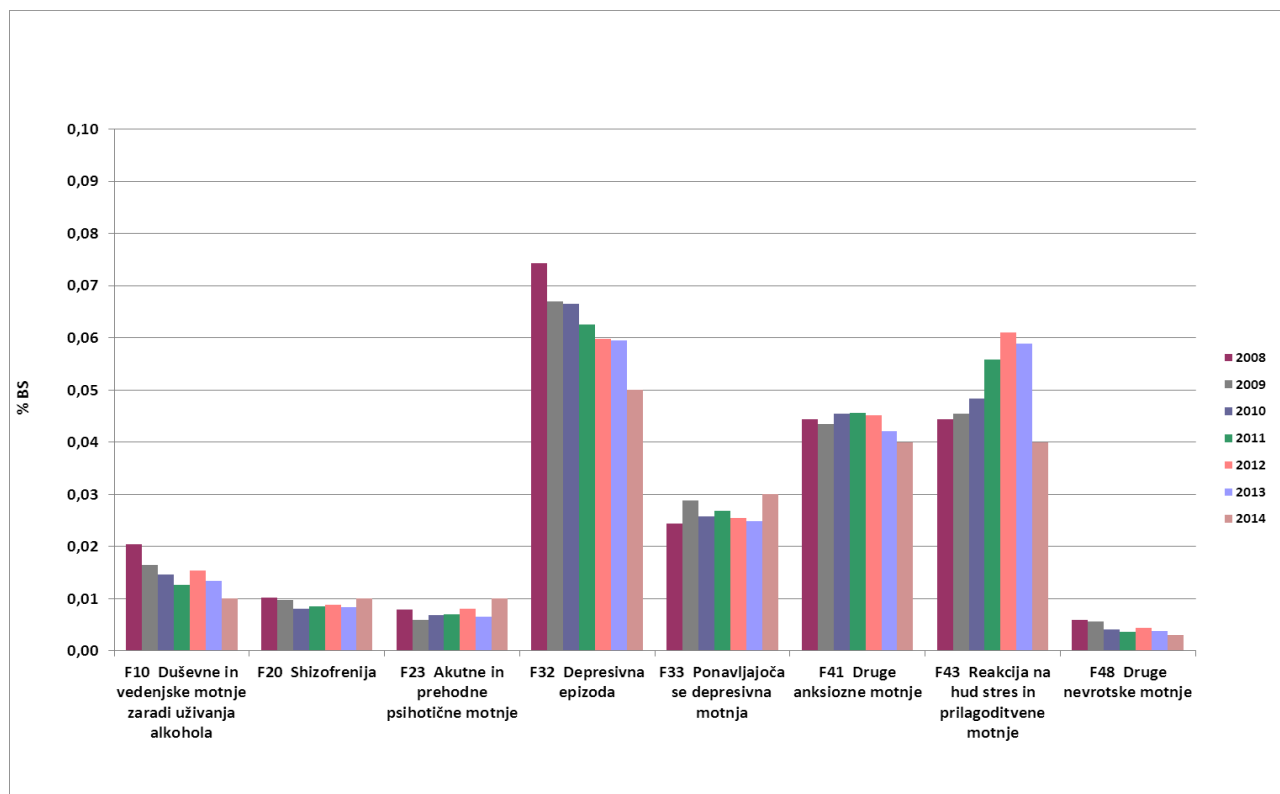


## PREPOZNAVANJE DEPRESIJ NA DELOVNEM MESTU: ZNAKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA<sup>1</sup>

Dušan Nolimal, zdravnik, raziskovalec, specialist socialne medicine<sup>2</sup>

Depresija je kronična, ponavljajoča in napredujoča duševna motnja, zaradi katere po vsem svetu trpi vsaj 350 milijonov ljudi. Različne evropske raziskave kažejo, da ima to motnjo med 20 do 25 odstotkov zaposlenih prebivalcev. Polovica vseh depresivnih epizod ostane nezdravljenih. Zaradi depresije v EU vsako leto izgubimo na deset tisoče delovnih dni in imamo skoraj sto milijard evrov stroškov. Iz podatkov rednih zbirk Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja o deležu bolniškega staleža zaradi duševnih in vedenjskih motenj za obdobje 1999-2014 izhaja, da odsotnost z dela zaradi depresije v tem obdobju ni naraščala (glej graf 1).

Graf 1. Delež bolniškega staleža, duševne in vedenjske motnje po diagnozah, Slovenija, 2008-2014



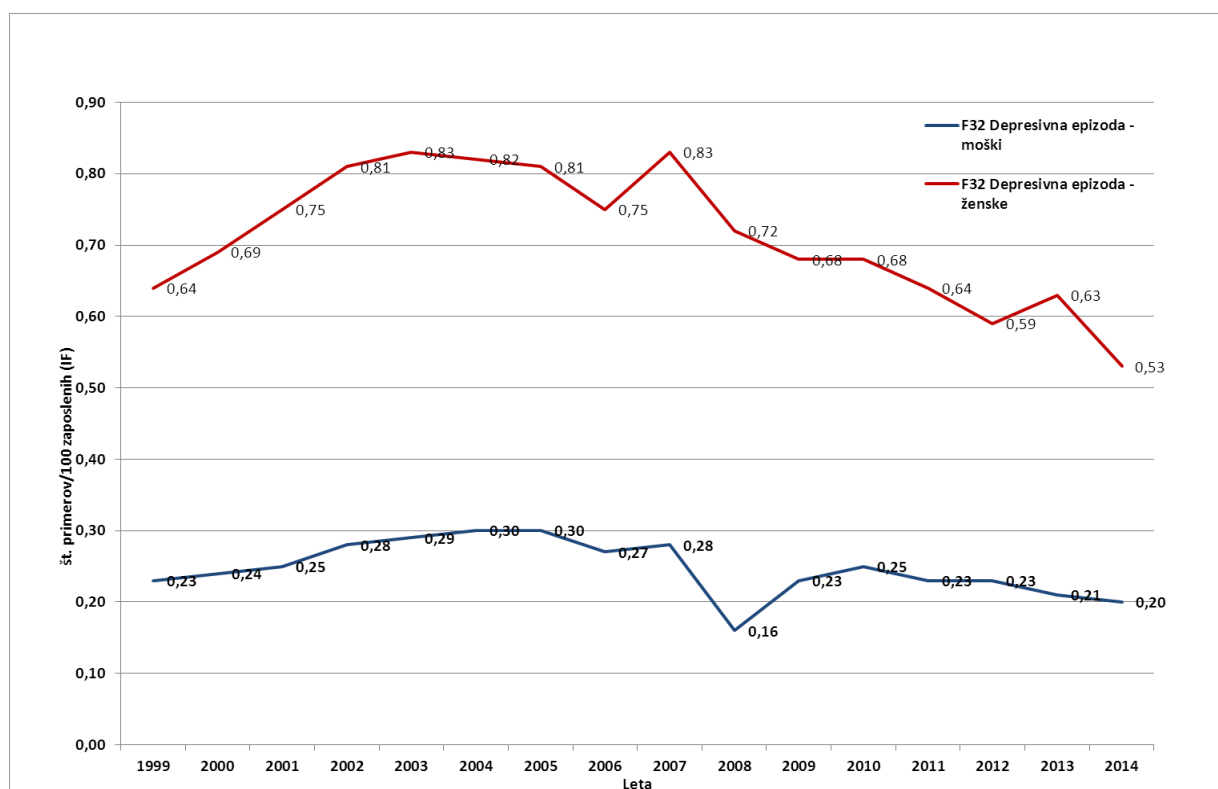
Vir: NIJZ, Evidenca začasne/trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov (IVZ 3)

<sup>1</sup> 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.

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

Vendar je treba te podatke tolmačiti zelo previdno, ker je verjetno vzrok padca bolniškega staleža predvsem strah prizadetih, da bodo izgubili zaposlitev. To lahko pomeni tudi, da veliko prizadetih ni poiskalo 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 lahko prišlo do poslabšanja bolezni, ki se ni pravočasno zdravila. To je delno razvidno iz občasnega porasta deleža ponavljajoče se depresivne motnje. Zanimiva je tudi primerjava gibanja odsotnost z dela zaradi depresivnih epizod po spolu, ki kaže na nekatere razlike, ki bi jih kazalo poglobljeno raziskati (glej graf 2).

Graf 2. Pogostost bolniškega staleža zaradi depresivnih epizod po spolu, Slovenija, 1999-2014



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

### Znaki depresije na delovnem mestu

Ni težko prepoznati simptomov hudih depresij. Duševne motnje v lažji obliki je bistveno težje prepoznati. Pomembno je, da prizadeta oseba in svojci – v delovnem okolju pa nadrejeni in sodelavci – opazijo simptome depresije in ustrezno ukrepajo. Ker se depresija rada ponavlja na podoben način, je pomembno, da vsi deležniki, pojavljanje simptomov in vrstni red simptomov pravočasno

prepoznajo. Depresivni simptomi morajo trajati vsaj dva tedna, da bi lahko govorili o depresivni epizodi. Polna slika hude depresije se navadno razvije v več mesecih. Začetne simptome je na delovnem mestu težko prepoznati, kasneje pa se simptomi poglobijo in z njimi povezane težave se večajo, tako, da jih lahko prepoznajo tudi sodelavci. Simptomi depresije se razlikujejo od osebe do osebe, odvisni pa so tudi od težavnosti depresije. Depresija spremeni razpoloženje in vedenje prizadetih ljudi. Najbolj izraziti simptomi depresije so poslabšanje razpoloženja, negativno (pesimistično) razmišljanje in zmanjšanje kognitivnih sposobnosti, izguba energije in nezmožnost občutenja veselja. Žalost kot posledica depresije je neizbežna in bolj boleča kot običajna žalost. Depresija je lahko tako huda, da prizadeti ne prepozna vseh simptomov. Pogosto pa simptome skriva, ker ga je sram in morda še upa, da se bo stanje popravilo samo od sebe. Glede na raziskave bi le ena tretjina zaposlenih svojemu delodajalcu oziroma nadrejenemu sporočila, da trpi za depresijo; večina tega zagotovo ne bi izdala. Torej gre za motnjo in bolezen, ki se na delovnem mestu skriva. Tudi zato je mnogo simptomov depresije prepoznanih šele, ko oseba prične z zdravljenjem.

Za merjenje duševnih motenj strokovnjaki uporabljajo algoritemski pristop. Kriteriji slonijo na algoritmu, katerih osnova so operacionalno opredeljeni psihopatološki znaki s kar najmanj etioloških predpostavk. Pristop je še posebej uporaben pri prepoznavanju blagih oblik bolezni. Omogoča razmejiti posamezne simptome, jih razvrstiti in prešteti. Ocena posameznih simptomov bo sicer še vedno subjektivna, odvisna tudi od naših osebnih izkušenj in stališč, možnost napak pa je ob takem načinu prepoznavanja motnje vendarle manjša. Depresija je sindrom, ki ga tvori približno devet simptomov. Samo depresivno razpoloženje ne zadošča za diagnozo depresije. Za postavitve diagnoze je glede na klasifikacijo DSM IV potrebna skoraj vsakodnevna prisotnost vsaj petih simptomov izmed naslednjih devetih:

1. depresivno razpoloženje (depresivnost);
2. zmanjšanje zanimanja in/ali veselja do dela oz. življenja nasploh;
3. spremembe v apetitu – zmanjšanje telesne teže (5 odstotkov) ali povečanje telesne teže;
4. nespečnost ali prekomerna zaspanost;
5. spremembe večine aktivnosti (psihomotorna upočasnitev ali nemir);
6. utrudljivost ali oslabitev življenjske energije;
7. občutki ničvrednosti, nesposobnosti, krivde;
8. zmanjšana sposobnosti mišljenja in/ali koncentracije in/ali odločanja;
9. ponavljajoče se misli o smrti, samomorilne misli ali načrtovanje in poskusi samomora.

Sodobna klasifikacija bolezni opredeljuje depresije kot blage, zmerne in hude ter kot posamezne ali rekurentne epizode, pri hudih oblikah pa je možna še dodatna oznaka glede prisotnosti ali odsotnosti psihotičnih simptomov.

Na delovnem mestu je zlasti pomembno razlikovati običajno žalost od depresije. Žalost je ljudem dobro poznano splošno človeško čustvo, kateri se sicer noben človek ne more izogniti in je pri ljudeh latentno navzoča v številnih njenih podobah. Pomembno je, da žalost pri zaposlenih ne obravnavamo kot bolezensko stanje oziroma kot predmet zdravniškega obravnavanja, čeprav lahko žalost povzroča kar precejšnje odmike od normalnega delovnega oziroma življenjskega udejstvovanja. Tudi motenje poteka žalosti z zdravili je nesmotrno in lahko celo škodljivo. Nasprotno, pa tudi blagih znakov depresije ne kaže zanemariti, saj se lahko razvijejo v hujše, ki jih je treba zdraviti z zdravili. Po drugi strani pa se pogosto dogaja, da prizadeti sami zabrišejo znake, ki govorijo o depresiji, in jih prekrijejo

z različnimi psihosomatskimi pritožbami. Nekateri ljudje sami navajajo razloge ali "vzroke" za slabo depresivno počutje in imajo malo uvida v svoje duševno zdravje. Boljše poznavanje devetih simptomov depresije lahko pripomore k izvajanju ukrepov v podporo že prizadetim delavcem. Z izboljšanjem prepoznavanja znakov depresije na delovnem mestu in diagnosticiranjem oseb z depresivno motnjo pri družinskih in drugih zdravnikih bomo lahko povečali delež tistih zaposlenih, ki bodo ustrezno zdravljeni in rehabilitirani.

### **1. Depresivno razpoloženje ali razdražljivost**

Patološka žalost je tisti simptom, ki nas najhitreje opozori na možnost depresivne bolezni. Žalost se vidi po izrazu in telesni drži prizadetega. Ljudje o svojih čustvih ne govorijo enako lahko in jih tudi ne prepoznavajo enako dobro. Moški težje govorijo o svojih čustvih kot ženske. Tudi starejši ljudje raje navajajo telesne težave kot čustva. Nekateri ljudje depresijo doživljajo predvsem skozi telesne simptome. Morda se ne zavedajo svojih negativnih misli, so pa kronično utrujeni in »vse jih boli«, zato so neobičajno razdražljivi. Počutijo se žalostne brez kakršnegakoli otipljivega vzroka. Občutijo pomanjkanje motivacije, težko se nečesa lotijo in dokončajo začete naloge.

### **2. Zmanjšanje zanimanja in/ali veselja do dela in življenja**

Eden od značilnih simptomov depresije je nezmožnost doživljanja veselja in sreče. Osebe z depresijo običajno niso več zmožne občutiti užitka ob prijetnih aktivnostih. Izguba zanimanja in veselja za delovne in druge aktivnosti je eden zgodnejših pokazateljev depresije. Značilna je izguba motivacije, zanimanja, opuščanje dejavnosti, neizpolnjevanje obveznosti, nekomunikativnost oziroma umikanje v samoto – vse do otopelosti. Včasih je simptome depresije težko ločiti od še normalnega zmanjšanja ali spreminjanja interesov, do katerih pride v določenih življenjskih obdobjih. V povezavi z nezadovoljstvom z vodenjem oziroma z organizacijo dela včasih od sodelavcev slišimo, da »ima kdo vsega dovolj«, čeprav to še ni nujno izguba zanimanja v bolezenskem smislu. Če pa zaposleni v delu resnično prav v ničemer ne najde zadovoljitve, če se pri delu ne more več veselit niti ob aktivnostih, ki jih je rad počel, potem že lahko pomislimo na bolezenski znak. Pogosto se umakne tudi želja po spolnosti. Nekateri zanemarijo svoj zunanji izgled in ne skrbijo niti za osnovno higieno, saj jim ta predstavlja neverjeten napor.

### **3. Sprememba telesne teže**

Izguba apetita sama po sebi ni jasen znak depresije. Mnogi zmerno depresivni jedo normalno ali celo več, čeprav se to pojavlja redkeje. Pri hudih depresijah je lahko prisotna hujša izguba apetita in telesne teže.

#### **4. Motnje spanja**

Depresija je pogost vzrok motenj spanja, ki se kažejo kot nespečnost ali večja potreba po spanju kot običajno. Včasih ne gre toliko za kvantitativno spremembo, kot za občutek kronične neprespanosti in stalne utrujenosti.

#### **5. Upočasnjeno in/ali razdražljivost**

Psihomotorna upočasnjeno je prisotna pri polovici hudo prizadetih, nemir oz. razdražljivost pa pri kaki četrtini blago ali hudo depresivnih bolnikov. Pri nekaterih posameznikih najdemo oboje hkrati. Zaradi upočasnjeno in/ali razdražljivosti se lahko nehote zapletajo v delovne spore, lahko kršijo red in disciplino (na primer, zaradi zamujanja na delo, poslabšanja načina upravljanja s časom, neizpolnjevanja normativov in standardov).

#### **6. Utrujenost**

Utrujenost lahko zelo ogrozi delovne aktivnosti in odnose. Je za depresijo zelo značilen simptom, ki se ga pogosto zmotno pripiše kaki telesni bolezni. Značilen je občutek, da »je vse napor«, da »se je treba k vsakemu opravilu prisiliti« ter da je oseba »utrujena še pred pričetkom dela«.

#### **7. Občutki ničvrednosti, nesposobnosti, krivde**

Če so ti občutki močno izraženi, lahko dobijo značilnosti depresivne blodnje, ki jo je lahko prepoznati, ker prizadetega tako vznemirjajo, da jih ne more skrivati. Pri milejših oblikah depresije je prisotna le splošna negativistična oziroma pesimistična naravnost, ki jo je težje opredeliti kot depresivni simptom, če nimamo tudi drugih informacij.

#### **8. Pomanjkanje koncentracije, neodločnost, pozabljenost**

Ti simptomi pogosto prvi vzbudijo zanimanje vodij in sodelavcev, saj opazijo, da je nekaj narobe, ker delo ni opravljeno, ali pa je opravljeno slabše. Prizadeti povedo, da ne morejo delati, ker se ne morejo osredotočiti na neko aktivnost, da si nič ne zapomnijo oziroma vse pozabijo, da kljub prizadevanjem in dodatnim naporom ne zmorejo več opravljati del, ki so jih prej opravljali z lahkoto. Počutijo se nemočni, so neodločni, nehote kršijo delovni red in disciplino, se s tem v zvezi zapletajo v konflikte ter so dodatno razočarani nad seboj.

#### **9. Misli na smrti**

Več kot tri četrt prizadetih ima občutke, da je življenje prazno, ničvredno, da so utrujeni od življenja, da življenje nima smisla, da se ne splača več živeti in druge samomorilne misli, ki so včasih le bežne, včasih pa bolj vsiljive in prežemajoče. Pri mnogih takšne misli vzbujajo hude občutke krivde in

poglobljajo druge simptome. Prizadeti lahko dobi občutek, da depresivnih simptomov ne obvladuje več. Takrat navadno poišče zdravniško pomoč, včasih pa dejansko poskusi narediti samomor.

## **Dejavniki tveganja, povezani z depresijo**

Ločimo lahko tri vrste dejavnikov tveganja v zvezi z depresijo:

- dejavniki, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za razvoj depresije;
- dejavniki, ki sprožijo depresijo;
- dejavniki, ki vzdržujejo depresijo.

Dejavniki se med seboj prepletajo, zato je težko določiti, kateri dejavnik pri posamezniku bolj izstopa.

Dejavnike, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za razvoj depresije naj bi imelo kar 30 odstotkov zaposlenih. Sem sodijo dedna nagnjenost k depresiji, depresija v družini, negativne izkušnje v zgodnjem otroštvu (na primer, izguba enega ali obeh staršev, zlorabe) ter dovzetnost zaradi kroničnih telesnih in duševnih bolezni (na primer, sladkorna bolezen, odvisnosti). Tudi pripadniki nekaterih ranljivih skupin (na primer, starejši, nižje izobraženi, revnejši) so bolj dovzetni za depresijo. Prav tako pretirano sočutne osebe - pa tudi nesamozavestne osebe oziroma osebe s slabo samopodobo.

Med najpogostejše dejavnike, ki lahko sprožijo depresijo sodijo zlasti: negativni stresni dogodki na trgu dela in v delovnem okolju, hude zdravstvene in socialne težave, izgube (na primer, ločitev, smrt v družini, izguba zaposlitve).

Med dejavnike, ki vzdržujejo depresijo sodijo zlasti: brezposelnost, izključenost iz delovne skupine, osamljenost, prisotnost pretirane tesnobe, ne-prepoznavanje simptomov depresije in odsotnost pomoči, druge podobne težave. Med dejavniki, ki vzdržujejo depresijo, je treba posebej izpostaviti stigmo in strah pred izgubo zaposlitve. Ocenjujem, da zaradi stigme in posledične socialne izključenosti, povezane z depresijo na delovnem mestu, le manjši del zaposlenih pove delodajalcu, da ima depresijo. Velik del zaposlenih svojo bolezen skriva in hodi v službo kljub bolezni. Obstaja velika nevarnost zapoznelega prepoznavanja bolezenskih stanj in nevarnost prikrievanja le-teh. Obenem obstaja nevarnost naraščanja bolezni odvisnosti, povezanih z neodkritimi depresijami.

V nekem delovnem okolju so lahko vsi zaposleni izpostavljeni hudim časovnim pritiskom oz. so preobremenjeni z delom, izpostavljeni ustrahovanju, toksičnemu vodenju in/ali slabim medsebojnim odnosom. Depresija pa se pojavi samo pri nekaterih posameznikih, ki so nagnjeni k razvoju te bolezni, pri drugih pa se bodo morda pojavile psihosomatske motnje, kot so, na primer, rane na prebavilih, kronični glavoboli, povišan krvni tlak ali kakšne druge težave. To pomeni, da nismo vsi na enak način občutljivi za depresijo in da se na stres na delovnem mestu ne odzivamo enako.

Posledice dolgotrajnega ali ponavljajočega se stresa so lahko hude – od slabega počutja, upada razpoloženja in različnih psihosomatskih motenj, do pravih psihosocialnih bolezni, kot je depresija, ki lahko vodi v daljšo odsotnost z dela in nižjo delovno učinkovitost. Čeprav nekateri kazalci, kot sta, na primer, odsotnost z dela in samomorilnost, ne kažejo na naraščanje depresije, pa predpisovanje

zdravil za zdravljenje depresije kaže na naraščanje te bolezni med zaposlenimi. Raziskave kažejo, da je depresivnih motenj in pogostih samomorilnih misli še več med tistimi, ki so izgubili zaposlitev.

Pri ljudeh, ki zbolijo za depresijo se omaja ravnovesje nevrottransmitterjev v tistem delu možganov, ki uravnava razpoloženje. Zato je prepričanje, da zaradi depresije zbolijo le šibki in čustveno občutljivi ljudje, napačno. Zaradi depresije na delovnem mestu pogosto zbolijo nadpovprečno prizadevni ljudje, ki delajo v izjemno stresnih razmerah ter kažejo veliko empatije do svojih sodelavcev. Tudi zdravniki opozarjajo, da je več kot polovici primerov obiskov v ambulanti družinskega (splošnega) zdravnika povezana z dolgotrajnim stresom na delovnem mestu. K organizacijskem stresu največ prispevajo pretirane delovne zahteve in posledična preutrujenost, nepotrebno oviranje dela, pomanjkanje potrebnih informacij za izvedbo nalog, pomanjkljivo definirane vloge v procesu dela ter posebej netransparentnost organizacije dela, ko zaposleni včasih ne vidijo svojega prispevka in smisla pri delu. Zato mnogi ocenjujejo svoje delo kot neperspektivno, polno strahu in socialno-ekonomske negotovosti. Pogosto jim primanjkuje tudi motivacije za delo ter podpore in priznanja sodelavcev, posebej menedžerjev in drugih vodij. Še več. Pogosto se prav nad najbolj ranljivimi posamezniki izvaja nasilje v obliki zastrahovanja, groženj z odpuščanjem in pravim trpinčenjem. Vse to so organizacijski dejavniki tveganja za depresijo pri ranljivih posameznikih na delovnem mestu, kar vse prispeva tudi k slabšanju počutja in duševnega zdravja pri vseh zaposlenih. Po nekaterih raziskavah zaposleni v nobeni drugi novi članici EU niso tako nezadovoljni z razmerami na delovnem mestu kakor v Sloveniji. Več kakor tretjina zaposlenih je izjavila, da delajo v slabih razmerah, imajo težave z motivacijo za delo in s produktivnostjo. Vendar mnogi delodajalci in menedžerji tega ne zaznavajo. Odsotnost ali neizvajanja ukrepov v podporo že prizadetim delavcem zaradi depresije in drugih vedenjskih in duševnih motenj sodita med pomembne dejavnike tveganja. V določenih delovnih okoljih se sicer že skušajo prilagoditi posameznikom z duševnimi motnjami in jim nuditi podporo. Imamo tudi posamezne projekte – primere dobre prakse, kjer je možna učinkovita poklicna rehabilitacija in prekvalifikacija za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju. Vendar prilagojena delovna mesta za ljudi z duševnimi motnjami niso dovolj razširjena, razen v redkih organizacijah. Še vedno so prepogoste težave prizadetih ljudi pri vključevanju v delovni proces in kolektiv, zaradi stigme in nerazumevanja nadrejenih oziroma sodelavcev za zdravstveno stanje delavca ter nezmožnost prilagoditve delovnega mesta oziroma delovnega procesa.

### **Prezentizem na področju duševnih in vedenjskih motenj**

K slabem prepoznavanju depresije na delovnem mestu lahko veliko prispeva prav skrivanje bolezni, ki temelji tudi na strahu pred izključitvijo iz delovne sredine in izgube zaposlitve zaradi stigme duševnih in vedenjskih motenj. Gre za pomemben dejavnik tveganja, ki je razmeroma nov in malo poznan koncept na področju dela in ki smo ga poimenovali prezentizem. Problematiko tveganj, ki jih prinaša prezentizem, razumejo le redki politiki, delodajalci in zaposleni. Raziskovalci so prezentizem opredelili kot prisotnost na delovnem mestu v času bolezni. V času recesije bi morale postati ozaveščanje o negativnih ekonomskih in zdravstvenih posledicah prezentizma tudi pomemben del socialnega dialoga. Mnogi zaposleni prihajajo bolni na delo – zaradi lojalnosti, odgovornosti in pritiskov nadrejenih ali sodelavcev. Iz strahu pred odpuščanjem so sicer v službi prisotni, vendar pri delu niso miselno zbrani in učinkoviti, in sicer zaradi bolezni, hudih družinskih ali drugih življenjskih pritiskov ali ker si ne drznejo vzeti dovolj časa za okrevanje. Šele kasneje, zlasti pri delavcih s kroničnimi boleznimi ali slabšim zdravstvenim stanjem, lahko sledi poslabšanje neke bolezni. Na račun prezentizma se

navidezno povečuje produktivnost, na dolgi rok pa povečuje problem odsotnosti z dela zaradi razvoja nezdravljene bolezni in invalidnosti. Ocenjuje se, da lahko prezentizem na področju duševnih in vedenjskih motenj prispeva k širjenju slabega razpoloženja v delovnem okolju, kar lahko prispeva h konfliktom na delovnem mestu. Oboleli pa si na ta način podaljšujejo čas okrevanja. Stroški prezentizma presegajo stroške absentizma in so delodajalcem pogosto nevidni.

## **Zaključek**

Primerjava podatkov o bolniškem staležu zaradi depresivnih epizod za leta v času od začetka krize leta 2008 do leta 2014, kaže, da sta se v Sloveniji zmanjšala delež in pogostost bolniške odsotnosti z dela zaradi tovrstnih motenj. To ne pomeni nujno, da so bili zaposleni bolj duševno zdravi, ampak napeljuje na razmišljanje, da so se nekateri zaposleni zaradi bojazni pred izgubo zaposlitve odločili delati bolni. Ob tem je občasno narastel bolniški stalež zaradi ponavljajočih se depresivnih motenj, ves čas pa je naraščala tudi bolniška odsotnost z dela zaradi reakcija na hud stres in prilagoditvenih motenj zaradi trpinčenja na delovnem mestu. Ena od posledic reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje so lahko tudi anksiozne in depresivne epizode.

Vsi ti pojavi bi zahtevali poglobljene analize na nivoju prizadetih organizacij ter na nacionalnem nivoju.

V Sloveniji imamo številne zakonsko določene pravice z ugodnim vplivom na telesno in duševno zdravje zaposlenih (na primer, pravica do krajšega delovnega časa, pravica do plačane bolniške odsotnosti, tudi za daljše obdobje, ki je potrebno za rehabilitacijo ob duševni bolezni). V zadnjih letih so bili izvedene tudi številne akcije za osveščanje in promocijo zdravja (nasveti za zdravo življenje, spodbujanje gibanja oziroma telesnih dejavnosti, spodbujanje zdrave prehrane ipd.) ter številne izobraževalne aktivnosti za izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu. Na voljo so primeri dobre prakse, ki jih je mogoče prenesti v vsa delovna okolja (na primer, program »Čili za delo«).

Novodobni načini dela (»fleksibilnost«, »prestrukturiranje«, »prekernost«) in sodobna delovna mesta prinašajo povsem nove zakonitosti v delovanje organizacij. Slabšanje ekonomskih razmer in negotovost zaposlitve lahko vpliva tudi na delovne spore, tveganja spornega kadrovanja, korupcijo, zmanjševanje pravic zaposlenih, kar vse se lahko odrazi na slabšanju duševnega zdravja delovno aktivnega prebivalstva. V času, ko izginjajo delovna mesta in ko delo mnogim ne zagotavlja več sredstev za dostojno življenje, se lahko zniža tudi občutljivost za depresijo in druge psihosocialne stiske posameznikov. Če organizacijam zmanjkuje denarja celo za zagotavljanje osnovne varnosti na delovnem mestu, je upravičeno sklepati, da opuščajo prav skrb za duševno zdravje zaposlenih.

Raziskave kažejo, da slovenski delavci čutijo večjo obremenitev na delovnem mestu kot delavci drugod po Evropi. Velik delež jih meni, da delo negativno vpliva na njihovo zdravje in da ga ne bodo mogli opravljati po 60. letu starosti. Slovenska zakonodaja sicer določa pravice in dolžnosti delodajalcev in zaposlenih glede varnosti in zdravja pri delu ter promocije zdravja na delovnem mestu. A razkorak med zakonodajo in njeno izvedbo je pogosto velik prav na področju upravljanja s psihosocialnimi tveganji. Zato je depresija na delovnem mestu pogosto še vedno skrita bolezen. Razširjenost teh simptomov na delovnem mestu je precej bolj pogosto kot si to mislimo. Zaradi njih je oteženo delo in življenje oseb, ki za depresijo zbolijo, ter njihovih bližnjih in vseh ostalih, ki so z njimi na delovnem mestu tako ali drugače povezani. Glede na to, da je depresija v splošni populaciji najpogostejša



duševna motnja, lahko predvidevamo, da ima veliko zaposlenih to motnjo že izraženo ali pa je še v latentnem (»čakajočem«) stanju. V tem spoznanju se nakazujejo možnosti za preventivo oz. pravočasno ukrepanje tudi na delovnem mestu. **Potrebno je nadaljevati z ozaveščanjem in izobraževanjem, da bi bili vsi delodajalci, vodje in sodelavci dovolj ozaveščeni. Le tako bodo znali zmanjšano delovno sposobnost in težave na delovnem mestu povezati tudi z depresivnimi simptomi in psihosocialnimi dejavniki tveganja na delovnem mestu.** Pri tem se včasih sprašujemo, ali je laično razvrščanje in prepoznavanje duševnih motenj glede na simptome sploh potrebno. V ozadju so dileme, da je razvrščanje ljudi pregrobo, ker jih zreducira na posamezne »diagnoze«, ob čemer se lahko izgubijo njihove individualne posebnosti ter odgovornost okolice za nastanek teh motenj. Vendar je laično prepoznavanje duševnih motenj lahko pripomoček za boljše razumevanje različnih bolezni, kar nam daje osnovne smernice za preventivo ter za podporo zaposlenim pri zdravljenju in rehabilitaciji.

## UPORABLJENA LITERATURA

*American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R. APA, Washington, DC, 1987.*

*American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. APA, Washington, DC, 1994*

*World Health Organisation: International Classification of Diseases, 10th Ed. WHO, Geneva, 1992.*

*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.*

*Biringer E, Rongve A, Lund A. A review of modern antidepressants' effects on neurocognitive function. Curr Psychiatry Rev. 2009;5:1-11.  
<http://www.helse-fonna.no/omoss/avdelinger/forsking-pa-psykisk-helse/Documents/biringer-et-al-2009-current-psychiatry-reviews.pdf>.  
Pridobljeno 13. september 2014.*

*Buist-Bouwman MA, Ormel J, De Graaf R, et al; ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Mediators of the association between depression and role functioning. Acta Psychiatr Scand. 2008;118:451-458*

*Dernovšek MZ, Tavčar R ( eds). Prepoznajmo in premagajmo depresijo Priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Ljubljana, IVZ, 2005.*

*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](http://www.europeandepressionday.com/resources/IDEA%20Survey_depression%20in%20the%20workplace_results.pdf).*

*Kocmur M. Klasifikacija in prepoznavanje depresij. Pridobljeno 2. julij 2015 iz <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Kocmur1351439347169.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.*

*Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. EuroObserver. Autumn 2009;11(3):1-4. Pridobljeno 13. avgust 2015.*

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/80333/EuroObserver-Autumn-2009\\_web.pdf](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 AffectDisord*. 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](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en).

Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, Burke JD, Jr, Lazar JB, Judd LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: Structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*, 1988;145:1351-7.

Rugelj J. *Pot samouresničevanja. Zdravljenje in urejanje zasvojenecv in drugih ljudi v stiski. Priročnik za zdravo in ustvarjalno življenje*. Ljubljana, 2000.

Tyrer P, Steinberg D. *ModelsforMentalDisorder*. John Wileyand 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](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](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf).