in zdravja pri delu (EU-OSHA, 2013) je pokazala, da je kar 72 odstotkov slovenskih anketirancev ocenjevalo, da so primeri stresa v zvezi z delom v njihovem delovnem okolju zelo pogosti ali dokaj pogosti, pri čemer

je povprečje EU znašalo 51 odstotkov. Med možnimi vzroki stresa v zvezi z delom so slovenski anketiranci najpogosteje navajali delovno preobremenjenost, reorganizacijo, negotovost zaposlitve ter izpostavljenost neetičnim oziroma nesprejemljivim ravnanjem. Iz teh podatkov bi lahko sklepali tudi na ogroženost slovenskih delavcev zaradi izgorevanja, anksioznosti in depresije.

Vendar v Sloveniji v zadnjih letih ni bila narejena nobena poglobljena raziskava, ki bi ponudila celovit pregled stanja na področju duševnega zdravja, posebej obremenjenosti prebivalcev Slovenije z depresijo. Posamezni vidiki duševnega zdravja so bili sicer vključeni v različne raziskave. Tako je delen vpogled v pogostost depresivne motnje v Sloveniji dalo raziskovanje CINDI Slovenija. Pri odraslih je bilo v obdobju 2001-2008 zaznано zvišanje deleža ljudi, ki vsakodnevno doživljajo stres, kar se v raziskavah kaže kot pomemben dejavnik tveganja za pojav depresije. Kot najpogostejši vzrok stresa so anketiranci navajali prav obremenitve na delovnem mestu. Doživljanje stresa zaradi obremenitev na delovnem mestu se pri nas povečuje, prav tako tudi stres zaradi slabih odnosov s sodelavci.

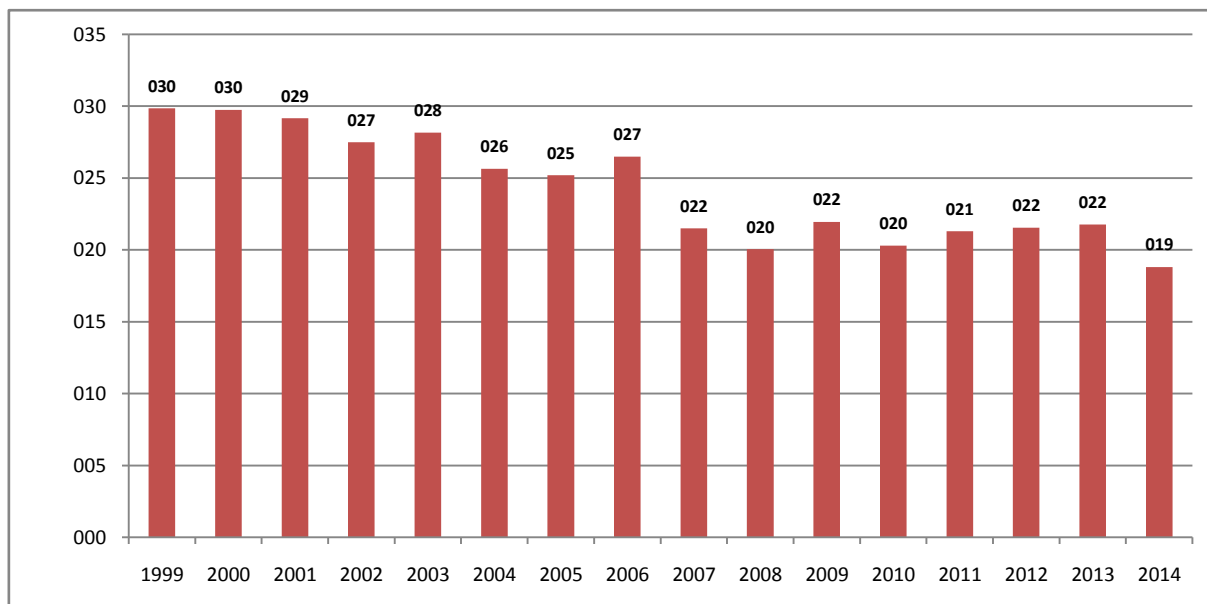
Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji od leta 2006 do leta 2008 je tudi pokazalo, da ima od 9 do 13 odstotkov populacije v ambulantah zdravnikov družinske medicine znake, ki kažejo na depresivno motnjo ter da je verjetno veliko spregledanih posameznikov z depresivno motnjo. Med skupinami, kjer so se klinični znaki in simptomi depresije pojavljali v najvišji stopnji so bile osebe s kroničnimi boleznimi (od 13 do 20,8 odstotkov) in ženske v starosti od 46 do 55 let (od 17 do 23 odstotkov).

Zelo zaskrbljujoči so tudi izsledki raziskave »Zdravje delavcev v procesih prestrukturiranja podjetij – primer poslovne skupine Mura« (UKC Ljubljana – Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa). Anketiranje vzorca 1.046 delavcev tega podjetja v procesu prestrukturiranja od decembru 2012 do januarja 2013 je pokazalo, da je imelo 26 odstotkov delavcev diagnozo depresija. Prav tako je 143 delavcev (13,6 odstotkov) že premišljevalo, da bi naredilo samomor. Kar 47 izmed njih se o tem še ni pogovarjalo z nikomer.

Samomorilnost

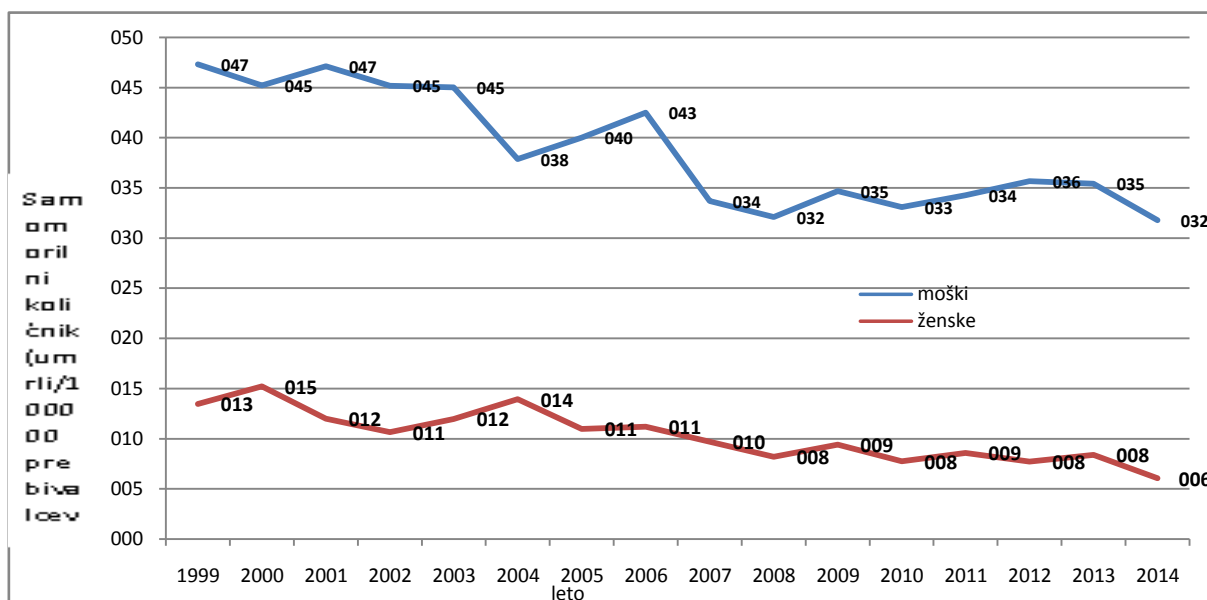
Depresija že dolgo velja tudi za pomemben dejavnik tveganja pri samomorilnosti. Odločitev za samomor in pot do tega dejanja je za vsakega posameznika boleča in velikokrat osamljena. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je v Sloveniji za posledicami samomora v letu 2014 umrlo 388 ljudi (325 moških in 63 žensk). V tem letu je samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100 000 prebivalcev) v državi znašal 18,81 (31,79 za moške in 6,05 za ženske). V letu 2014 smo zabeležili ponovni upad samomorilnega količnika in najnižji količnik nasploh od leta 1965 dalje (velja za skupni samomorilni količnik, za moške in ženske). Po mnenju strokovnjakov z Nacionalnega inštituta za javno zdravje je mogoče v zadnjih letih govoriti o trendu upadanja samomorilnega količnika v Sloveniji. Le-ti so bili namreč od leta 2007 dalje za oba spola med najnižjimi v zadnjih štirih desetletjih (glej graf 1 in 2). Zgolj na podlagi teh podatkov težko sklepamo, da je depresije manj.

Graf 1. Samomorilni količnik za oba spola skupaj, Slovenija, 1999-2014



Vir podatkov: Baza podatkov umrlih IVZ in NIJZ

Graf 2. Samomorilni količnik, moški, ženske, Slovenija, 1999-2014



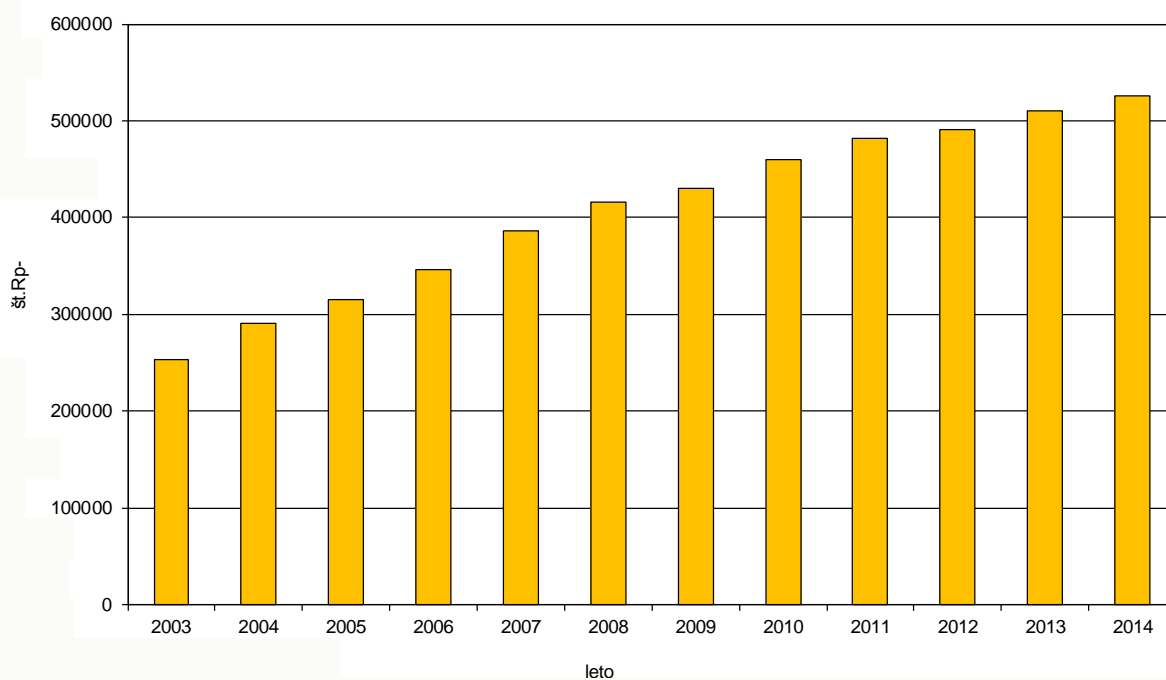
Vir podatkov: Baza podatkov umrlih IVZ in NIJZ

Predpisovanja receptov za antidepresive

Na podlagi kazalca predpisovanja receptov za antidepresive lahko posredno sklepamo na porabo teh zdravil in posredno tudi na razširjenost depresije med prebivalci. Leta 2014 je bilo v Sloveniji izdanih več kot 525 tisoč receptov za antidepresive, kar je dvakrat več kot leta 2003 (glej graf 3). Poraba antidepresivov neprestano raste. Z naraščanjem porabe antidepresivov lahko delno pojasnimo zniževanje števila samomorov. Ženske vsako leto zaužijejo znatno več antidepresivov (in tudi drugih zdravil) kot moški. Primerjava števila receptov po spolu nakazuje, da poraba antidepresivov narašča celo nekoliko hitreje pri moških kot pri ženskah (glej graf 4). Predpisovanje antidepresivov narašča, vendar ob sočasnem upadanju predpisovanja anksiolitikov, ki se predpisujejo za lajšanje strahu in tesnobe.

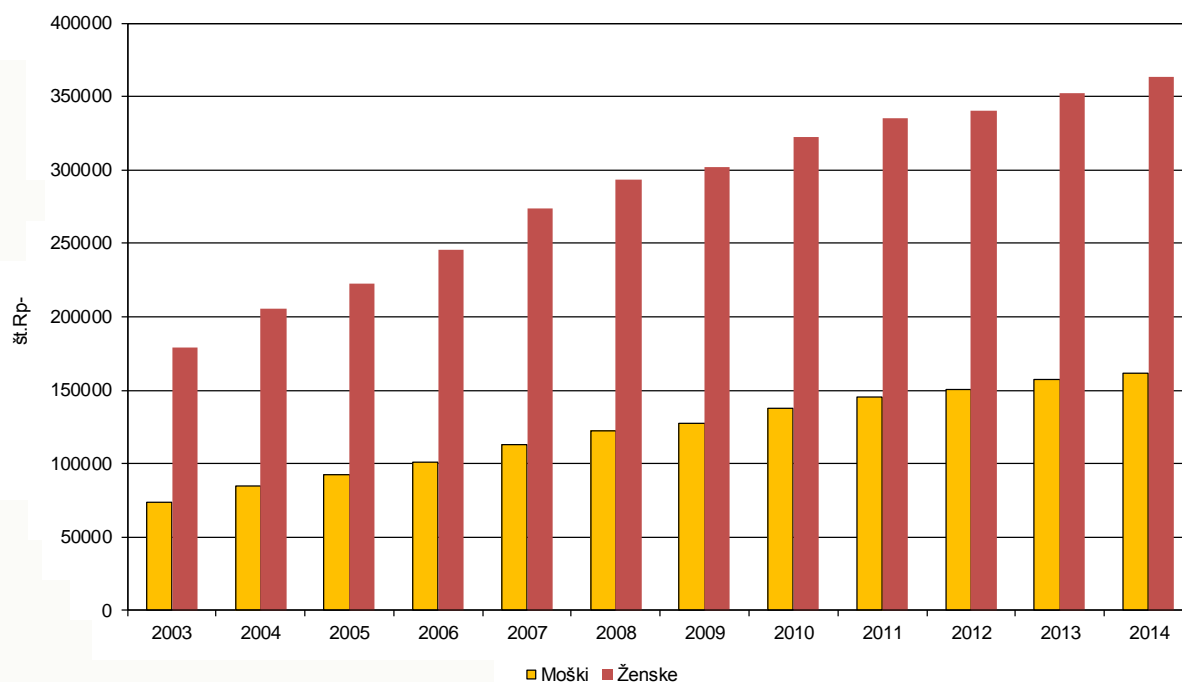
Ob tem velja omeniti, da poraba antidepresivov narašča v večini držav OECD, pri čemer je njihova poraba v Sloveniji nekoliko manjša od povprečja držav OECD.

Graf 3. Poraba antidepresivov, Slovenija , 2003-2014



Vir: Zbirka podatkov o izdanih zdravilih na recept IVZ in NIJZ

Graf 4. Poraba antidepressivov po spolu, Slovenija, 2003-2014



Vir: Zbirka podatkov o izdanih zdravilih na recept IVZ in NIJZ

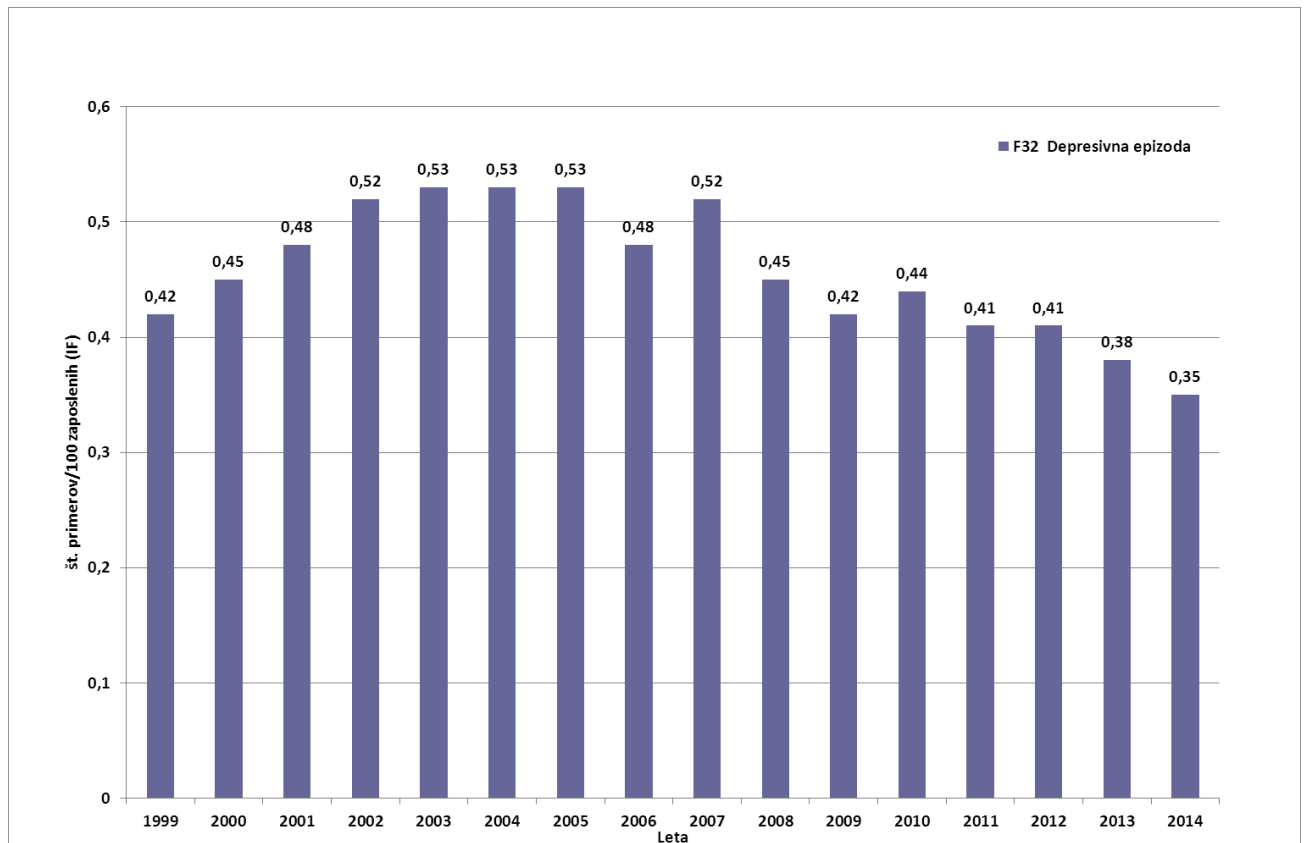
Splošno rast predpisovanja antidepressivov v zadnjih letih lahko razložimo z več dejavniki, ki pa pri nas še niso dovolj raziskani. Večino diagnoz depresije danes povsem suvereno lahko postavijo zdravniki družinske medicine, ki tudi predpišejo veliko antidepressivnih zdravil. Psihatri tako obravnavajo predvsem hude primere depresije, torej predvsem take, kjer ni ustreznega odziva na zdravila, kjer se pojavijo psihotični simptomi, ali je utemeljena psihoterapija oziroma drugačne oblike zdravljenja. Zaradi popularizacije stališča, da je depresija povsem običajna bolezen in povsem normalen pojav, je prepoznanih več bolnikov, kot bi jih bilo sicer. V javnosti se zmanjšuje stigma te bolezni. Ljudje zaradi vpliva medijev in znancev s pozitivnimi izkušnjami pri jemanju antidepressivov pogosteje pri zdravniku ubesedijo svoje duševne težave v upanju na olajšanje neprijetnih znakov. Upoštevati je treba tudi dejstvo, da so antidepressivi pomembno zdravilo tudi pri generalizirani in panični anksiozni motnji ter pri zdravljenju nekaterih oblik bolečine. Raziskati bi kazalo tako neutemeljeno govorjenje o pretirani uporabi antidepressivov, kot opozorila, da se morda v zvezi s psihosocialnimi motnjami na delovnem mestu včasih prehitro, neupravičeno in pretirano predpisujejo.

Odsotnost z dela zaradi depresivnih epizod

Eden od rutinskih kazalnikov duševnega zdravja delavcev, ki so na razpolago in na podlagi katerih lahko sklepamo tudi na razširjenost depresije med aktivno populacijo, so podatki o bolniškem staležu (BS). Analizirali smo podatke iz rednih zbirk Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja o bolniškem staležu zaradi depresivnih epizod za obdobje 1999-2014. Zadnjih pet let kljub nekaterim drugim kazalcem, ki kažejo na porast depresivnih motenj, ne opažamo povečevanja bolniškega staža zaradi depresij.

Nasprotno od pričakovanega odsotnost z dela zaradi depresivnih epizod celo upada (glej graf 5), za kar gre iskati vzrok v strahu prizadetih, da bodo izgubili zaposlitev. To lahko pomeni, da veliko prizadetih ni poiskalo strokovne pomoči zaradi depresije, čeprav so jo rabili. K zdravniku so nekateri verjetno prišli prepozno, na bolniški pa so ostajali zato dlje, tudi po dva meseca ali več, ker je medtem prišlo do poslabšanja bolezni, ki se ni pravočasno zdravila.

Graf 5. Pogostost bolniškega staleža zaradi depresivnih epizod, Slovenija, 1999-2014



Vir: Zbirka podatkov iz Evidence začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih vzrokov IVZ in NIJZ

Zaključek

Depresija na delovnem mestu je pogosto nevidna in skrita bolezen. Prizadeti se – tudi zaradi stigme duševnih bolezni – nagibajo k skrivanju stiske in problemov. Delodajalci in sodelavci so pomanjkljivo ozaveščeni, da bi problematiko povezali z zmanjšano delovno sposobnostjo, težavami na delovnem mestu in bolniško odsotnostjo. Določena depresivna občutja so tudi del življenjske izkušnje večine ljudi, vtkana v doživljanje sebe in okolice okrog nas, tako da je meja med »še zdravim, normalnim« in »že bolezenskim« včasih težko prepoznati. Za depresijo so značilni raznovrstni simptomi, ki se javljajo počasi, postopoma, vendar progresivno. K tej problematiki je potrebno pristopati tako na nivoju prizadetega posameznika kot tudi na nivoju organizacije, v kateri je zaposlen. Na nivoju posameznika je poleg antidepressivnih zdravil (le če so res potrebna) bistveno, da se depresivna oseba aktivira na

telesnem, intelektualnem, socialnem in duhovnem področju. Ker je zaradi stiske zaposleni običaj, se lahko dvigne samo, če se z nadpovprečnim zagonom loti različnih dejavnosti. Ob tem je zelo pomembno vključevanje v zdravo delovno okolje. Na nivoju organizacije so to različni posegi v organizacijo dela, predvsem pa naravnost vodstva v prepoznavanje te problematike in v aktivno sodelovanje pri njenem reševanju, skupaj z iskanjem učinkovitih rešitev za zmanjševanje stresa in drugih psihosocialnih tveganj med zaposlenimi. Vendar se v času gospodarske krize – ko izginjajo delovna mesta in ko celo nekatere zaposlitve ne zagotavljajo več zadostnih sredstev za dostojno življenje – znižuje tudi občutljivost za ukrepanje na tem področju. Neugodne okoliščine povečujejo nevarnost zapoznelega prepoznavanja in zdravljenja depresije. Le-ta glede na dostopne informacije že sedaj sodi med tiste duševne motnje, pri katerih se več kot polovica prizadetih oseb ne zdravi, ker je spregledana ter iz nekaterih drugih razlogov, posebej zaradi stigmatizacije in strahu pred izgubo zaposlitve. Žal je tudi med prepoznanimi depresijami zelo veliko zdravljenih na neustrezen način, to je s pomirjevali, namesto z antidepresivi, ki dejansko lahko pomagajo uravnati biokemične depresivne motnje v možganih. Ob tem velja omeniti opozorila, da se včasih ta zdravila prehitro in neutemeljeno predpisujejo in da »pogovor pomaga bolje od zdravil«.

Zato je eden od ciljev preprečevanja in zmanjševanja depresije na delovnem mestu ter izvajanja ukrepov v podporo že prizadetim delavcem – prav boljše prepoznavanje in diagnosticiranje oseb z depresivno motnjo in povečevanje deleža tistih, ki so ustrezno zdravljeni. Da bi lahko dosegli ta cilj, je potrebno tudi delodajalce in zaposlene seznaniti z razsežnostjo problema ter poučiti o simptomih in drugih značilnostih depresije.

UPORABLJENA LITERATURA

Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med. 2008;65(7):438-445.

Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians —a systematic literature review and meta-analysis. J Gen Intern Med, 2008; 23 (1): 25–36.

*European Depression Association (EDA). IDEA: Impact of Depression at Work in Europe Audit—Final Report. October 2012. Pridobljeno 15 september 2013.
http://www.europeandepressionday.com/resources/IDEA%20Survey_depression%20in%20the%20workplace_results.pdf.*

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the global burden of disease study 2010. PloS One. 2013;8(7):e69637.

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA, 2010; 303 (1): 47–53.

Grant BF. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 1995; 7 (4): 481–87

Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. *EuroObserver*. Autumn 2009;11(3):1-4. Pridobljeno 13.8. 2015.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/80333/EuroObserver-Autumn-2009_web.pdf.

Hees HL, Koeter MW, Schene AH. Longitudinal relationship between depressive symptoms and work outcomes in clinically treated patients with long-term sickness absence related to major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2013;148(2-3):272-277.

National Collaborating Centre for Mental Health; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. National Clinical Practice Guideline 90. London, England: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010. Pridobljeno 15 september 2014.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Sick on the Job? Myths and Realities About Mental Health and Work*. Pridobljeno 14 september 2014.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en

Tyrer P, Steinberg D. *Models for Mental Disorder*. John Wiley and Sons, Chichester, England, 1993.

World Health Organisation (WHO). *The Global Burden of Disease – 2004 Update*.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

World Health Organisation (WHO). *Depression factsheet*. October 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

World Health Organisation (WHO) Europe. *Depression in Europe*. October 10, 2012.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/healthtopics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>.

World Health Organisation (WHO) *Depression – A Global Public Health Concern*.
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.