

Bolniški stalež zaradi duševnih motenj v letih 2004 in 2009 v Sloveniji

Mental disorders absenteeism in the years 2004 and 2009 in Slovenia

Jasmina Patkovič Colarič,¹ Matej Kravos²

¹ Zdravstveni dom Brežice, Černelčeva cesta 8, 8250 Brežice

² Zasebna psihiatrična ordinacija, Trg Svobode 26, 2310 Slovenska Bistrica

Korespondenca/Correspondence:
e: jasmina.colaric@gmail.com

Ključne besede:
bolniški stalež; duševna motnja; duševno zdravje

Key words:
absenteeism; mental disorder; mental health

Citirajte kot/Cite as:
Zdrav Vestn 2014; 83: 452–63

Prispelo: 8. maj 2013,
Sprejeto: 5. dec. 2013

Izvleček

Izhodišča: Bolniški stalež je kvaliteten kazalec negativnega zdravja delovno aktivnega prebivalstva. V Sloveniji ima bolniški stalež zaradi duševnih motenj 6,7- do 8-odstotni delež vseh začasnih odsotnosti z dela.

Metode: Zajeti in primerjani so delovno izgubljeni dnevi posameznih sklopov duševnih motenj za leti 2004 in 2009 po zdravstvenih regijah Slovenije. Bolniški stalež je bil izračunan na skupni imenovalac 10.000 prebivalcev. Bolniški stalež za polni in skrajšani (4-urni) delovni čas je bil združen in preračunan v koledarske dneve.

Rezultati: Začasna delovna nezmožnost med opazovanima letoma je porasla samo pri sklopu reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (za 20 %). Znižala se je pri: shizofreniji (za 49 %), posledicah uživanja alkohola (za 46 %), psihotičnih motnjah, razen shizofrenije (za 40 %), anksioznih motnjah (za 35 %), prvih epizodah depresije (za 24 %) in pri ponavljajočih se depresijah (za 8 %).

Zaključki: Med delovno populacijo kot vzroka za bolniški stalež izstopata sklopa depresij in anksioznosti, in sicer z več kot dvema tretjinama. Bolniški stalež se je najbolj znižal zaradi psihotičnih motenj, motenj, ki najbolj prizadenejo človekovo delovanje. Le prospektivna študija pa lahko poda jasen odgovor, ali je krajšanje absolutnega števila dni bolniškega staleža z vidika duševnega zdravja posameznika in družbe ugoden podatek.

Abstract

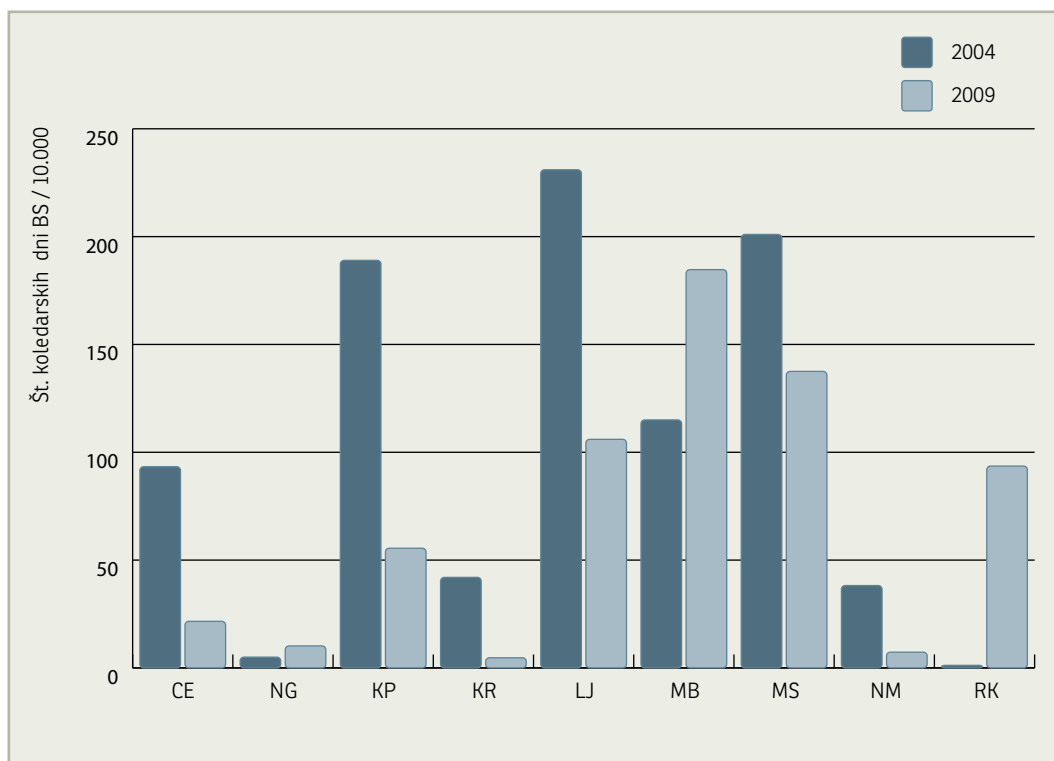
Background: Absenteeism is a quality indicator of the negative health of the employed population. 6.7–8 % of total absenteeism in Slovenia is due to mental disorders.

Methods: We have assembled and compared the lost working days because of mental disorders in Slovenia in the years 2004 and 2009. The absenteeism was calculated by using common denominator of 10,000 population. The full- and part-time (4 hours) absenteeism from work were merged and calculated as calendar days.

Results: The temporary absenteeism increased only in the cluster of reactions to severe stress and adjustment disorders by 20 %. It decreased in schizophrenia (by 49 %), sequelae of alcohol abuse (by 46 %), psychotic disorders other than schizophrenia (by 40 %), anxiety disorders (by 35 %), first episodes of depression (by 24 %) and recurrent depressive disorders (by 8 %).

Conclusions: The absenteeism underwent the greatest decrease in the field of psychotic disorders that mostly affect personal functioning. But only a prospective study could give us a clear answer about the consequences of the reduced absenteeism due to mental disorders.

Slika 1: Bolniški stalež FO7 po zdravstvenih regijah Slovenije, primerjava med letoma 2004 in 2009.



Uvod

Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega ter socialnega dobrega počutja in ne samo odsotnost bolezni ali bolezenskega stanja. Bolezen kot odsotnost zdravja se pojavi ob nezadostnih prilagoditvenih sposobnostih.^{1,2}

Duševno zdravje sodi med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine. Negativni vidik duševnega zdravja se zrcali v prevalenci duševnih motenj.^{3,4} V Evropski uniji tako letno zboli približno 11 % prebivalcev, najpogosteje zaradi anksiozne motnje in depresije (13 % odraslih).⁵

Bolniški stalež je začasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva bolnega družinskega člana ali potrebe osamitve. Je posredni kazalec stopnje prilagojenosti delavcev delovnim in življenjskim razmeram.^{4,6} Bolniški stalež je pomemben kazalec negativnega zdravja aktivnega prebivalstva.⁷

V Sloveniji ima bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj 6,7- do 8-odstotni delež, po rangi absentizma pa niha med četrtnim in petim mestom.^{6,7} V letu 2008 je bilo v Sloveniji povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi določenega vzroka (resnost bolezni) največje pri raku (69,8 dni).

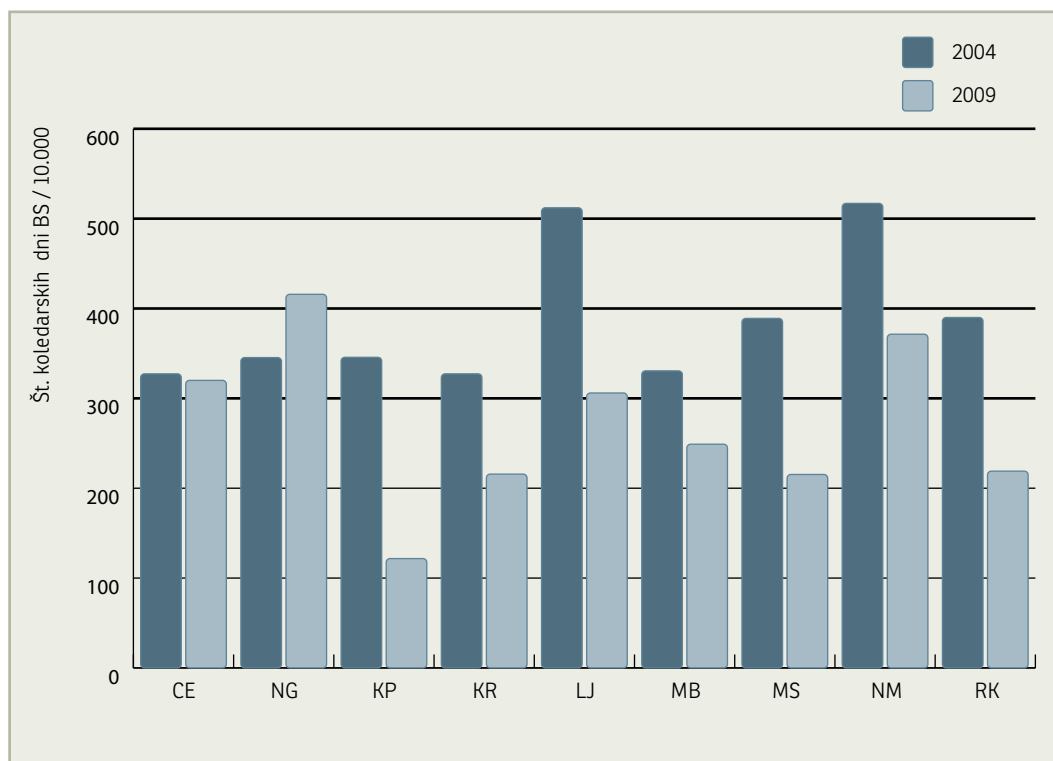
Duševne in vedenjske motnje so bile s 46,6 izgubljenimi koledarskimi dnevi na tretjem mestu.⁷⁻⁹

Duševne motnje povzročajo večjo izgubo delovnih dni kot mnoge druge kronične bolezni. V Evropski uniji največji delež vzajemata depresija (9 % moških in 17 % žensk) in anksiozne motnje. Vpliv depresije na kakovost življenja se enači s kakovostjo življenja po možganski kapi.^{5,10,11,12} Raziskave kažejo, da lahko pri hudo depresivnem bolniku z izboljšanjem simptomov znižamo delovno sposobnost za 36 %, pri zmerno depresivnih celo za 72 %.^{12,13}

Prezentizem je stanje, ko je delavec kljub bolezni prisoten na delovnem mestu, vendar dela dlje in z manjšo učinkovitostjo.¹⁴ Posledice so zmanjšana produktivnost, učinkovitost in večja verjetnost poslabšanja bolezenskega stanja.^{14,15}

Slovenija nima posebnih rehabilitacijskih programov za delovno usposabljanje bolnikov z duševno motnjo po odpustu iz bolnišnice in vrnitvijo v delovno okolje. Delodajalec običajno izraža prizadevanje po čimprejšnji odstranitvi takega delavca iz delovnega okolja, če ni popolnoma delazmožen. Bolnik ostaja v delovnem okolju,

Slika 2: Bolniški stalež F10.0-F10.9 po zdravstvenih regijah Slovenije, primerjava 2004 in 2009.



posledice so krize, poslabšanja in nizka motiviranost za delo, kar v neugodnem delovnem ozračju postane razlog za absentizem.¹⁶

Namen raziskave

Namen raziskave je bil prikazati breme začasne odsotnosti z dela zaradi duševnih in vedenjskih motenj po posameznih, smiselno združenih sklopih, tako za celotno Slovenijo kot za njene posamezne zdravstvene regije. Primerjava med letoma 2004 in 2009 naj bi ponazorila morebiten vpliv časovne komponente na opazovano problematiko.

Vir podatkov in metode dela

Vir podatkov

Podatki o bolniškem staležu temeljijo na Potrdilu o upravičeni zadržanosti od dela (BOL/o3), ki jih izdajo izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti (osebni/družinski zdravniki, pediatri, šolski zdravniki), ki ga zavarovanci potrebujejo za izplačilo nadomestila plače. Enota opazovanja je bil zaključen primer bolniškega staleža.

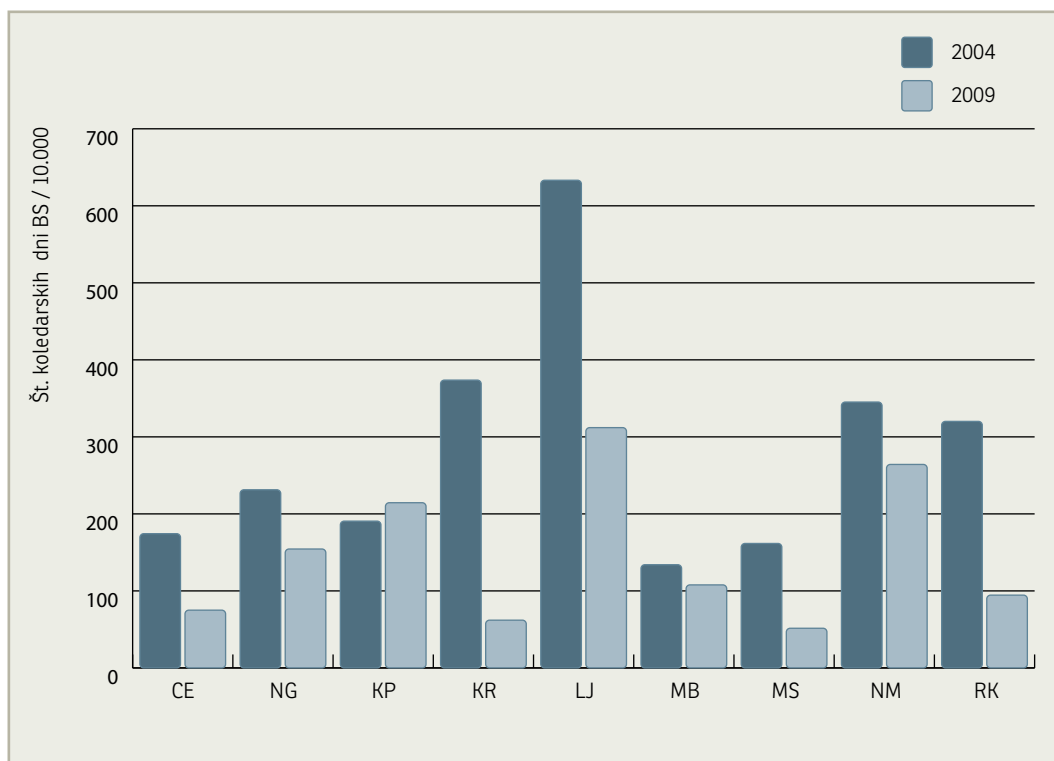
Metode dela

V socialno-medicinskih analizah se uporabljajo podatki o zaključenih primerih bolniškega staleža* v opazovanem letu, izgubljeni dnevi pa so koledarski dnevi. Zajeti in primerjani so delovno izgubljeni dnevi posameznih sklopov duševnih in vedenjskih motenj za leti 2004 in 2009 po zdravstvenih regijah Slovenije: Celje (CE), Koper (KP), Kranj (KR), Ljubljana (LJ), Maribor (MB), Murska Sobota (MS), Nova Gorica (NG), Novo mesto (NM), Ravne na Koroškem (RK). Zaradi različne velikosti regij je zaradi primerjave podatkov bolniški stalež izračunan na skupni imenovalce 10.000 prebivalcev. Osnova je število prebivalcev zdravstvenih regij Slovenije na dan 30. 06. 2006 (vir: Statistični urad Republike Slovenije). Zaradi boljše preglednosti in lažje analize je bolniški stalež za polni in skrajšani (4-urni) delovni čas združen in preračunan v koledarske dneve.

Petletno obdobje je obdobje srednjeročnih načrtovanj, zato je bil postavljen tak preseg med leti primerjav, podatki pa so na voljo šele z dveletno zamudo.

* Bolniški stalež ne pomeni števila bolnikov, en bolnik je lahko namreč večkrat v letu v staležu zaradi iste ali zaradi druge duševne/vedenjske motnje.

Slika 3: Bolniški stalež F20.0-F20.9 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



Merilo za vključitev v raziskavo je Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene Svetovne zdravstvene organizacije – deseta revizija (MKB-10). Merila so smiselno vezana na etiološke in diagnostične značilnosti posameznih podskupin.

Raziskava je bila izvedena kot del specialistične naloge. Zaradi prevelike količine podatkov so v članku v rezultatih in zaključkih vključeni samo diagnostični sklopi, zaradi katerih je bilo v Sloveniji na letni ravni več kakor 10.000 koledarskih dni bolniškega staleža za posamezno diagnostično enoto. Vsi ostali podatki so bralcu članka na voljo v specialistični nalogi avtorice.

Rezultati

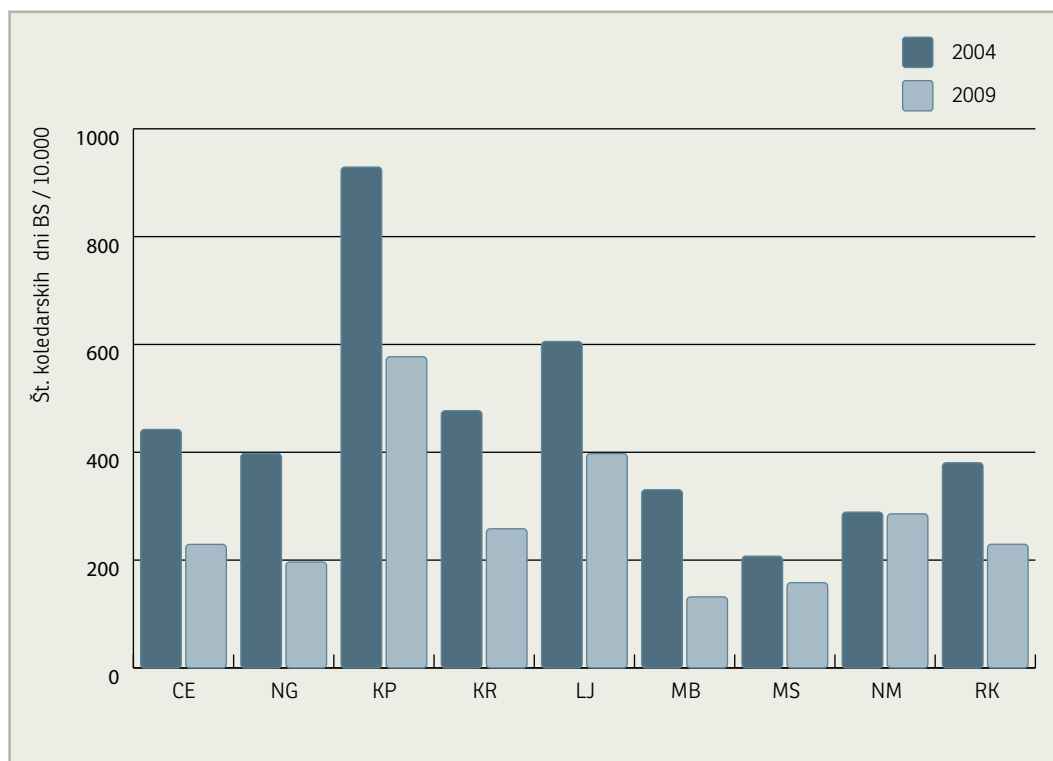
Bolniški stalež zaradi duševnih motenj po možganskih boleznih (F07) je bil l. 2009 1,6-krat nižji kot l. 2004 (24.524 : 15.412 koledarskih dni). V večini regij je bolniški stalež znatno padel, razen na Koroškem (poraste za skoraj 94-krat, izključno zaradi organskega psihosindroma) – Slika 1.

Pri duševnih motnjah zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (F10-F19) je bilo največ bolniškega staleža zaradi čezmernega uživanja alkohola in sicer 95 % (2004) oz. 89 % (2009). V celoti odstopa sindrom odvisnosti od alkohola – 64 % (2004) oz. 79 % (2009), nato so odtegnitvena stanja z bledežem ali brez – 5,6 % (2004) oz. 7,4 % (2009). Sicer pa se je bolniški stalež zaradi čezmernega uživanja alkohola (2004 : 2009) znižal za 1,8-krat (94.370 : 51.056 koledarskih dni) – Slika 2.

Bolniški stalež zaradi shizofrenije (F20.0-F20.9) se je l. 2009 prepolovil (62.455 : 31.961 koledarskih dni). Najvišji delež pripada paranoidni shizofreniji (2004–63 %, 2009–67 %). Upad bolniškega staleža je bil zabeležen v vseh, razen v koprski, največji pa je bil v kranjski regiji (6-krat) (Slika 3).

Glede ostalih psihotičnih motenj (F21-F29) je bila l. 2009 v vseh, razen v novo-moški regiji, občutno nižja odsotnost z dela (Slika 4). Bolniški stalež je bil na ravni države l. 2009 1,7-krat nižji (90.033 : 53.687 koledarskih dni). Najvišje breme so l. 2004 predstavljale akutna psihotična (19 %), trajna blodnjava motnja (12 %) in neopredeljena neorganska psihoza (11 %), l. 2009 pa neopredeljena neorganska psihoza (19 %), akutna psihotična (13 %) in trajna blodnjava motnja (12 %).

Slika 4: Bolniški stalež F21-F29 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



Zaradi maničnih epizod (F30.0–30.9) je bilo l. 2004 5.474, l. 2009 5.041 (8 % manj) koledarskih dni bolniškega staleža. Zaradi epizod bipolarne afektivne motnje (F31.0–F31.9) je bil l. 2009 1,6-krat nižji bolniški stalež kot l. 2004 (22.620 : 13.937 koledarskih dni). V obeh letih je bilo največ zaradi blagih ali zmernih depresij (2004–31 %, 2009–23 %), v l. 2004 nato zaradi maničnih epizod s psihotičnimi simptomi (17 %), v l. 2009 pa zaradi hudih depresij brez psihotičnih simptomov (19 %). V kranjski regiji je bila stopnja maničnih epizod l. 2004 3,6-krat višja kot v Sloveniji (Slika 5).

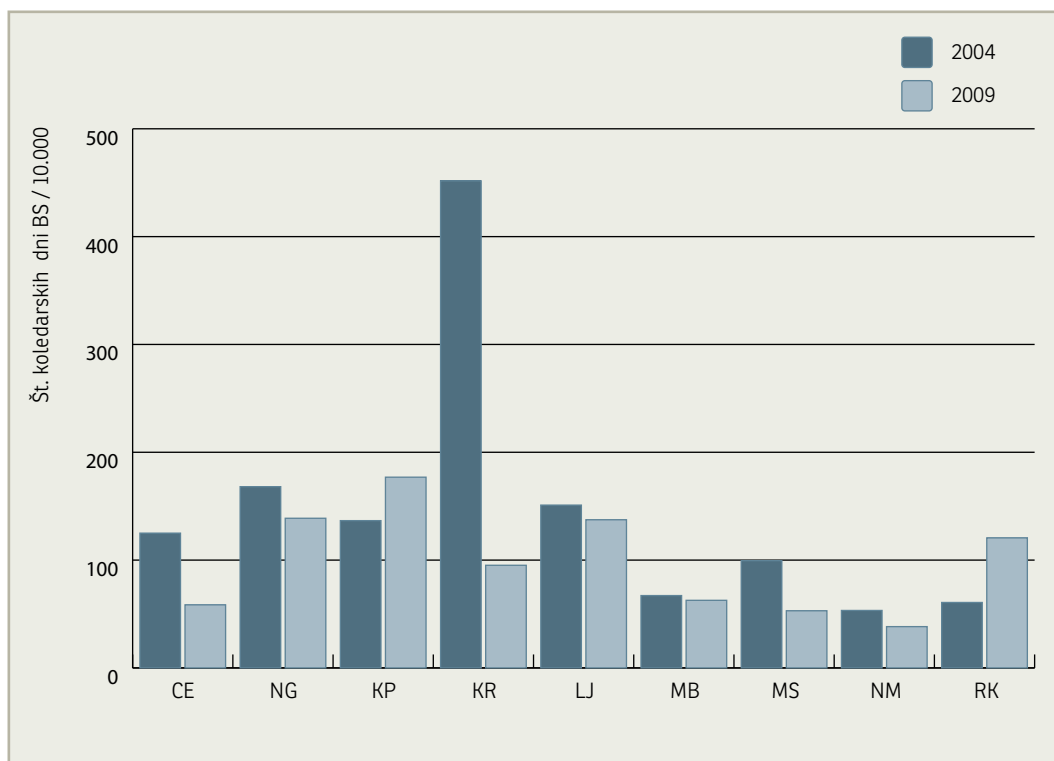
Zaradi depresivnih epizod (F32.0–F32.9) je bilo znižanje bolniškega staleža 1,3-kratno (285.605 : 217.437 koledarskih dni). V obeh letih večino diagnoz predstavlja neopredeljena depresivna epizoda (52 %). Incidenca v l. 2009 je bila po regijah bolj uravnotežena (Slika 6).

Zaradi ponavljajočih se depresivnih motenj (F33.0–F33.9) je bilo v Sloveniji l. 2004 izgubljeno 102.397, l. 2009 pa 94.357 koledarskih dni (8 % manj). V obeh primerjanih letih največ zaradi hudih depresij (37 % oz. 31 %). Bolniški stalež v obeh letih izstopa v murskosoboški regiji, kjer je 3-krat višji od državne ravni (Slika 7).

Zaradi anksioznih motenj (F41.0–F41.9) je bilo v Sloveniji l. 2009 zabeleženo 1,5-krat manj bolniškega staleža kot l. 2004 (215.606 : 139.965 koledarskih dni). Najvišji delež je v obeh letih pripadal anksiozno depresivni motnji (71 %, oziroma 66 %). Zaradi panične motnje (F41.0) je bil upad manjši – 13 % (8.556 : 7.459 koledarskih dni). Zaradi generalizirane anksiozne motnje je bilo znižanje za 1,5-krat (16.420 : 11.364 koledarskih dni). Največje, 3-kratno, znižanje je bilo v novo-moški in kranjski regiji. Za mešano anksiozno in depresivno motnjo (F41.2) je bil bolniški stalež 1,7-krat nižji (153.227 : 91.746 koledarskih dni) (Slika 8).

Bolniški stalež zaradi reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (F43.0–F43.9) je l. 2004 predstavljal 115.173, l. 2009 pa se je zvečal na 142.383 koledarskih dni (skoraj 20 % več). V l. 2004 je bil največji delež akutnih stresnih reakcij (35 %), sledijo druge in neopredeljena reakcija na hud stres (34 %), prilagoditvene motnje (22 %) in posttravmatska stresna motnja (7 %). V 2009 je bila najpogostejša akutna stresna motnja (35 %), neopredeljena reakcija na hud stres (33 %), prilagoditvene motnje (26 %) in posttravmatska stresna motnja (6 %). Akutna stresna reakcija (F43.0) predstavlja v l. 2009

Slika 5: Bolniški stalež F30.0-F31.9 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



1,2-krat več (40.231 : 49.501 koledarskih dni) dni bolniškega staleža, v obeh primerjanih letih je bila najvišja incidenca v mariborski regiji. Prilagoditvene motnje (F43.2) je bilo na ravni države 1,4-krat več (27.225 : 37.986 koledarskih dni), porast je zabeležen v vseh regijah, največji v koroški (5-krat), novogoriški (4-krat) in celjski regiji (3,7-krat) (Slika 9).

Bolniki so bili v bolniškem staležu tudi zaradi ostalih duševnih motenj, ki pa iz redakcijskih razlogov niso navedeni. Dosegljivi so v specialistični nalogi avtorice.

Deleži desetih najpogostejših vzrokov bolniškega staleža zaradi duševnih in vedenjskih motenj v Sloveniji v primerjanih letih (Slika 10) imajo podobno strukturo. Največ je bilo bolnikov s prvo epizodo depresije, sledijo jim anksiozne motnje ter reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, nato pa v obeh letih ponavljajoče se depresivne motnje. Razlika med letoma se pojavi, ko se somatoformne motnje 2004 zamenjajo z duševnimi motnjami zaradi možganskih bolezni v 2009.

Izstopajoči sklopi predstavljajo 91 % (2004) oz. 94 % (2009) celokupnega bolniškega staleža zaradi duševnih in vedenjskih motenj. Število koledarskih dni začasne de-

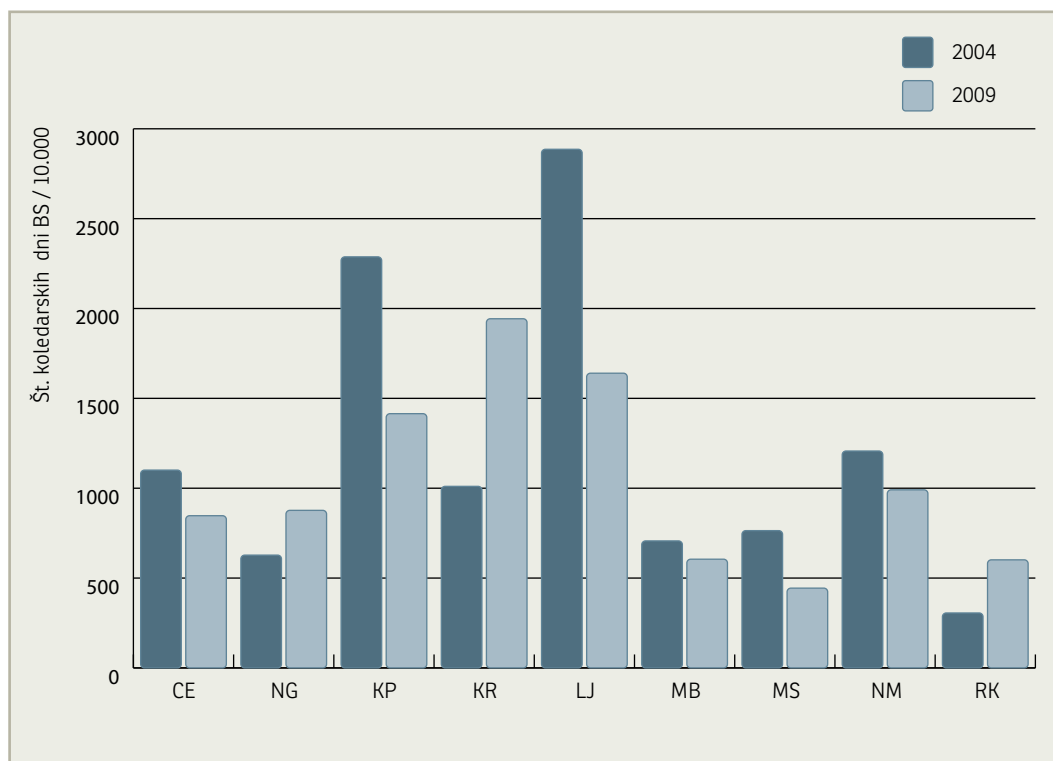
lanezmožnosti poraste samo iz sklopa reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj (F43.-) in sicer za 28 % na račun prilagoditvene motnje in 19 % zaradi akutnih stresnih reakcij. Bolniški stalež ostalih pomembnih sklopov pa se v l. 2009 glede na l. 2004 zniža:

- shizofrenija (49 % manj),
- posledice uživanja alkohola (46 % manj),
- psihotične motnje razen shizofrenije (40 % manj),
- anksiozne motnje (35 % manj),
- prve depresivne epizode (24 % manj),
- ponavljajoče se depresivne motnje (8 % manj).

Razpravljanje

Odsotnost z dela zaradi bolezni je sočasna obremenitev zdravstvene službe, zdravstvene zavarovalnice, gospodarstva in delodajalcev. Strokovnih pregledov in ocen pojava bolniškega staleža duševnih motenj je v strokovni literaturi malo, čeprav se vsak zdravnik vsak dan srečuje s tem problemom. Bolniški stalež do 30 delovnih dni je v pristojnosti družinskega zdravnika, boleznino krije delodajalec. Stalež administrativno potrdi še Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). O bolniškem staležu, dalj-

Slika 6: Bolniški stalež F32.0–F32.9 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



šem od 30 dni, odloča imenovani zdravnik ZZZS na predlog specialista ustrezne veje. Bolniški stalež je mogoče brez ponovnega pregleda pri specialistu in ponovne obravnave odobriti za največ dva meseca, ZZZS pa postane tudi plačnik bolniškega staleža. V letu 2004 so imeli imenovani zdravniki ZZZS na razpolago še izvedence ustreznih strok, ki so jim pomagali pri zdravstvenih ocenah. Od leta 2009 tega ni več, raven strokovnosti pa se je s tem znižala. Ali je povezana tudi z občutno znižanimi bolezninami in spremenjeno zdravstveno varnostjo, pa zaradi omejenosti raziskave ni mogoče oceniti.

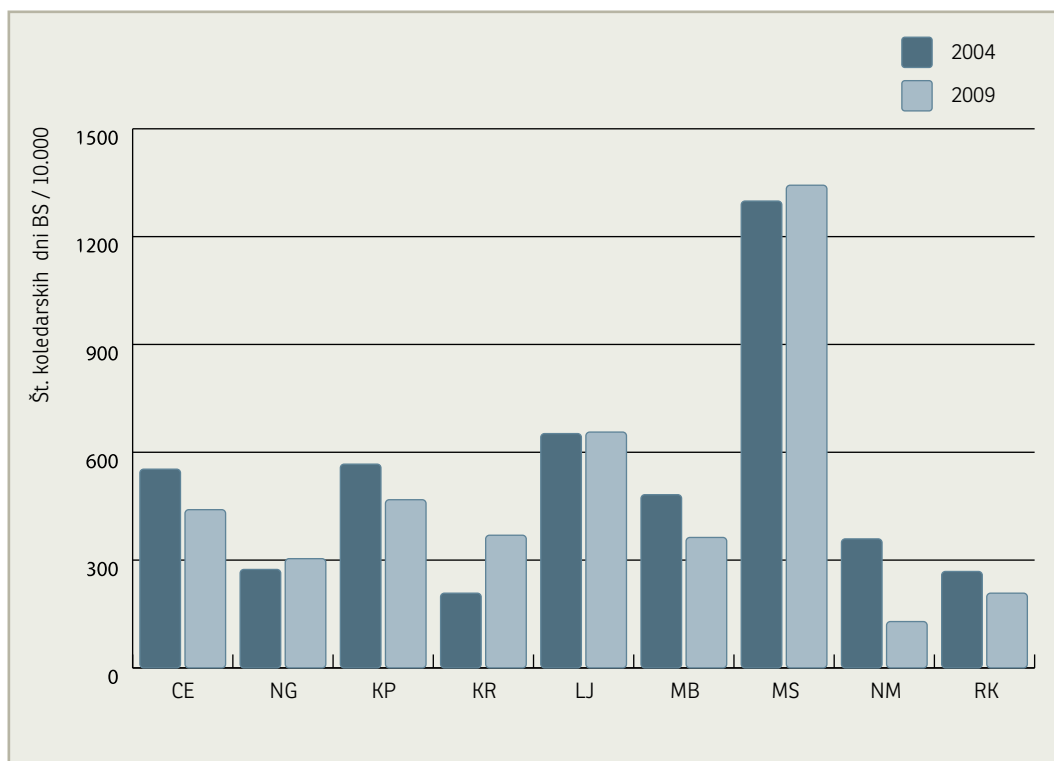
Bolniškega staleža zaradi duševnih motenj po možganskih boleznih je bilo na ravni države po petih letih manj. Med opazovanima letoma in regijami so velike in neenakomerne razlike v pogostosti. Porast je bil le v mariborski in koroški regiji. Najpogostejši vzrok bolniškega staleža je bil organski psihosindrom kot nespecifična in neakutna duševna motnja. Sindrom, pri katerem so diagnostični okviri dokaj nespecifični, puščajo diagnostiku veliko možnosti razlag. Specifičnih metod zdravljenja ni, so le simptomatske.

Bolnišnično zdravljenje odvisnosti od alkohola traja okvirno 2–3 mesece (odvisno

od programov posameznih bolnišnic). Verjetno je to razlog za absolutno veliko število dni bolniškega staleža, ki se je po petih letih skoraj prepolovilo, enakomerno po regijah. Razlogi so verjetno bolj ekonomski (nepredvidljivi in zaostreni delovni pogoji) in manj zdravstveni (učinki preventivnih programov).

Delež oseb s shizofrenijo se v populaciji ne spreminja in je okrog enega odstotka celotne populacije.¹⁷ Prepolovitev števila bolniških dni je veliko in nad pričakovanji. V obdobju 2004–2009 v Sloveniji ni bilo bistvenih sprememb v pristopu in v načinu zdravljenja shizofrenij, razen uvedbe takrat prvega atipičnega antipsihotika v depojski obliki. Pri osebah s shizofrenijo sta sodelovanje in uspeh pri zdravljenju sicer manj predvidljiva kot pri drugih duševnih motnjah, vendar je individualna nepredvidljivost na celotni populaciji oseb s shizofrenijo stalna. Ali so verjetni vzroki za občutno znižanje dni bolniškega staleža nemedicinski, kot npr. odraz zaostrenih gospodarskih razmer, ki se jim osebe s shizofrenijo s svojimi znižanimi zmoglostmi prilagajanja novim pogojem ne zmorejo tako učinkovito prilagoditi kakor duševno zdrave osebe? Odgovore bi bilo potrebno raziskati s primerno

Slika 7: Bolniški stalež sklopa F33.0-F33.9 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



študijo, toliko bolj, ker bistvenih razlik med posameznimi regijami in med letoma ni.

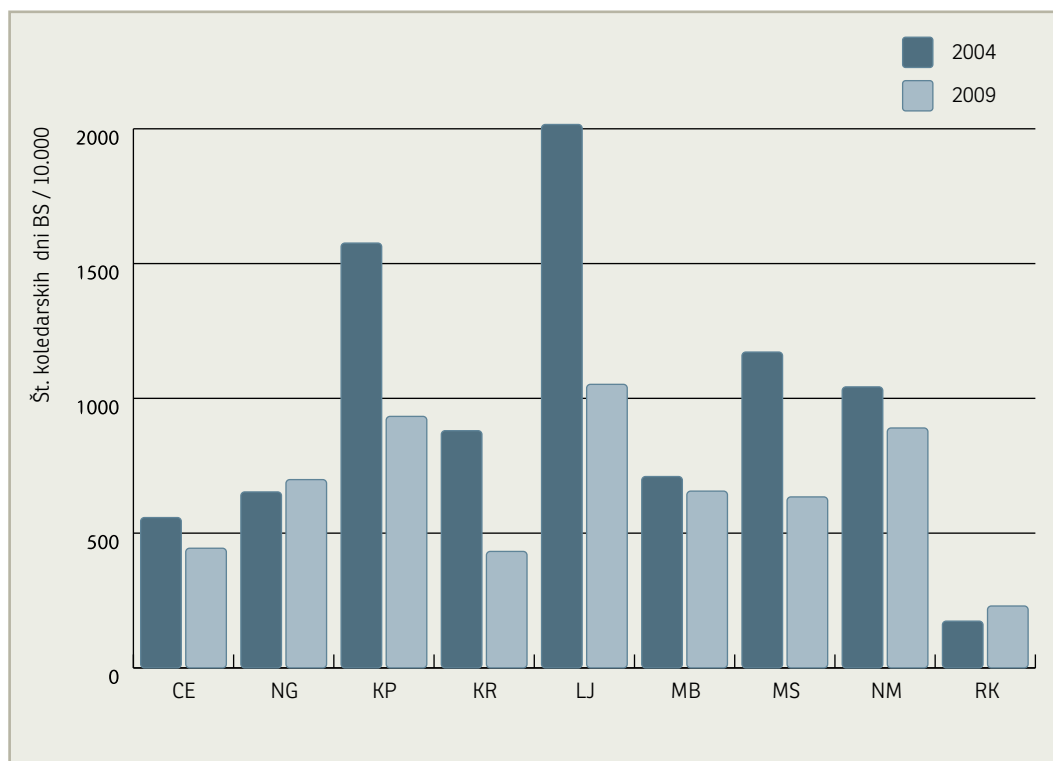
Podobno velja tudi za osebe z drugimi psihotičnimi motnjami. Akutne in neopredeljene psihotične motnje so lahko tudi prve epizode shizofrenij. Razporeditev po regijah je enakomerno razporejena v obeh letih, odstopa koprška regija. Razlog bi lahko bil lokalno pogojen.

V klinični praksi je prva manična epizoda najpogosteje samo prva epizoda bipolarnе motnje. Manična epizoda je huda duševna motnja, pri kateri je potrebno bolnišnično zdravljenje ali vsaj bolniški stalež. Pojavnost je neenakomerno razporejena po regijah in po letih. Izstopa murskosoboška regija, kjer bolniških staležev zaradi maničnih epizod praktično ni bilo. Morda niso bile diagnosticirane ali pa so se pojavljale pri nezaposleni populaciji, saj je v tem okolju brezposelnost visoka. Bipolarna motnja je, tako kot shizofrenija, biološko pogojena, zato je tudi pojav v populaciji enakomeren. Čeprav je prevalenca obeh motenj med prebivalstvom približno enaka, je absolutno število izgubljenih delovnih dni pri bipolarni motnji bistveno nižje kakor pri shizofreniji. Četrtnina vseh bolniških dni je bila zaradi blagih in zmernih depresivnih epizod

bipolarne motnje. Najverjetnejša razloga, da je bil odobren stalež že v tej fazi motnje, sta dostopnost do psihiatra in večja terapevtska zahtevnost zdravljenja depresivne epizode pri bipolarni motnji v primerjavi s ponavljajočimi se depresivnimi motnjami. Vzrok za odstopanje v kranjski regiji leta 2004 pa zahteva podrobnejšo obravnavo in presega okvir članka.

Pri depresivnih motnjah je izostanek z dela pri prvi epizodi več kot dvakrat daljši kakor pri ponovnih. Podatek je v bistvu nepričakovan, predvsem zato, ker je odziv na terapijo pri ponovnih epizodah običajno slabši ali vsaj odložen. Tudi razlika po dnevih med primerjanima letoma je za celotno državo v primerjavi z ostalimi duševnimi motnjami majhna. Vzrok je najverjetneje nevednost bolnikovega spopada z depresijo ob prvi epizodi, zato je tudi čas za rehabilitacijo daljši. Toda l. 2009 je bilo prvo leto gospodarskega nazadovanja, kar je možen zunanji dejavnik tveganja za razvoj depresije. Več kakor polovica depresij je neopredeljenih ali netipičnih. Ugotovitev je izziv za stroko, kajti Mednarodna klasifikacija bolezni ponuja dovolj širok nabor meril in diagnostične svobode za jasno diagnostično oceno depresije. Ali so diagnostična meri-

Slika 8: Bolniški stalež F41.0-F41.9 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



la nejasna, ali je znanje neizpopolnjeno, ali so v oceno zajeti še simptomi, ki bi jih bilo mogoče še dodatno diagnostično opredeliti, ali so neustrezni normativi, ki onemogočajo ustrezno diagnostično obdelavo, ali je morda prešibko svetovanje, je le nekaj od vprašanj, na katera bi bilo potrebno odgovoriti. Pri prvi epizodi izstopata koprška in ljubljanska regija. Gospodarsko sta obe med najbolj razvitimi, ljubljanska ima še bistveno več psihiatrov na prebivalca. Nasprotno pa, pri ponavljajočih se depresijah izstopa murskosoboška regija, kjer so socialno ekonomski razlogi verjetno dodatni razlog za odstopanje. Podatek je izziv za širše zastavljeno študijo. Doktrina zdravljenja depresije je dobro izdelana in tudi predvidljiva, zato je vzroke verjetno bolje iskati zunaj stroke.

Razporeditev bolniškega staleža anksioznih motenj je podobna kakor pri prvih epizodah depresije. Glavnina je mešanih anksiozno-depresivnih motenj, ki so klinično podobne depresijam. Verjetno anksiozne motnje v ožjem pomenu v manjši meri omejujejo delovno sposobnost. Občutna razlika med letoma je ponovno v ljubljanski in koprski regiji.

V nasprotju z ostalimi duševnimi motnjami odstopajo reakcije na hud stres in

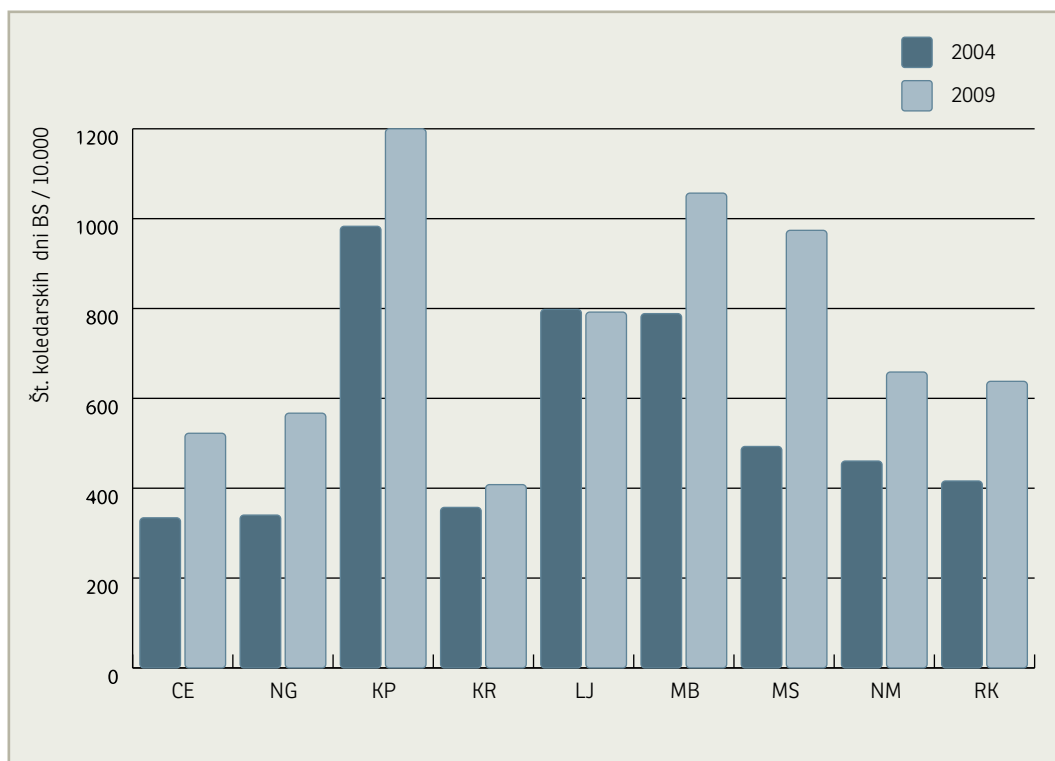
prilagoditvene motnje, ki jih je v l. 2009 za petino več kot pet let prej. Šikaniranja na delovnih mestih, strah glede zmožnosti preživetja in splošno družbeno nezaupanje so verjetni razlogi, ki so razvidni v vsakdanjem kliničnem delu.

Med delovno populacijo kot vzroka za bolniški stalež izstopata sklopa depresij in anksioznosti. Depresija še toliko bolj, ker je večina bolniškega staleža zajetega v anksioznostnih motnjah v sklopu anksiozno-depresivne motnje. V porastu so reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje. Vsem je skupno, da so lahko posledica zunanjih dejavnikov (npr. strah pred izgubo sredstev za eksistenco, slabšanje socialno-ekonomskih razmer).

Na ravni države se je najbolj znižal bolniški stalež zaradi psihotičnih motenj, podatek je zaskrbljujoč. Ali je bilo manj začasne odsotnosti z dela, ker niso več zaposleni? Število bolnikov je namreč v populaciji stalno. Ponovitve akutnih faz oziroma poslabšanja so v veliki meri odvisne tudi od organiziranosti zdravstvene službe. Problem zaposlenosti in delazmožnosti oseb s psihozo potrebuje ustrezno raziskavo.

S stališča javnega duševnega zdravja in gospodarstva so motnje razpoloženja, an-

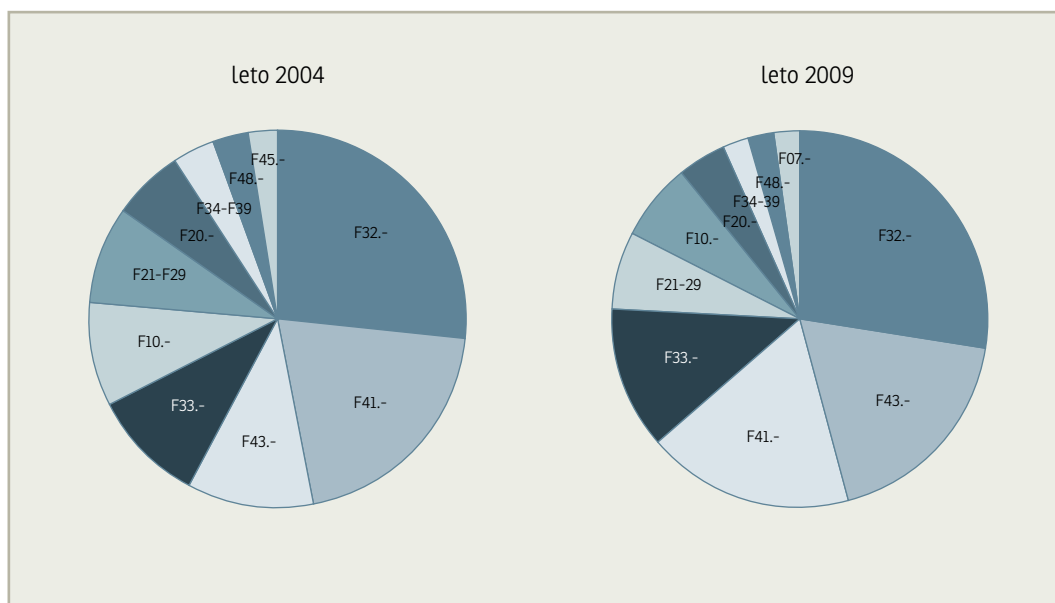
Slika 9: Bolniški stalež F43.0 – F43.9 po zdravstvenih regijah, primerjava med letoma 2004 in 2009.



ksiozne, psihotične motnje in odvisnosti od psihoaktivnih substanc sklopi, ki jim velja nameniti več pozornosti. V smislu prepoznavanja in odpravljanja dejavnikov tveganja so motnje razpoloženja in stresna stanja priporočen vir za nadaljnje raziskovanje, ker predstavljajo največje breme in ker razmerja med obema primerjanimi letoma ostajajo okvirno enaka.

Nekaj vzrokov za bolniški stalež je bilo bolj anekdotičnih kakor strokovnih: neo-

predeljena spolna disfunkcija (137 oz. 30 koledarskih dni), transseksualizem (865 dni), transvestizem (123 dni), odškodninske nevroze (34 dni), zmerne (667 oz. 96 dni) in globoka duševna manjrazvitost (452 oz. 51 dni). Verjetno so odraz stisk zdravniških kolegov pri odločanju.



Slika 10: Deset najpogostejših vzrokov za bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj v Sloveniji – prikaz za leti 2004 in 2009.

Zaključek

Bolniški stalež je pomemben kazalec negativnega zdravja delovno aktivnega prebivalstva in s tem kvalitativno izhodišče za uvajanje ukrepov, ki bi stanje lahko izboljšali.⁷ V Sloveniji je bolniški stalež zaradi duševnih in vedenjskih motenj po pogostosti na četrtem do petem mestu in po času kaže negativno usmeritev.⁶ Pogostost je v skladu z ugotovitvami o stroških zdravljenja posameznih duševnih motenj, saj največji strošek predstavlja zdravljenje motenj razpoloženja, anksioznih, psihotičnih motenj in demence.¹⁸ Dejavnike bi bilo smiselno ugotoviti z ustrezno raziskavo. Doktrinar na načela zdravljenja duševnih motenj se med obema letoma niso bistveno spremenili. Novih smernic za zdravljenje duševnih motenj, razen za bipolarno motnjo (leta 2006)¹⁸ ter demenco (leta 2013), v tem obdobju ni bilo. Novih strokovnih priporočil

glede smiselnosti in utemeljenosti priporočanja bolniškega staleža tudi ne. Dostopnost do psihiatrične službe se je nekoliko izboljšala. Organiziranost psihiatrične službe je ostala enaka. Spremenili so se finančni in gospodarski dejavniki, ko se je začelo stanje slabšati v drugi polovici leta 2008, izrazito pa leta 2009^{19,20}: npr. večja brezposelnost, negotovost zaposlitve, verjetno krčenje sredstev za zdravstvo in pomanjkljivosti v organiziranosti zdravstvene službe.

Ali je dolgoročno krajšanje absolutnega števila dni bolniškega staleža z vidika duševnega zdravja posameznika in družbe ugoden podatek? Odgovor ne more biti enoznačen, ker je dejavnikov preveč. Jasen odgovor lahko da le prospektivna študija s sprotnim spremljanjem delovne učinkovitosti, stopnje duševnega zdravja populacije, stopnje invalidnosti in učinkovitosti ter organiziranosti zdravstvene dejavnosti.

Literatura

- Romih J, Žmitek A. Duševne motnje in zmožnost za delo. Strokovno srečanje; 1997 oktober 24.-25.; Begunje, Slovenija. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1998. p. 186.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
- Turk E, Albrecht T. Ekonomsko breme duševnih motenj. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 531–36.
- Jeriček Klanšek H, Zorko M, Roškar S, Bajt M, Kamin T. Nekateri značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 523–30.
- Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24: 197–205.
- Bajt M, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšek H, Kovše K, Zorko M, Kofol Bric T, et al. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
- Ministrstvo za zdravje republike Slovenije. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2011.
- Kramberger P. Zadovoljstvo na delovnem mestu in zdravstveni absentizem v Sloveniji. 11. jesensko srečanje članov društva ekonomistov v zdravstvu; 2008 oktober 16.-17.; Laško, Slovenija.
- Mlakar T, Vardič D, Zupančič-Tisovec B, Dular B, Ledič J, Čakar A, et al. Začasna zadržanost od dela iz zdravstvenih razlogov. In: Mlakar T. Dela nezmožnost zaradi zdravstvenih razlogov v Sloveniji. Strokovni posvet; 2009 junij 16.; Novo mesto, Slovenija. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varovanje Slovenije; 2009.
- Jarvisal J, Andersson B, Boedeker, Houtman I. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. *Social Security and Health Reports* 2005; 66.
- Kessler R, Greenberg P, Mickelson K, Meneades L, Wang P. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med* 2001; 43: 219–25.
- Lewin Group. Design and administration of mental health benefits in employer sponsored health insurance. *The Substance Abuse and Mental Health Administration* 2005; 8.
- Wang P, Simon G, Kessler R. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Method Psych* 2003; 12: 1–12.
- Lalić H, Hromin M. Presenteeism towards absenteeism: manual work versus sedentary work, private versus governmental – a Croatian review. *Coll Antropol* 2012; 1: 111–16.
- Hansen CD, Andersen JH. Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Soc Sci Med* 2008; 67: 956–64.
- Iljaž R, Kersnik J, Turk H. Družinska medicina v skupnosti. In: Klančar D. Bolnik z duševno boleznijo v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2006 oktober; Ljubljana, Slovenija. p. 126–31.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949–58.

18. Bon J, Koritnik B, Bresjanac M, Repovš G, Pregelj P, Dobnik B, Pirtovšek Z. Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010. *Soc Sci Med* 2013; 82: 164–75.
19. Kores-Plesničar B, Dernovšek NZ, Groleger U, Koprivšek J, Gregorič-Kumperščak H, Kravos M, Lešer I, Pišljarič M, Serafimovič A, Žmitek A. Smer-nice za zdravljenje bipolarni motnje razpoloženja. *Soc Sci Med* 2006; 75: 225–33.
20. Neznani. Statistični urad Republike Slovenije. Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3033
21. Neznani. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije: Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016. Dosegljivo na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_o60411.pdf