

Delazmožnost v kriznem stanju

Brigita Novak Šarotar

Korespondenca:

doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za krizne intervencije

Medicinska fakulteta v Ljubljani

brigita.novak@psih-klinika.si

Izvleček

Krize so sestavni in običajni del našega življenja. Zato jih tudi ne uvrščamo med bolezenska stanja sama po sebi. O motnji v bolezenskem smislu lahko govorimo šele tedaj, ko se pojavijo tako velike duševne in telesne spremembe, da je ogrožena integriteta osebnosti. Poznamo različne klinične manifestacije kriznih stanj z raznolikimi simptomi, ki lahko na človeka vplivajo le blago ali pa popolnoma porušijo vsakdanje funkcioniranje. Simptomi kriznega stanja so večinoma prisotni nekaj dni do nekaj tednov, zato vplivajo le na začasno delazmožnost bolnika, daljša odsotnost z dela zaradi bolezni je odsvetovana.

Ključne besede: delazmožnost, krizno stanje, bolniška odsotnost z dela

Abstract

Crises are part of our normal everyday life and are therefore not regarded as illness per se. Only when great mental and somatic changes occur and the personality integrity is threatened, the mental illness is diagnosed. Different clinical manifestations of crises are known, the symptoms that overlie precipitating crisis events are usually diverse, from mild symptoms to most debilitating kind that affect persons everyday functioning. In most cases, symptoms last from few days to few weeks. Work ability in crisis situation is therefore assessed for short-term; sick leave should be prescribed only for the period of acute symptom manifestation and not for the prolonged time as crisis is usually self-limited.

Keywords: workability, crisis, sick-leave

Delazmožnost

Delazmožnost je opredeljena kot zmožnost človeka, da svoj delovni potencial uporabi za pridobivanje. Na uspeh pri delu in na delavčevo zmožnost za delo vplivajo **telesne lastnosti delavca**: njegova telesna zmogljivost, duševne lastnosti, stališča in svetovni nazor ter zrelost osebnosti; **delovno mesto**: telesne in dinamične obremenitve, ponavljajoči se hitri gibi, duševne obremenitve, intelektualne obremenitve, psihosenzorne in psihomotorne obremenitve, obremenitve okolja pri delu, delovne razmere – tehnične, psihosocialne in družbenoekonomske razmere; **širše okolje**: fizikalni, kemični in biološki dejavniki širšega okolja, psihosocialne in družbenoekonomske razmere (odnosi); **varstvo pri delu**: tehnično, psihosocialno, družbenopravno in aktivno zdravstveno varstvo; **raven socialne varnosti**: zakonodaja s področja zdravstvenega, invalidsko-pokojninskega in socialnega varstva; **skladna in usmerjena dejavnost** vseh segmentov družbe na vseh ravneh, predvsem zdravstvene službe (1). Da delavec svoje delo lahko opravi, mora imeti navade, veščine, znanje (to, kar zna); duševne in telesne sposobnosti (to, kar zmore); ter motivacijo, interes, nagnjenost (to, kar hoče) (2).

Delazmožnost se ocenjuje a) pri poklicni orientaciji (kjer morajo ustrezati le bistvene zahteve); b) pri poklicni usmeritvi (kjer morajo biti prisotne konkretne sposobnosti); c) pri predhodnem zdravniškem pregledu (preventivni pregledi); d) pri obdobjem (usmerjenem) zdravniškem pregledu (preventivni pregledi); e) na invalidski komisiji in **f) pri začasni nezmožnosti za opravljanje dela** (1).

O začasni nezmožnosti za delo govorimo, če je delavec začasno nezmožen za delo in izvira začasen izostanek z dela iz bolezni, nezgod pri delu ali izven dela, nege ali spremstva bolnega družinskega člana oziroma iz potreb izolacije. Ocenjuje se trenutno zdravstveno stanje delavca, ki je prizadeto zaradi bolezni ali poškodbe, oziroma sposobnost delavca, da pri določenem zdravstvenem stanju opravlja svoje delo v tem trenutku. Pri oceni začasne nezmožnosti za delo je potrebno ugotoviti, ali trenutno zdravstveno stanje bolnika res zahteva bolniški stalež glede na delo, ki ga opravlja; kakšna bi bila optimalna dolžina staleža – zopet glede na delo, delovno okolje, v katerem je delavec zaposlen; ter ali je in kdaj v fazi okrevanja možna vrnitev delavca na delo, ki ga je opravljal pred boleznijo (ali bo potrebna ocena delazmožnosti ali celo ocena preostale delazmožnosti na invalidski komisiji) (3).

Duševne motnje lahko vplivajo na bolnikovo

delazmožnost in povzročajo zmanjšanje delazmožnosti ali popolno nezmožnost za delo, ta vpliv je lahko začasen ali trajen.

Psihiater ima pomembno vlogo predvsem pri oceni začasne nezmožnosti za opravljanje dela, s čimer se srečuje pri svojem vsakdanjem kliničnem delu, ter pri delu v invalidski komisiji, ko se ocenjuje trajna nezmožnost za opravljanje določenega dela šele takrat, ko so zaključeni postopki diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije (4).

Klinične manifestacije kriznega stanja

Kriza predstavlja porušenje emocionalnega ravnotežja, ki ga povzroči izguba ali pa le grožnja pred tem. Izguba ali grožnja sta lahko dejanski, lahko pa sta takšni, da zadevata le posameznikovo notranje življenje, njegove cilje, ambicije ali pa le predstave o vsem tem. Človek se znajde v kriznem stanju tedaj, ko zaznava neki dogodek ali situacijo kot neznosno do mere, ki presega njegove zmožnosti obvladovanja. Za nastanek kriznega stanja je torej poleg dogodka samega pomembna še človekova sposobnost prilagajanja in obvladovanja različnih situacij (5). Krize so sestavni in običajni del našega življenja. Zato jih tudi ne uvrščamo med bolezenska stanja sama po sebi. O motnji v bolezenskem smislu lahko govorimo šele tedaj, ko se pojavijo tako velike duševne in telesne spremembe, da je ogrožena integriteta osebnosti.

Kadar se krizna situacija ne razreši, se lahko klinično manifestira z različnimi simptomi in znaki ali v obliki duševne motnje (6). Pogosta je anksioznost z vsemi psihološkimi in fiziološkimi značilnostmi (nemir, mišična napetost, nespečnost, hiperaktivnost, utrujenost, zmanjšanje apetita itd.). Pozornost se usmeri na en sam, pogosto irelevanten vidik doživetja, kot so npr. različne telesne senzacije, ali pa posameznik brez pravega učinka ruminira o možnih vzrokih in rešitvah problema. Prisoten je regres: z anksioznostjo in s številnimi nepredelanimi dražljaji preplavljeni ego regredira na zgodnejše, infantilno vedenje, ki ni več v skladu z realnostjo. Lahko se spremeni časovna perspektiva, pogosto so v doživljanju pomešani sedanjí, pretekli in celo prihodnji dogodki. Vsi impulzi in vse potrebe postanejo enako pomembne, oseba ne zmore več razvrščanja, vrednotenja in odlaganja zadovoljitve teh potreb, pač pa pričakuje takojšnjo zadovoljitev; princip ugodja naraste na škodo realitetnega principa. Prisotna je naraščajoča osamljenost in odtujevanje od pomembnih oseb iz okolja. Poveča se sugestibilnost, posameznik izgublja samozaupanje in neodvisnost, vedenje postaja vedno bolj

odvisniško. Lahko pride do preplavljenosti z informacijami, ko ima prizadeti navadno veliko informacij, kako bi rešil svoj problem, vendar so te običajno dezorganizirane, zanj nekoristne in neuporabne (5). Zaradi občutka naraščajoče osamljenosti in občutka nemoči se stopnjuje tudi nevarnost za samomor.

Ocena začasne nezmožnosti za opravljanje dela v kriznem stanju

Simptomi in znaki kriznega stanja se združujejo v klinične slike, ki jih Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB) uvršča v poglavje Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Med stresne motnje štejemo: akutno stresno reakcijo, posttravmatsko stresno motnjo ter prilagoditveno motnjo (7).

Akutna stresna motnja je neposredno vezana na izjemno hudo telesno ali duševno stresno dogajanje. Lahko gre za resno grožnjo človekovemu življenju, npr. smrt bližnjega človeka, posilstvo, napad, naravno katastrofo. Lahko se nenadoma spremeni življenjsko okolje, v katerem človek živi. Motnja nastopi že med samim stresnim dogodkom ali takoj zatem. Pogosto je prisoten občutek otopelosti, čustvene neodzivnosti ter nezaznavanje okolice. Lahko so prisotni tudi drugi disociacijski simptomi ob že opisanih simptomih čustvene labilnosti, nemira in vegetativnih znakov, kar lahko znatno poslabša človekovo socialno in delovno funkcioniranje. Ker se motnja izraža le kratek čas, nekaj dni, je morebitna začasna nezmožnost za delo omejena le na čas kratkotrajne prisotnosti simptomov in torej ni podana indikacija za daljši bolniški stalež ali za oceno trajne nezmožnosti za delo.

Posttravmatska stresna motnja nastane kot zakašen ali podaljšan odziv na izjemno hude stresne dogodke, ki so lahko zelo pogosti, različni in univerzalni, npr. posilstvo, roparski napad, vojne travme, ugrabitve, vojna ujetništva, mučenje, prometne nesreče, neozdravljive bolezni. Določene osebnostne poteze, nevrotično vedenje lahko znižujejo prag za razvoj te stresne motnje ali pa so simptomi zaradi njih hujši. Znaki motnje se pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, lahko pa zakasni za več mesecev ali celo let. Pogosto se motnja začne kot akutna stresna motnja ter se nato nadaljuje v obliki posttravmatske stresne motnje. Travmatski dogodek se neprestano podoživlja v obliki podob, misli in zaznav. Pogoste so moraste sanje o stresnem dogodku, prisotna je huda duševna stiska, izogibanje dražljajem, ki so povezani s stresnim dogodkom. Pomembno je zmanjšano zanimanje za dejavnosti, prisoten je občutek odtujenosti,

omejeno je čustvovanje. Pogosto so prisotne motnje spanja, razdražljivost, izbruhi jeze, težave s koncentracijo. Motnja traja vsaj 1 mesec in povzroča hudo duševno stisko in slabo vpliva na kakovost človekovega življenja, tudi na njegovo delazmožnost. Motnja poteka nihaje od stanj, ko je bolnik skoraj brez simptomov, do stanj, ko so simptomi prisotni vsak dan. Kliničnemu stanju sledi tudi ustrezna ocena začasne nezmožnosti za delo. Motnja lahko preide tudi v kronično obliko, ob vztrajanju simptomov in slabem funkcioniranju je zato pogosto potrebna ocena preostale delazmožnosti na invalidski komisiji.

Prilagoditvena motnja se kaže kot čustvena motnja, ki pomembno vpliva na človekovo socialno funkcioniranje in je povezana s spremembami v življenju, na katere se je človek prisiljen prilagoditi. Te spremembe so lahko npr. selitev v drugo okolje, spremembe ali izguba službe, sprememba človekove socialne mreže, izguba pomembne osebe, spoznanje o resni telesni bolezni. Osebnostna opremljenost za spopadanje z vsakdanjimi obremenitvami ima še posebej pomembno vlogo pri nastanku prilagoditvene motnje. Znaki prilagoditvenih motenj so številni: depresivno razpoloženje, zaskrbljenost, tesnoba, občutek, da človek ne zmore več sam razreševati vsakdanjih težav, moteno je vnaprejšnje načrtovanje. Znaki se pokažejo prej kot v 1 mesecu po stresnem dogodku in običajno ne trajajo dlje kot 6 mesecev. Bolniška odsotnost z delovnega mesta se priporoča le za obdobje z intenzivnimi simptomi, ne pa za daljši čas.

Zaradi izpostavljenosti ekstremnemu travmatskemu stresorju se lahko razvije **osebnostna motnja** oz. **trajna osebnostna spremenjenost** pri ljudeh, ki pred to izjemno hudo izkušnjo (na primer izkušnja koncentracijskega taborišča, mučenja, življenjske ogroženosti zaradi terorizma) niso imeli nobene osebnostne motenosti. Prisotna je večja ranljivost na različnih ravneh funkcioniranja, zato je pogosto potrebna ocena preostale delazmožnosti na invalidski komisiji.

Zaključek

Pri oceni delovne zmožnosti bolnika v kriznem stanju je torej potrebno upoštevati klinično sliko, odziv na zdravljenje, bolnikovo starost, premorbidno osebnost, socialne dejavnike (družina, delovno mesto) in telesno stanje bolnika. Bolniški dopust je priporočen pri vseh stanjih dekompenzacije, ki jih spremljajo nespečnost, razdražljivost, motnje vegetativnega sistema in globlje spremembe razpoloženja. Takrat je kratkotrajni, 1- do 2-tedenski, bolniški dopust umesten ob

ustreznem zdravljenju (8). Ob tem je potrebno upoštevati tudi posameznikove obrambne mehanizme soočanja in obvladovanja kriznih stanj, saj lahko pri nekaterih vidimo povečano delovno aktivnost in beg v delo zaradi izogibanja soočanju z izgubo, spet pri drugih pa umik pred delom, ki se navadno kaže v zmanjšanem učinku dela, večanju bolniškega dopusta in iskanju pravic iz zdravstvenega in/ali invalidsko-pokojninskega zavarovanja (3, 5).

Literatura

1. Bilban M. Medicina dela, ZVD zavod za varstvo pri delu, Ljubljana 1998.
2. Bilban M. Ergonomija v medicini dela. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu, 1999.
3. Bilban M. Ocenjevanje delazmožnosti v poklicni rehabilitaciji. Delo in varnost, 2013; 58: 38–54.
4. Žvan, V. Psihiatrični bolnik in njegova delazmožnost. Tomori, M., Ziherl, S. Psihatrija. Litterapicta, MF UL Ljubljana, 1999: 483–5.
5. Kocmur M. Krizna stanja. In: Brinšek B, Stamos V eds. Urgentna stanja v psihatriji, 1998. Begunje, 1998: 89–100.
6. Sadock BJ, Sadock Alcott V. Kaplan and Saddock's synopsis of psychiatry 10th ed. Wolters Kluwer. Lipincott Williams&Wilkins, 2007.
7. Mednarodna klasifikacija bolezni, 10. revizija; Klasifikacija mentalnih in vedenjskih motenj. Publ.: WHO, Ženeva 1992.
8. Kocmur M, Bilban M. Delazmožnost ob čustvenih motnjah. V: Lovrenov Ž (ur.). Zbornik predavanj. Ljubljana: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, 2013, str . 70–72.