

PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI

IZBRANA POGLAVJA

Junij 2025

**PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI
BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI
MOTNJAMI**

Izbrana poglavja

Avtorji:

- Mario Bartolac, dr. med. spec. druž. med.
- doc. dr. Anja Plemenitaš Ilješ, dr. med. spec. psih.
- Maja Petrović Šteblaj, dr. med. spec. MDPŠ
- Biljana Marić Kovačević, dr. med. spec. druž. med.
- prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med. spec. druž. med.
- dr. Jure Bon, dr. med. spec. psih.
- dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med. spec. psih.
- prof. dr. Peter Pregelj, dr. med. spec. psih.
- Tanja Mate, dr. med.

Priporočila so bila potrjena na:

- Razširjenem strokovnem kolegiju za družinsko medicino dne 09.01.2025 (31. seja);
- Razširjenem strokovne kolegiju za psihiatrijo dne 22.01.2025 (19. seja);
- Razširjenem strokovnem kolegiju za medicino dela, prometa in športa dne 12.06.2025 (št. dok. 4-5/2025).

Izdajatelj in založnik: Sekcija za medicinsko izvedenstvo in zavarovalniško medicino, Slovensko zdravniško društvo

Urednik: Mario Bartolac, dr. med.

Naklada: brez tiskane naklade.

Izdaja: Julij 2025

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 247398659

ISBN 978-961-7092-81-3 (PDF)

KAZALO VSEBINE

UVOD	5
1. BIOPSIHOSOCIALNI PRISTOP DELAZMOŽNOSTI	5
2. OHRANJANJE DELAZMOŽNOSTI	8
3. PSIHOSOCILANI DEJAVNIKI DELOVNEGA OKOLJA	9
4. DEJAVNIKI PRI PRESOJI DELAZMOŽNOSTI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI	10
5. POMEMBNA VODILA PRI PRESOJI DELAZMOŽNOSTI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI	11
 SPLOŠNI DEL – PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI	12
1. KRATKA NAVODILA ZA UPORABO PRIPOROČIL	12
2. OSNOVNI POMEN ZMOŽNOSTI IN NEZMOŽNOSTI PRI BOLNIKI Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI	13
3. POSEBNE SKUPINE DELAVCEV	14
4. POSEBNOSTI PRI PRESOJI DELAZMOŽNOSTI	15
5. IDENTIFIKATOR ZA IZVID LEČEČEGA PSIHIATRA	18
6. VPLIV ZDRAVIL Z OZNAKO TRIGONIKA NA ZMOŽNOST UPRAVLJANJA VOZIL ALI STROJEV	19
A. PRAZNI TRIGONIK - RELATIVNA PREPOVED UPRAVLJANJA VOZIL	19
B. POLNI TRIGONIK - ABSOLUTNA PREPOVED UPRAVLJANJA VOZIL	20
C. POMEMBNEJŠA OPOZORILA V POVEZAVI S PSIHOFAKTI	20
7. OCENJEVALNE LESTVICE FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI S KLINIČNIMI VPRAŠALNIKI (RESNOST SIMPTOMOV OZ. OBOLENJA)	22
A. WHODAS 2.0, SAMOOCENJEVALNA LESTVICA Z 12 VPRAŠANJI	25
B. GAD-7 (LESTVICA GENERALIZIRANE ANKSIOZNOSTI)	26
C. BECK ANXIETY INVENTORY (BAI)	27

D.	VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU – 9 (ANGL. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 9) – PHQ-9	28
E.	AUDIT VPRAŠALNIK (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)	29

SPECIFIČNI DEL – PRIPOROČILA PO POSAMEZNIH SKUPINAH OBOLENJ	30
1. PANIČNA MOTNJA (F41.0), GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA (F41.1) in NEOPREDELJENA ANKSIOZNA MOTNJA (F41.9).....	30
1.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI.....	33
1.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE	34
1.3. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU.....	35
1.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI.....	36
2. MEŠANA ANKSIOZNA IN DEPRESIVNA MOTNJA (F41.2).....	37
2.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI.....	37
2.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE	38
3. DEPRESIVNA EPIZODA (F32) in PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA (F33).....	39
3.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI.....	41
3.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE	42
3.3. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU.....	43
3.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI.....	44
4. AKUTNA STRESNA REAKCIJA (F43.0), POSTTRAUMATSKA STRESNA MOTNJA (F43.1) IN PRILAGODITVENA MOTNJA (F43.2)	45
4.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI.....	46
4.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE	47
4.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI.....	48
5. DUŠEVNE IN VEDENJSKE MOTNJE ZARADI UPORABE ALKOHOLA (F10).....	49
5.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI.....	50

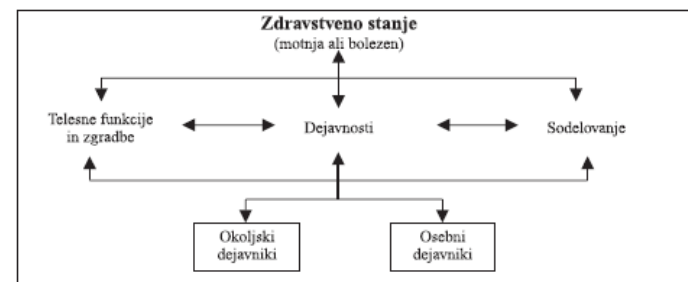
5.2.	PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE	51
5.3.	PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU.....	52
5.4.	OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI.....	52
LITERATURA.....		53

UVOD

1. BIOPSIHOSOCIALNI PRISTOP DELAZMOŽNOSTI

Za razumevanje in razlago zmanjšanje zmožnosti ali invalidnosti in funkcioniranja je predlaganih več modelov. Med njimi so bolj uveljavljeni t.i. medicinski model, družbeni model in biopsihosocialni pristop. Medicinski model pojmuje zmanjšano zmožnost kot težavo posameznika, ki jo je neposredno povzročila bolezen, poškodba ali drugo zdravstveno stanje, ki zahteva medicinsko oskrbo. Glavni cilj obravnave zmanjšanje zmožnosti po medicinskem modelu je ozdravljenje ali človekova prilagoditev in sprememba vedenja. Na drugi strani družbeni model, ki pojmuje zmanjšano zmožnost kot težavo, ki jo ustvarijo družbene okoliščine, predvsem kot vprašanje popolne integracije posameznika v družbo. Zmanjšana zmožnost po tem modelu predstavlja kompleksen sklop okoliščin, ki jih v veliki meri ustvarja družbeno okolje. Združevanje pogledov obeh navedenih nasprotujočih si modelov, njuna sinteza, usklajen pogled na zdravje iz različnih zornih kotov – biološkega, osebnega in družbenega, predstavlja t.i. biopsihosocialni pristop. Naveden pristop uporablja svetovna zdravstvena organizacija kot ogrodje za teoretično ozadje za razumevanje vplivov različnih dejavnikov na posameznikovo zmanjšano zmožnost ali invalidnost in funkcioniranje (Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja, STO, Ženeva, 2006; v nadaljevanju MKF).

Svetovna zdravstvena organizacija kot model funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti ali invalidnosti ponazarja rezultat dinamičnega medsebojnega vplivanja ali zapletenih odnosov med (1) zdravstvenim stanjem in (2) spremljajočimi dejavniki (slika 1). Spremljajoči dejavniki predstavljajo celotno ozadje posameznikovega življenja in se delijo na dva razdelka – okoljski in osebni dejavniki. Okoljski dejavniki obsegajo fizično in družbeno okolje, v katerem živijo posamezniki ter njegova stališča. Osebni dejavniki so specifično ozadje posameznikovega načina življenja in vključujejo značilnosti posameznika, ki niso del njegovega zdravstvenega stanja. Med njimi so lahko spol, rasa, starost, druga zdravstvena stanja, telesna pripravljenost, življenjski slog, navade, vzgoja, načini soočanja s težavami, družbeno in kulturološko ozadje, izobrazba, poklic, pretekle in sedanje izkušnje, splošni vedenjski vzorci in značaj, individualne psihološke lastnosti in druge značilnosti, ki skupaj ali posamično vplivajo na zmanjšano zmožnost.



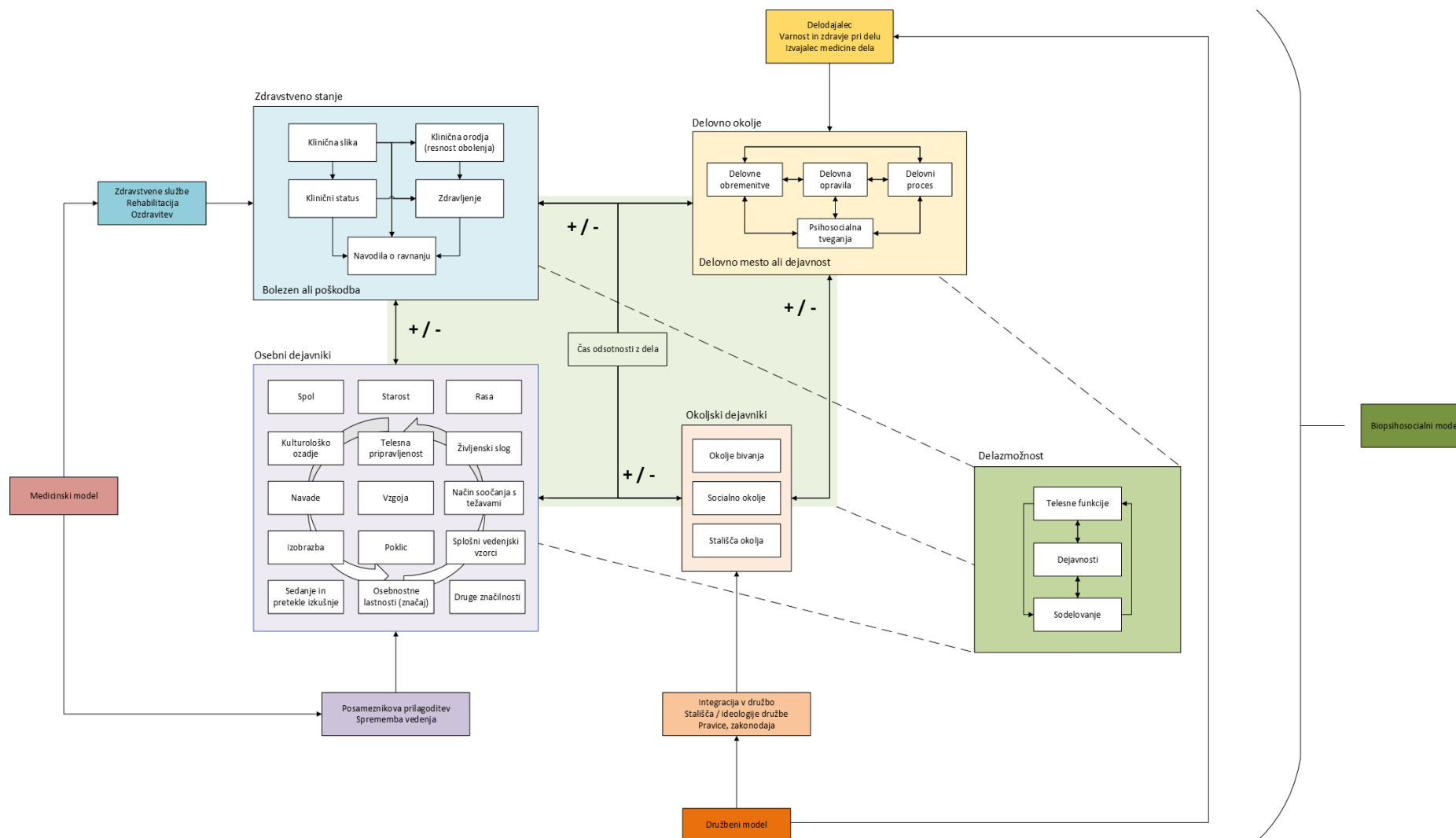
Slika 1: Biopsihosocialni pristop funkcioniranja in zmanjšanje zmožnosti ali invalidnosti po Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja

Tako okoljski kot osebni dejavniki lahko vplivajo pozitivno ali negativno na zmogljivost in učinkovitost opravljanja dejanj ali opravil.

Zmožnost je opredeljena kot sposobnost posameznika k izvedbi določene (1) telesne funkcije, vključno s psihološkimi funkcijami, z (2) dejavnostjo posameznika pri izvedbi opravila ali dejanja in k (3) sodelovanju posameznika v življenjskih situacijah. Zmožnost se opisuje z opisovalci »učinkovitosti« in »zmogljivosti«.

Biopsihosocialni pristop po MKF je zgrajen kot večnamenski, zato ne opredeljuje specifično tudi drugih pomembnih dejavnikov, kot so npr. pri presoji delazmožnosti delovne obremenitve, delovne naloge in delovni procesi (delovno okolje). Zato, ko govorimo o delazmožnosti posameznika je potrebno upoštevati tudi nerazdružljivo povezanost zmogljivosti med zdravstvenim stanjem in delovnim okoljem.

Delazmožnost je tako mogoče razumeti kot dinamičen rezultat interakcije med zdravstvenim stanjem, osebnimi dejavnimi, okoljskimi dejavniki in delovnim okoljem (kot poseben, specifičen element okoljskih dejavnikov), pri čemer zmožnost za izvedbo delovnih opravil predstavlja sposobnost posameznika k zmogljivosti in učinkovitosti pri izvedbi delovne obremenitve, vključno s psihološkimi ali kognitivnimi funkcijami (telesna funkcija), z dejavnostjo posameznika za izvedbo delovnega opravila in k sodelovanju posameznika v delovnem procesu (slika 2).



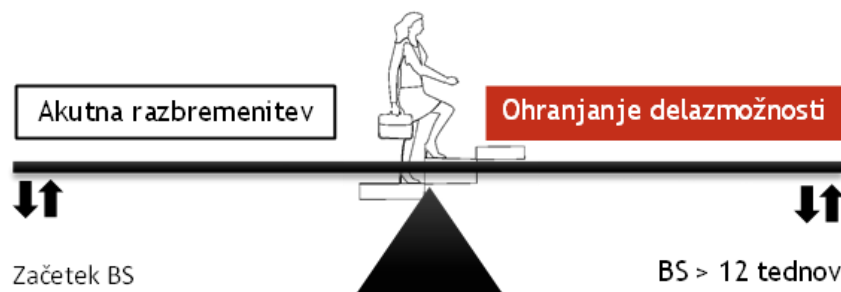
Slika 2: Biopsihosocialni pristop delazmožnosti

2. OHRANJANJE DELAZMOŽNOSTI

Tako okoljski in osebni dejavniki kot tudi delovno okolje lahko vplivajo pozitivno ali negativno na zmogljivost in učinkovitost opravljanja dejanj ali opravil v različnih situacijah. Kot pomemben dodaten dejavnik, ki s časoma negativno napoveduje zmožnost za opravljanje dela, je potrebno šteti tudi čas odsotnosti z dela. Poznamo namreč, da ima umaknitev posameznika iz delovnega okolja lahko le začasen pozitiven učinek na njegovo delazmožnost, z nadaljnjim trajanjem začasne zadržanosti od dela pa praviloma predstavlja negativni vpliv na dinamično ravnovesje delazmožnosti. Namreč na podlagi študij vračanja na delo poznamo, da čas odsotnosti z dela brez vpliva drugih dejavnikov s trajanjem začasne zadržanosti od dela nad 12 tednov pomembno zmanjšuje verjetnost uspešnega vračanja bolnika v delovno okolje in s tem negativno vpliva na povrnitev zmogljivosti bolnika in dolgoročno s tem tudi večje zmogljivosti pri vključevanju v družbene in delovne aktivnosti, ki pa predstavljata pomembni determinanti zdravja posameznika.

Začasna zadržanost od dela v akutnem obdobju obolenja tako izpolnjuje namen razbremenitve bolnika iz delovnega okolja zaradi namena (za)varovanja zdravja ob zmanjšani zmogljivosti in zaradi zagotovitve terapevtskega časa za povrnitev izgubljene zmogljivosti.

Z nadaljnjim trajanjem začasne zadržanosti od dela pa praviloma pride do zasuka vpliva odsotnosti z dela iz pozitivnega v negativnega na izboljšanje zmogljivosti bolnika. Zaradi preprečitve le-tega in s tem zagotavljanja učinkovitega in uspešnega vračanja na delo bolnika ob ali po bolezni ali poškodbi je tako tudi pomembno, da pri presoji delazmožnosti upoštevamo tudi t.i. **»ohranjanje delazmožnosti«**. Govorimo o ravnovesju pri presoji o delazmožnosti (slika 3), ki je v dobrobit bolniku in njegovi delazmožnosti. Ravnovesje predstavlja težnjo k akutni razbremenitvi v začetku začasne zadržanosti od dela (tj. upoštevajo tudi okoljske in osebne dejavnike), v nadaljnjem poteku zadržanosti od dela pa se ravnovesje prevesi v smeri težnje k ohranjanju delazmožnosti (zmanjšanje vpliva drugih osebnih in okoljskih dejavnikov, ojačanje vpliva časa odsotnosti z dela), takrat ko je vračanje na delo za bolnika varno in ne predstavlja večjega tveganja za trajnejšo poslabšanje zdravstvenega stanja ali invalidnost. Obdobje, ko se ravnovesje prevesi v smer ohranjanja delazmožnosti praviloma nastopi pri celokupnem trajanju začasne zadržanosti od dela nad tremi meseci.



Slika 3: Ravnovesje pri presoji delazmožnosti

3. PSIHOSOCILANI DEJAVNIKI DELOVNEGA OKOLJA

Za ohranjanje duševnega zdravja in lažje vračanje na delo ob ali po bolezni oziroma poškodbi je pomembno tudi urejeno delovno mesto. Neurejeni delovni pogoji namreč lahko sprožijo bolezen povezano z duševnim zdravjem, jo poslabšajo in lahko pomembno vplivajo na učinkovitost zdravljenja obolenja.

Delodajalec mora na podlagi zakonodaje s področja varnosti in zdravja pri delu v okviru promocije zdravja na delovnem mestu izvajati sistematizirane ciljne aktivnosti in ukrepe za ohranjanje in krepitev duševnega zdravja delavcev. Prav tako mora delodajalec pri načrtovanju dela upoštevati tudi duševne zmožnosti delavcev ter zmanjševati tveganja zaradi delovnih obremenitev, ki lahko vplivajo na varnost in zdravje delavcev pri delu.

Pomembni dejavniki urejenosti delovnega mesta, ki vplivajo na duševno zdravje delavcev, so psihosocialni dejavniki delovnega okolja. **Psihosocialni dejavniki** so **skupni naziv za psihološke, ekonomske in socialne vplive, ki se pojavljajo pri delu** in vplivajo na počutje in zdravje delavca. Psihosocialna tveganja lahko zmanjšujejo delazmožnost posameznika. Delovne značilnosti, ki so vezane na psihosocialna tveganja, so vezane na organizacijo dela in socialne interakcije v procesu dela.

Psihosocialna tveganja, ki vodijo v zdravstvene težave in niso vezana na individualne lastnosti delavca, poklic ali kulturno okolje so:

- prekomerne delovne obremenitve;
- nasprotujoče si zahteve in pomanjkanje jasnosti vloge;
- nesodelovanje pri sprejemanju odločitev, ki vplivajo na delavca;
- pomanjkanje vpliva na način opravljanja dela;
- slabo vodene organizacijske spremembe, negotovost zaposlitve;
- neučinkovita komunikacija;
- pomanjkanje podpore vodstva ali sodelavcev;
- psihično in spolno nadlegovanje, diskriminacija, nasilje tretjih oseb.

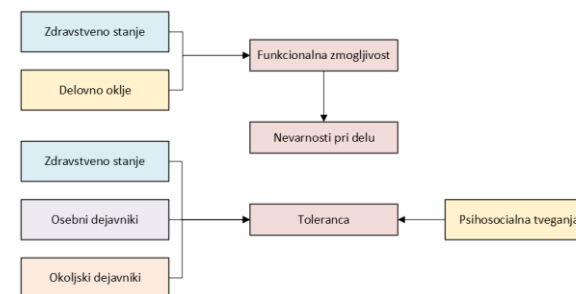
Delodajalec lahko obvladuje psihosocialna tako, da jih ocenjuje in izvaja ukrepe za zmanjševanje tveganj. Za ocenjevanje psihosocialnih tveganj se uporabljajo vprašalniki. Primeri vprašalnikov za ocenjevanje psihosocialnih tveganj so Job Content Questionnaire, Effort Reward Imbalance Questionnaire, Job Diagnostic Survey in Kopenhagenski psihosocialni vprašalnik (COPSOQ III). Pri vrednotenju vprašalnikov je potrebno upoštevati tudi subjektivne vplive, ki vplivajo na odgovore delavcev. Ukrepi, ki omogočajo bolj objektivno oceno, temeljijo na opazovalnih pristopih, podatkih in dokumentaciji (npr. politike napredovanja, delovne ure, pritožbe, bolniška odsotnost, norma..) ali kvalitativnih podatkih.

Delodajalec je učinkovit pri obvladovanju psihosocialnih tveganj z učinkovitim načrtom in upravljanjem tveganj. Poklicne skupine oziroma sektorji imajo svoje značilnosti in zahtevajo prilagojene pristope pri obvladovanju tveganj. Slabo obvladovani psihosocialni dejavniki na delovnem mestu otežujejo postopek vračanja na delo.

4. DEJAVNIKI PRI PRESOJI DELAZMOŽNOSTI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI

Diagnoza duševne in vedenjske motnje je večinoma sindromska – tj. skupek simptomov brez objektivnega (merljivega) kliničnega orodja, ki bi simptom jasno potrjeval. Diagnoza sama po sebi zelo malo ali nič ne pove o vzročni zvezi, stopnji funkcionalne prizadetosti ali stopnji resnosti obolenja.

Tako kot pri drugih obolenjih tudi pri presoji delazmožnosti bolnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami izhajamo iz treh poglavitnih dejavnikov – (1) nevarnosti pri delu, (2) funkcionalne zmogljivosti in (3) tolerance bolnika do opravljanja svojih delovnih opravil, ki predstavljajo združen vpliv posameznih dejavnikov zmožnosti po biopsihosocialnem modelu (slika 4).



Slika 4: Združeni vplivi posameznih dejavnikov

1. Nevarnosti pri delu (angl. risk) bolnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami so v glavnem povezana z možnostjo nenadzorovanega agresivnega vedenja (samopoškodovanje sebe, drugi ali lastnine delodajalca oz. drugih) in nevarnostim za nastanek poškodbe ali škode kot posledice motnje pozornosti, koncentracije ali presoje. Pri slednjih simptomih bolnik najlažje zmore opraviti delovne naloge, katere pozna, in naloge, ki so razmeroma preproste. Varnost pri opravljanju delovnih opravil je najpomembnejši dejavnik, zato je treba pri določanju bolnikovega statusa upoštevati te dejavnike tveganja
2. Funkcionalna zmogljivost (angl. capacity) je pojem, ki združuje sposobnost moči, fleksibilnosti in vzdržljivosti organskega sistema za izvedbo delovne naloge oz. posameznikovo sposobnost za izvedbo opravila ali dejanja (Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja, Ženeva, 2006). Pri somatskih obolenjih gre praviloma za dobro »merljivo« in s tem objektivno klinično oceno zmogljivosti. Pri bolnikih z duševnimi in vedenjskimi motnjami pogosto »objektivno-merljivega« inštrumenta za oceno funkcionalne zmogljivosti nimamo (klinično-psihološka testiranja niso enoznačna za oceno zmogljivosti), zato je za oceno funkcionalne zmogljivosti potrebno izhajati iz zmogljivosti bolnika pri vsakodnevnih opravilih, prisotnimi simptomi (motnje pozornosti, koncentracije ali presoje) ter resnostjo klinične slike, ki izhaja iz osnovnega duševnega stanja, in dodatno iz učinkov zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje tega stanja, ter drugih zdravstvenih stanj, ki lahko sočasno vplivajo na funkcionalno zmogljivost. Bolniki se ob simptomih duševnih in vedenjskih motenj lažje prilagodijo in s tem ohranijo svojo delazmožnost na delovnih mestih, katera dobro poznajo, so preprosta z manj potrebami po dinamičnem prilagajanju delovnih opravil in, ki ne zahtevajo trajne ali visoke stopnje pozornosti ali večopravnosti.

3. Toleranca (angl. tolerance) je pojem, ki opisuje dopustnost ali strpnost bolnika do izvedbe neprekinjenih (kontinuiranih) delovnih opravil v svojem delovnem času in delovnem okolju. Gre za subjektivno oceno zmogljivosti bolnika do izvedbe delovnih opravil. Pri vprašanju tolerance je motivacija eden od glavnih dejavnikov, ki določajo, kdo prenaša (se odloči za) delo in kdo ga ne prenaša (se odloči, da ga ne bo opravljal). Pomembno je razumeti, da motivacija za opravljanje dela ne izhaja zgolj iz dejavnika odsotnosti z dela ali prejema plačila, temveč gre za dejavnike s strani bolnika/delavca zaznane vrednosti vključenosti v delovno okolje (npr. občutek cenjenosti v delovnem okolju, občutek osebne vrednosti pri opravljanju dela), zaznane zmožnosti za vračanje na delo (pomembna spodbuda s strani lečečih zdravnikov) in zaznanega »stroška« vračanja na delo ali ne-opravljanja dela. Pri razumevanju tolerance iz oči zdravnika je pomembno razumeti, da delo ugodno vpliva na večino duševnih bolezni - z vključenostjo v delovno okolje je mogoče pričakovati tudi izboljšanje stanja duševnega zdravja (stabilizacija razpoloženja), zato je ob nizki toleranci bolnika do vračanja na delo ob odsotnosti nevarnosti pri vračanju na delu in ohranjeni funkcionalni zmogljivosti, dobro načrtovati postopno vračanje v delovno okolje. Ob navedenih pogoji, nadaljnja nezmožnost za delo namreč lahko vodi v slabšanje funkcionalne zmogljivosti, izgube socialnega okolja, težav v ekonomskem statusu, kar dolgoročno predstavlja dejavnik za destabilizacijo tretnunega razpoloženja ali pojava novega duševnega ali somatskega obolenja.

5. POMEMBNA VODILA PRI PRESOJI DELAZMOŽNOSTI BOLNIKOV Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI

- Delo je koristno za duševno zdravje posameznika, njegovo socialno vključenost in ekonomski status.
- Poročanje o težavah z duševnim zdravjem je precej pogosto, vendar velika večina oseb s simptomi duševnega zdravja opravlja svoje delo.
- Duševne bolezni brez spremljajočih večjih motenj pri vsakodnevni opravi redko zmanjšujejo delazmožnost.
- Medosebni konflikti z nadrejenimi ali sodelavci se lahko maskirajo kot depresija ali tesnoba, vendar sami po sebi niso razlog za potrditev odsotnosti z dela zaradi duševne ali vedenjske motnje.
- Ohranjanje delazmožnosti in/ali čimprejšnja vrnitev na delo, tudi če so potrebne začasne prilagoditve dela ali življenjskega sloga sta ključnega pomena za zdravje in dobro počutje bolnikov, kadar koli je to mogoče doseči na varen način ter je funkcionalna zmogljivost vsaj deloma ohranjena.
- Dlje ko je določen posameznik odsoten z dela, manjša je verjetnost, da se bo uspešno vrnil na delo (50 % verjetnost težav pri vračanju na delo po 8-ih tednih odsotnosti z dela, 85 % verjetnost težav pri vračanju na delu po 6-ih mesecih odsotnosti z dela).
- Ob nizki toleranci bolnika do vračanja na delo ob odsotnosti nevarnosti pri vračanju na delu in ohranjeni funkcionalni zmogljivosti je dobro načrtovati postopno vračanje v delovno okolje.
- Pri vsakem celovitem ocenjevanju je treba upoštevati oceno morebitnih težav s pretiravanjem. Testiranje veljavnosti simptomov, zlasti z uporabo tehnike prisilne izbire in osebnostnih testov, ki vsebujejo lestvice notranje veljavnosti, je eden najboljših načinov za ocenjevanje teh vprašanj.
- Sočasen obstoj ali prisotnost težav z duševnim zdravjem in telesnih težav in/ali težav, povezanih z delom, ne dokazuje vzroka in posledice. Samo zato, ker en dogodek sledi drugemu ali se pojavi sočasno, ni nujno, da je vzročna povezava dokazana.

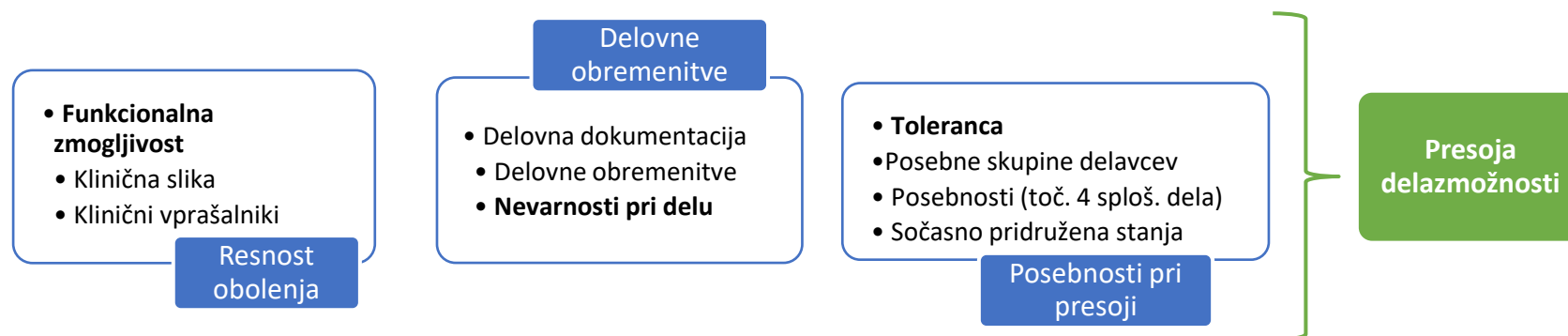
SPLOŠNI DEL – PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI

1. KRATKA NAVODILA ZA UPORABO PRIPOROČIL

Priporočila so ustvarjena upoštevajoč klinično oceno resnosti obolenja oz. prisotnosti motečih simptomov obolenja s strani lečečega zdravnika ali ob uporabi kliničnih vprašalnikov. Pri presoji delazmožnosti je potrebno upoštevati **zdravstveno stanje** in z njim **povezano funkcionalno zmogljivostjo** (resnost obolenja) kot tudi **obremenitve delovnega mesta**, **posebnosti pri presoji delazmožnosti** in **elemente ohranjanja delazmožnosti**, pri dolgotrajnejši odsotnosti z dela.

Priporočila so podana ločeno po primerljivih skupinah obolenj (*delitev po MKB-10*):

1. PANIČNA MOTNJA (F41.0), GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA (F41.1) in NEOPREDELJENA ANKSIOZNA MOTNJA (F41.9);
2. MEŠANA ANKSIOZNA IN DEPRESIVNA MOTNJA (F41.2);
3. DEPRESIVNA EPIZODA (F32) in PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA (F33);
4. AKUTNA STRESNA REAKCIJA (F43.0), POSTTRAUMATSKA STRESNA MOTNJA (F43.1) IN PRILAGODITVENA MOTNJA (F43.2);
5. DUŠEVNE IN VEDENJSKE MOTNJE ZARADI UPORABE ALKOHOLA (F10).



2. OSNOVNI POMEN ZMOŽNOSTI IN NEZMOŽNOSTI PRI BOLNIKI Z DUŠEVNIMI IN VEDENJSKIMI MOTNJAMI

A. NEZMOŽNOST ZA DELO ZARADI ZDRAVSTVENIH RAZLOGOV

- Nezmožnost za delo zaradi zdravstvenih razlogov je podana, ko stanje psihofizičnega počutja in funkcioniranja pri bolniku v celotni onemogoča vključenost v delovni proces ali zaradi nevarnosti poškodovanja sebe, drugih delavcev ali lastnine delodajalca ob opravljanju dela.
- Nezmožnost za delo je podana tudi, če so prisotni pomembni negativni vplivi psihofarmakov na funkcioniranje bolnika ali na njegovo varnost pri opravljanju dela.
- Nezmožnost za delo je začasno podana tudi takrat, ko negativni učinki delovnega okolja ali delovnih obremenitev prevladajo nad dolgoročnimi pozitivnimi učinki na psihofizično počutje bolnika.

B. ZMOŽNOST ZA DELO V SKRAJŠANEM DELOVNEM ČASU

- Zmožnost za delo v skrajšanem delovnem času je ohranjena, ko stanje psihofizičnega počutja in funkcioniranja bolniku omogoča delno vključenost v delovno okolje in opravljanje svojega dela, pri čemer ni pomembnih vplivov psihofarmakov na delovno učinkovitost in delo lahko poteka varno.
- Zmožnost za delo v skrajšanem delovnem času je ohranjena tudi takrat, ko dolgoročni pozitivni učinki vračanja bolnika v delovno okolje prevladajo nad negativnimi učinki vračanja v delovno okolje in lahko delo poteka varno.

C. ZMOŽNOST ZA DELO

- Zmožnost za delo je ohranjena, kot stanje psihofizičnega počutja in funkcioniranja bolnika omogoča učinkovito in varno vključevanje v delovni proces v celoti.
- Zmožnost za delo je ohranjena tudi, če so še prisotni negativni subjektivni simptomi pri bolniku, ki pa ne povzročajo pomembnega odklona od normalnega psihofizičnega funkcioniranja, in je simptome možno ustrezno obvladovati s spremembami življenjskega sloga ali delovnimi prilagoditvami.

3. POSEBNE SKUPINE DELAVCEV

Pri določenih skupinah delavcev oz. delovnih obremenitev se **obvezno opravi psihološko testiranje** zaradi tveganja za nastanek duševnih in vedenjskih motenj ob delovnih obremenitvah ali zaradi potrebe po izpolnjevanju posebnih zdravstvenih zahtev (odsotnost patologije). V primeru spodaj navedenih delavcev oz. delovnih obremenitev tako pri presoji **upoštevamo posebne zdravstvene zahteve za delo**, ki izhajajo iz **izjave o varnosti z oceno tveganja**:

- delovne obremenitve, pri katerih je pomembno povečano tveganje za poškodbe;
- delo na višini;
- delo v globini;
- delo s transportom v javnem ali notranjem prometu;
- delo z zahtevnimi sistemi;
- delo, ki zahteva skrb za odgovornost za druge.

V primeru obsoja dvoma o zmožnosti opravljanja dela oz. delovnih nalog, kadar gre za takšne naloge, ki lahko vplivajo na varnost in obstaja tveganje pri vračanju na delo, je pred vračanjem na delo potrebno delavca napotiti na **drugi usmerjen zdravstveni pregled** k izvajalcu medicine dela za oceno, ali je prišlo do takšnega upada sposobnosti, da vračanje ni varno. Delodajalcu tako svetujemo, da napoti delavca na pregled k izvajalcu medicine dela v sklopu sodelovanja izvajalca medicine dela z izvedenskim organom (tretji odstavek 33. člena Zakona o varnosti in zdravju pri delu).

4. POSEBNOSTI PRI PRESOJI DELAZMOŽNOSTI

Pri presoji delazmožnosti si pomagamo ne samo s klinično oceno resnosti obolenja, trajanjem začasne zadržanosti od dela ter delovnimi obremenitvami, temveč upoštevamo tudi določene posebnosti pri presoji delazmožnosti, ki izhajajo v delu duševnih in vedenjskih motenj predvsem zaradi delovanja psihofarmakov z odloženim kliničnim učinkom zdravljenja, neželenimi učinki tekom zdravljenja in drugimi posebnostmi, opredeljenimi spodaj.

1. Nefarmakološko zdravljenje kot samostojno zdravljenje (brez uvedbe psihofarmaka):

- Pri bolnikih, ki se zdravijo samo z nefarmakološkimi ukrepi, se izogibamo daljše začasne zadržanosti od dela. Če je začasna zadržanost od dela potrebna, se priporoča akutna razbremenitev iz delovnega okolja za obdobje 1-4 tedne, nato postopno vračanje na delo preko skrajšanega delovnega časa v nadaljnjem obdobju 4-6 tednov, če potrebno.

2. Uvajanje zdravljenja s psihofarmaki:

- Zaradi možnosti neželenih učinkov, ki lahko vplivajo funkcionalno zmogljivost bolnika za delovna opravila in, če bolnik težko prenaša simptome, je v prvem mesecu po uvajanju novega psihofarmaka priporočena začasna zadržanost od dela do omilitve simptomov, ki praviloma trajajo do 4 tedne. Ob ugodnem učinku psihofarmaka na psihofizično počutje lahko bolnika po navedenem obdobju postopno vračamo na delo preko skrajšanega delovnega časa v naslednjem obdobju do skupaj 8 tednov.

3. Odziv na zdravljenje s psihofarmaki:

- a. Ni odziva (manj kot 25 % zmanjšanja izraženosti simptomov) ali nezadosten odziv (med 25 % in 50 % zmanjšanje izraženosti simptomov):
 - i. Začasna zadržanost od dela glede na aktualno klinično sliko (resnost obolenja) oz. glede na oceno funkcionalne zmogljivosti s kliničnimi vprašalniki (potrebna ponovna ocena stanja);
- b. Zadostni odziv (nad 50 % zmanjšanje izraženosti simptomov):
 - i. Začasna zadržanost od dela glede na aktualno klinično sliko (resnost obolenja) oz. glede na oceno funkcionalne zmogljivosti s kliničnimi vprašalniki (potrebna ponovna ocena stanja);
 - ii. Načrtujemo postopno vračanje na delo preko skrajšanega delovnega časa, če potrebno.

4. Dvig odmerka uvedenega psihofarmaka:

- iii. Večanje odmerka psihofarmaka kaže na nezadosten odziv na farmakološko zdravljenje. Začasna zadržanost od dela glede na aktualno klinično sliko (resnost obolenja) oz. glede na oceno funkcionalne zmogljivosti s kliničnimi vprašalniki (potrebna ponovna ocena stanja);

5. Menjava psihofarmaka med aktivnim zdravljenjem:

- Pri menjavi psihofarmaka znotraj iste skupine psihofarmaka praviloma ne pričakujemo pomembnejših neželenih učinkov, obsega delovne aktivnosti tako ni potrebno dodatno prilagoditi že predhodni delovni aktivnosti ali neaktivnosti;
- Pri prehodu na drugo terapevtsko skupino psihofarmaka priporočena presoja delazmožnosti kot ob uvajanju psihofarmaka iz 2. točke.

6. Augmentacija farmakološkega zdravljenja:

- Ob dodatku drugega psihofarmaka, katerega namen je ojačanje učinka farmakološkega zdravljenja, slednje izkazuje določeno rezistenco motnje ali njeno kompleksnost. Presoja zmožnosti za delo glede na aktualno klinično sliko (resnost obolenja) oz. glede na oceno funkcionalne zmogljivosti s kliničnimi vprašalniki in delovne obremenitve. Praviloma podaljšamo prehodno delovno zmožnost ali nezmožnost za obdobje do 4 tedne oz. do prikaza učinka ojačanega zdravljenja. Ob ugodnem učinku na psihofizično počutje lahko bolnika po navedenem obdobju postopno vračamo na delo v naslednjem obdobju do skupaj 8 tednov.

7. Psihične obremenitve na delu (delovne obremenitve):

- Kadar je delovno okolje opredeljeno kot psihično zahtevno delo, bolnika vračamo v delovno okolje s podaljšanimi intervali zaradi preprečitve pomembnejšega akutnega poslabšanja. Zaradi grozeče fiksacije občutenja nezmožnosti vračanja v delovno okolje ne podaljšujemo intervala do začetka postopnega vračanja na delo.
- Ob klinično izkazanem akutnem poslabšanju stanja ob vračanju na delo bolnika razbremenimo z delovnega okolja za 7-14 dni, nato poskusimo s ponovnim postopnim vračanjem na delo.

8. Delovno okolje kot pomemben dejavnik povzročenega stresa (psihosocialna tveganja delovnega mesta):

- Kadar delovno okolje predstavlja pomemben vzrok nastanka ali vzdrževanja duševnega obolenja, bolnika vračamo v delovno okolje s podaljšanimi intervali zaradi preprečitve pomembnejšega akutnega poslabšanja. Zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delo zaradi daljše odsotnosti z dela, ne podaljšujemo intervala do začetka postopnega vračanja na delo.
- Ob klinično izkazanem akutnem poslabšanju stanja ob vračanju na delo, bolnika razbremenimo z delovnega okolja za 7-14 dni, nato poskusimo s ponovnim postopnim vračanjem na delo.
- Kadar prihaja do ponavljajočih poslabšanj zdravstvenega stanja, svetujemo, da se v obravnavo problematike vključi izvajalec medicine dela, ki preuči in poroča o dejavnikih tveganja na delovnem mestu in priporoči delodajalcu ukrepe za izboljšanje delovnih pogojev in obremenitev.

9. Aktivno preživljanje časa med začasno zadržanostjo od dela:

- Aktivno preživljanje časa je pri motnjah razpoloženja priporočljivo, saj telesna in socialna aktivnost v nasprotju s pasivnostjo sama po sebi deluje terapevtsko ob drugih terapevtskih ukrepih, dodatno pa je pomembno, da aktivnost izven doma pomeni izpostavljanje bolnika

anksiogenim situacijam, katere mora premagovati v procesu zdravljenja. Aktivno preživljanje prostega časa izven kraja bivanja in v lokalnem okolju je tako priporočeno zlasti pri panični in generalizirani anksiozni motnji.

- Aktivno preživljanje prostega časa je smiselno v lokalnem okolju. Odhodi iz lokalnega okolja ali odhodi z doma za daljša obdobja so terapevtsko smiselni le, če takšno navodilo o ravnanju izhaja iz individualnega terapevtskega načrta.
- Ob stabilizaciji psihofizičnega stanja bolnika spodbujamo k postopnemu vključevanju v svoje normalne življenjske aktivnosti. Le-te poleg aktivnega preživljanja prostega časa vključujejo tudi aktivnosti povezane z delom, zato v tem obdobju uvajamo postopno vračanje na delo preko skrajšanega delovnega časa.

X. Rdeči simptomi in znaki psihofizičnega počutja za oceno delazmožnosti:

- Akutna suicidalnost (aktivne misli, pasivna suicidalnost): bolnik je nezmožen za delo do remisije navedenih simptomov. V času navedene simptomatike se bolnika spremlja s strani osebnega zdravnika in psihiatra (vsaj enkrat tedensko), kar je zabeleženo v medicinski dokumentaciji;
- Kronična suicidalnost: delazmožnost presojamo na podlagi ocene lečečega psihiatra glede akutne suicidalne ogroženosti. Če ta je ta odsotna ali ni pomembno izražena, lahko bolnika postopno vračamo na delo preko skrajšanega delovnega časa v obdobju do 1-2 mesecev. V primeru poslabšanja simptomatike bolnika akutno razbremenimo z dela za 7-14 dni.

Y. Sočasno pridružena stanja (zdravstvena ali pomembni osebni oz. okoljski dejavniki):

- V primeru sočasno pridruženih drugih obolenj ali poškodb oz. izrazito poudarjenih osebnih ali okoljskih dejavnikov, vpliv le teh upoštevamo pri presoji zmožnost za delo.
- V kolikor je dolgoročno v dobrobit bolniku na pridobitvi zmogljivosti, sledimo vodilom ohranjanja delazmožnosti in vodil za bolnika pri presoji delazmožnosti bolnikov z duševnimi in vedenjskimi motnjami (poglavje 5 uvodnega dela). Če akutni osebni ali okoljski dejavniki predstavljajo veliko verjetnost trajnejšega poslabšanja zdravstvenega stanja ali pomembno povečajo tveganja za nevarnosti na delovnem mestu, bolnika začasno razbremenimo z delovnih obveznosti do umiritve stresorjev.
- **Osebnostne motnje** – za osebnostne motnje so značilni izraziti in trajni vedenjski vzorci. Kažejo se kot neprilagodljivi in rigidni odzivi na širok obseg osebnostnih in družbenih odnosov in predstavljajo značilne odklone od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi zaznava, misli, čuti in kako vzpostavlja medosebne odnose. Zdravljenje razpoloženjskih, anksioznih, somatoformnih in motenj odvisnosti od različnih psihoaktivnih snovi ob obstoječi osebnostni motnji traja dlje, odgovor na zdravlila je slabši simptomi kažejo nagnjenje h kroniciteti in povzročajo nižji nivo funkcioniranja kot podobne težave pri bolnikih brez osebnostne motnje. Osebnostne motnje delimo glede na primarno strukturo osebnosti na vase umaknjene osebnosti (paranoidna, shizoidna in shizotipska), odvisnostne osebnosti (odvisnostna in izogibajoča), zavrtne osebnosti (obsesivno-kompulzivna) in disocialne (disocialna, čustveno neuravnovešena in histrionična).

5. IDENTIFIKATOR ZA IZVID LEČEČEGA PSIHIATRA

Identifikator za izvid je sestavljen iz posameznih elementov in se lahko uporablja v izvidih lečečega psihiatra namesto podaje opisnega mnenja o delazmožnosti.

Posamezni elementi identifikatorja za izvid so (po vrsti): obdobje obolenja, resnost obolenja in posebnosti kliničnega stanja ali druge posebnosti.

Med drugim in tretjim elementom je pika. Tretji element lahko vsebuje dva znaka (npr. 3a). V primeru več podanih tretjih elementov, se izbere tistega, ki v največji meri določa mnenje glede delazmožnosti.

Identifikator sestoji iz (po vrstnem redu):

- **Obdobje obolenja:**

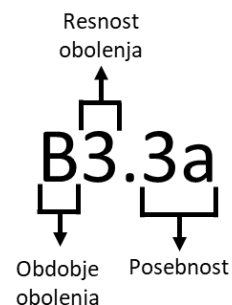
- A - akutno obdobje
- B - subakutno/subkronično obdobje;
- C - kronično obdobje.

- **Resnost obolenja (vpliv na funkcionalno zmogljivost):**

- 1 - remisija;
- 2 - blag vpliv obolenja;
- 3 - zmeren vpliv obolenja;
- 4 - velik vpliv obolenja;
- 5 - akutno poslabšanje zdravstvenega stanja.

- **Posebnosti:**

- 1 - nefarmakološko zdravljenje;
- 2 - uvajanje psihofarmaka;
- 3a - ni odziva na zdravljenje s psihofarmakom;
- 3b - nezadosten odziv na zdravljenje s psihofarmakom;
- 3c - zadosten odziv na zdravljenje s psihofarmakom;
- 4 - večanje odmerka psihofarmaka;
- 5 - menjava psihofarmaka;
- 6 - augmentacija farmakološkega zdravljenja;
- 7 - psihično zahtevno / izpostavljeno delo;
- 8 - delovno okolje negativen dejavnik;
- 9 - aktivni stalež;
- X - rdeči simptomi in znaki;
- Y - druga stanja (zdravstvena, osebni ali okoljski dejavniki)



Primer identifikatorja:

B3.3a: subakutno obdobje obolenja z zmernim vplivom obolenja, pri katerem ni prišlo do odziva na zdravljenje s psihofarmakom.

A2.1: akutno obdobje obolenja z blagim vplivom obolenja, nefarmakološko zdravljenje.

6. VPLIV ZDRAVIL Z OZNAKO TRIGONIKA NA ZMOŽNOST UPRAVLJANJA VOZIL ALI STROJEV

Pri predpisovanju zdravil s trigonikom lečeči zdravnik v izvidu opiše morebitne omejitve ali opozorila za opravljanje vozil (službene in osebne namene), za opravljanje strojev, za opravljanje dela na višini in za morebitna druga delovna opravila.

Zdravila z oznako trigonika lahko vplivajo na zmožnost upravljanja vozil ali strojev. Spodaj opišemo splošna opozorila in omejitve pri uporabi slednjih zdravil glede na oznako trigonika in skupino psihofarmaka.

Pri presoji delazmožnosti upoštevamo možnost vpliva zdravila z oznako trigonika na zmožnost upravljanja vozil ali strojev.

A. PRAZNI TRIGONIK - RELATIVNA PREPOVED UPRAVLJANJA VOZIL



- **Antidepresivi (izjema moklobemid), antipsihotiki (izjema lurazidon) in pregabalin:**
 - v fazi uvajanja zdravila in ob izraženih neželenih učinkih, ki lahko vplivajo na varnost pri upravljanju z vozili (npr. sedacija), so bolniki nezmožni za delo, če delo poteka pretežno z upravljanjem vozil ali strojev oz. se glavno delovno opravilo ne more opraviti brez upravljanja vozil in strojev (povezovalni delovni proces);
 - ob ustaljenem odmerku in odsotnosti pomembnih neželenih učinkov pri uporabi zdravil s praznim trigonikom ni omejitev za upravljanje vozil ali strojev;
antidepresiv moklobemid ne spada med zdravila z oznako trigonika in tako ne predstavlja omejitev za opravljanje vozil ali strojev.
- **Pomirjevala - benzodiazepini, klometiazol:**
 - v času prejemanja pomirjeval bolnik ne sme upravljati vozil ali strojev do 2 uri po zaužitju zdravila;
 - v primeru predpisanega večernega odmerka ali odmerka ob nemiru, agitaciji, nespečnosti itd. ni podana neprekinjena nezmožnost za delo, temveč le v skladu s točko zgoraj;
 - če pride do pogostega prejemanja zdravila v delovnem času, svetujemo lečečemu psihiatru prilagoditev farmakološkega zdravljenja v takšnega, ki ne predstavlja ovir za upravljanje vozil ali strojev;

- pri rednem prejemanju zdravila je pričakovati razvoj tolerance na učinek in s tem zmanjšanje neželenih učinkov, ki lahko vplivajo na upravljanje vozil ali strojev (npr. sedacija) - morebiten pomemben učinek sedacije ob rednem prejemanju zdravila opiše lečeči psihiater v izvidu, kar naj predstavlja vodilo pri presoji delazmožnosti.

- **Uspavala - zolpidom, nitrazepam, midazolam, melatonin:**

- v času prejetja uspaval bolnik lahko upravlja vozila ali stroje, če vzame uspavalo najkasneje do 1h zjutraj (izjema nočno delo);
- če pride do pogostega prejetja zdravila ali klinično pomembno izražene sedacije tudi preko dneva oz. v delovnem času, svetujemo lečečemu psihiatru prilagoditev farmakološkega zdravljenja v takšnega, ki ne predstavlja ovir za upravljanje vozil ali strojev;
- pri rednem prejemanju zdravila je pričakovati razvoj tolerance na učinek in s tem zmanjšanje neželenih učinkov, ki lahko vplivajo na upravljanje vozil ali strojev (sedacija) - morebiten pomemben učinek sedacije opiše lečeči psihiater v izvidu, kar naj predstavlja vodilo pri presoji delazmožnosti.

B. POLNI TRIGONIK - ABSOLUTNA PREPOVED UPRAVLJANJA VOZIL



- **Flurazepam in opiatni analgetiki:**

- v času **rednega prejetja zdravil** so bolniki nezmožni za delo, če delo poteka pretežno z upravljanjem vozil ali strojev oz. se glavno delovno opravilo ne more opraviti brez upravljanja vozil in strojev (povezovalni delovni proces);
- v času **občasnega prejetja zdravil** je začasna nezmožnost za delo podana glede na razpolovi čas predpisanega zdravila.

C. POMEMBNEJŠA OPOZORILA V POVEZAVI S PSIHOFARMAKI

i. **NEŽELENI UČINKI PRI UVAJANJU PSIHOFARMAKA OZ. OB PREJEMANJU ZDRAVILA:**

- Pomembni stranski učinki antidepresivov:

- večina uvajalnih stranskih učinkov je pojavi znotraj prvega tedna po uvedbi antidepresiva in se lahko nadaljujejo do dva tedna, redki lahko vztrajajo do 3 mesecev:

- ob uvajanju serotonininskih antidepresivov (citalopram, escitalopram, paroksetin, fluoksetin, venlafaksin, duloksetin, vortiooksetin), se lahko pojavljajo gastrointestinalni stranski učinki s omotico, slabostjo, prebavnimi motnjami (zaprtje, driska, bruhanje), glavoboli, parestezije, tesnoba, agitacija, motnje spanja, hiperhidroza;
 - ob uvajanju sedativnih antidepresivov (mirtazapin, trazodon) se lahko pojavlja sedacija, omotica in utrujenost, hipotonija;
 - ob uvajanju bupropiona se lahko pojavlja nespečnost, agitacija, glavobol, hipertenzija, motnje vida, anoreksija;
 - ob uvajanju tricikličnih antidepresivov (amitriptilin, moklobemid) se lahko pojavlja zmedenost, agitacija, somnolenca, motnje pozornosti, palpitacije, tahikardija, zaprtje blata in urina, slabost.
- Pomembni stranski učinki benzodiazepinov in drugih anksiolitilnih psihofarmakov:
 - benzodiazepini lahko povzročajo sedacijo in somnolenco, kognitivne motnje z motnjami spomina, zmedenost, ataksijo, motnje koordinacije, omotico, glavobol, zamegljen vid:
 - Stranski učinki se pojavijo skupaj s terapevtskim učinkom v največji meri 2 uri po zaužitju ali tekom celotnega dneva pri večkratnem dnevnem odmerjanju;
 - antipsihotiki (kvetiapin, promazin, olanzapin) lahko povzročajo omotico, glavobol, zaspanost, zamegljen vid, suha usta, ortostatsko hipotenzijo, zaprtje:
 - Stranski učinki se izraziteje pojavljajo ob uvajanju zdravil in se ob nižjih odmerjanjih ublažijo po približno dveh tednih, pri višjih odmerjanjih pa lahko vztrajajo tekom zdravljenja z antipsihotikom;
 - pregabalin lahko povzroča omotico in somnolenco, zmedenost, zamegljen vid, zaprtje:
 - Stranski učinki se izraziteje pojavljajo ob uvajanju zdravil in se ob nižjih odmerjanjih ublažijo po približno dveh tednih, pri višjih odmerjanjih pa lahko vztrajajo tekom zdravljenja s pregabalinom.

ii. **TVEGANJA ZA NASTANEK ODVISNOSTI OZ. ZLORABO ZDRAVILA:**

- benzodiazepini: ob redni uporabi, ki traja več kot tri tedne se vzpostavi telesna toleranca na benzodiazepine in je ob višjem odmerku potrebno postopno ukinjanje učinkovine. Ob nadaljevanju zdravljenja se lahko vzpostavi nato odvisnost od benzodiazepinov.
- pregabalin: pregabalin predpisovan v višjih odmerkih lahko povzroča euforijo in sprostitve, ki lahko vodi v zlorabo in potencialno zasvojenost pri določenih ranljivih bolnikih za zasvojenosti ali bolnikih s preteklimi zasvojenostmi z drugimi psihoaktivnimi snovmi.

7. OCENJEVALNE LESTVICE FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI S KLINIČNIMI VPRAŠALNIKI (RESNOST SIMPTOMOV OZ. OBOLENJA)

Za pomoč pri oceni resnosti obolenja oz. prisotnosti simptomov ter za spremljanje poteka obolenja lahko uporabimo klinične vprašalnike. V slovenskem prostoru so v klinični uporabi predvsem trije validirani in prosto dostopni klinični vprašalniki:

- **Lestvica generalizirane anksioznosti (angl. General Anxiety Disorder – 7) – GAD-7:**
 - za oceno resnosti obolenja pri generalizirani anksiozni motnji;
 - vsebuje sedem vprašanj, ki se nanašajo na simptome anksioznosti, ki so bili prisotni pri posamezniku v zadnjih dveh tednih;
 - ocenjuje pogostost počutja, kot so nemir ali razdražljivost, težave s sproščanjem, pretirana skrb zaradi različnih stvari, strah pred grozečimi dogodki, težave s spanjem in podobno;
 - preveden v slovenščino in validiran:
 - Podlesek A, Komidar L and Kavcic V (2021). *The Relationship Between Perceived Stress and Subjective Cognitive Decline During the COVID-19 Epidemic*. *Front. Psychol.* 12:647971. doi: 10.3389/fpsyg.2021.647971;
 - podrobnejši opis vprašalnika v nadaljevanju poglavja.
- **Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 (angl. Patient Health Questionnaire 9) – PHQ-9:**
 - za oceno resnosti obolenja oz. simptomov pri despresivni epizodi oz. depresivni motnji;
 - preveden v slovenščino in validiran:
 - Kozel D, Maučec Zakotnik J, Tančič Grum A, Kersnik J, Rotar Pavlič D, Žmuc Tomori M, Ziherl S. *Applicability of systematic screening for signs and symptoms of depression in family practice patients in Slovenia*. *ZdravVestnik*;
 - podrobnejši opis vprašalnika v nadaljevanju poglavja.
- **AUDIT vprašalnik (angl. Alcohol Use Disorders Identification Test):**
 - je preprosta in učinkovita metoda preverjanja nezdravega uživanja alkohola, ki je opredeljeno kot tvegano ali nevarno uživanje ali kakršna koli motnja uživanja alkohola;
 - na podlagi podatkov iz večnacionalne skupne študije Svetovne zdravstvene organizacije je AUDIT od svoje objave leta 1989 postal najbolj razširjen instrument za presejanje za alkohol na svetu, trenutno je na voljo v približno 40 jezikih;
 - podrobnejši opis vprašalnika v nadaljevanju poglavja.

Drugi klinični vprašalniki, ki še niso prevedeni in/ali validirani za uporabo v slovenskem jeziku, se pa uporabljajo v klinični praksi v tujini pri oceni resnosti obolenja oz. prisotnosti simptomov ter za spremljanje poteka obolenja:

- **World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0):**
 - za oceno funkcionalne zmogljivosti, samoocenjevalna verzija 12 vprašanj;
 - preveden v slovenščino, validacija v teku;
 - podrobnejši opis vprašalnika v nadaljevanju poglavja.
- **HADS – Hospital Anxiety Depression Scale:**
 - enostaven in učinkovit vprašalnik namenjen odkrivanju simptomov anksioznosti in depresije pri bolnikih s telesnimi boleznimi;
 - široko uveljavljen inštrument za merjenje psihološkega distresa pri bolnikih z različnimi boleznimi, vključno z rakom, v vseh okoljih (ambulantnem, hospitalnem);
 - sestavlja ga 14 vprašanj, razdeljenih na 2 podskupini 7 vprašanj - 7 vprašanj namenjenih ocenjevanju anksioznosti, 7 vprašanj namenjenih ocenjevanju depresivnosti;
 - preveden in validiran v slovenščino:
 - *Miklavcic, Ilonka Vucko, idr. „Validation of the Slovenian Version of Hospital Anxiety and Depression Scale in Female Cancer Patients“. Psychiatria Danubina, let. 20, št. 2, junij 2008, str. 148–52.*
- **Beck Anxiety Inventory (BAI):**
 - za oceno resnosti obolenja oz. simptomov pri panični motnji;
 - vprašalnik ni preveden v slovenski jezik, zato je klinična raba vprašalnika v našem okolju v praksi omejena;
 - podrobnejši opis vprašalnika v nadaljevanju poglavja.
- **Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21):**
 - vsebuje 21 vprašanj, razdeljenih na tri podskale s po sedmimi vprašanji za vsako dimenzijo: depresija, anksioznost in stres;
 - osebe ocenjujejo vsako izjavo po lestvici od 0 do 3, ki predstavlja, kako pogosto so izkušali vsak simptom v zadnjem tednu.
 - uporaben zaradi svoje kratkosti, kar olajša hitro presejanje v različnih okoljih.
- **Zungova samoocenjevalna lestvica depresivnosti (angl. Zung Self-Rating Depression Scale):**
 - vprašalnik sestavljen iz 20 vprašanj, ocenjujejo simptome, kot so spremembe v telesni teži, motnje spanja, občutki depresije, anksioznosti, pomanjkanje energije in druge težave, ki so pogosto povezane z depresijo;

- ocenjujejo se po štiristopenjski lestvici, ki meri pogostost pojavljanja teh simptomov v preteklem časovnem obdobju - od normalnega počutja do zmernih ali hujših oblik depresije.
- **Hamiltonova lestvica depresivnosti (angl. Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS):**
 - klinično orodje, ki ga uporablja klinični ocenjevalec, namesto da bi ga izpolnjeval pacient;
 - vprašanja se osredotočajo na simptome, kot so depresivno razpoloženje, anhedonija, težave s spanjem, težave s težo in apetitom, psihomotorična retardacija ali agitacija ter somatski simptomi;
 - ima več različic z različnim številom vprašanj, najpogosteje pa se uporablja 17-vprašalna ali 21-vprašalna različica;
 - skupno točkovanje odraža resnost depresije, s potencialno dodatnim poudarkom na določenih področjih, kot je npr. nespečnost ali delovna zmogljivost.
- **Montgomery-Åsbergova lestvica depresivnosti (angl. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – MADRS):**
 - je diagnostični vprašalnik z desetimi postavkami, ki ga strokovnjaki za duševno zdravje uporabljajo za merjenje resnosti depresivnih epizod pri bolnikih z motnjami razpoloženja;
 - predstavlja dodatek Hamiltonovi lestvici za ocenjevanje depresije (HAMD), zaradi večje občutljivosti na spremembe, ki jih povzročajo antidepresivi in druge oblike zdravljenja.

A. WHODAS 2.0, SAMOOCENJEVALNA LESTVICA Z 12 VPRAŠANJ

WHODAS 2.0 je samoocenjevalni vprašalnik, ki ga je SZO oblikovala posebej za ocenjevanje morebitne stopnje invalidnosti in/ali funkcionalne okvare posameznika. Samoocena je pridobljena z vprašanji o različnih vidikih posameznikovega življenja, predvsem o njegovi mobilnosti, kogniciji, družabnem življenju in samooskrbi. Na voljo sta dve različici vprašalnika - dolga in kratka različica. Dolga različica ima 36 vprašanj, medtem ko jih ima kratka različica le 12. Obe različici se pogosto uporabljata, zlasti v kliničnih okoljih za splošno, standardizirano oceno bolnikov in morebitne stopnje njihove invalidnosti in/ali funkcionalne prizadetosti

Bolnik na vprašanja o zmogljivosti odgovori z izbiro eno od petih možnosti, ki so razvrščene po resnosti od leve proti desni in predstavljajo prizadetost funkcije kot: brez težav (1 točka), blage težave (2 točki), zmerne težave (3 točke), hude težave (4 točke), ne zmorem storiti (5 točk). Na koncu vprašalnika so še dodatna tri vprašanja, pri katerih bolnik poda števil dni v zadnjih 30-ih dneh prisotnosti težav na posameznem področju funkcioniranja (št. dni prisotnih težav, št. dni nezmožnosti opravljanja normalnih ali delovnih aktivnosti, št. dni št. dni zmanjšane aktivnosti zaradi težav). Zadnja tri vprašanja se ne točkujejo.

Rezultat vprašalnika se pridobi na način: *Povprečna splošna samoocena funkcioniranja*: $\frac{\text{seštevek vseh odgovorov}}{\text{število vprašanj (12)}}$.

Resnost obolenja lahko ocenimo na podlagi rezultata vprašalnika, kot izhaja iz tabele spodaj.

Resnost obolenja	Rezultat WHODAS 2.0
Remisija	< 2 točki
Blag vpliv bolezni	≥ 2, < 3 točke
Zmeren vpliv bolezni	≥ 3, < 4 točk
Velik vpliv bolezni	≥ 4 točke

B. GAD-7 (LESTVICA GENERALIZIRANE ANKSIOZNOSTI)

Kratki vprašalniki GAD-7 se lahko veljavno uporablja za spremljanje kliničnega poteka bolezni, ko je generalizirana anksiozna motnja diagnosticirana (dokazali so veljavnost take uporabe). Gre za enostavno in kratko klinično orodje samoocene bolnika glede kliničnega poteka in izraženosti simptomov.

Bolnik na vprašanja o simptomih odgovori z izbiro eno od štirih možnosti, ki so razvrščene po resnosti od leve proti desni in predstavljajo pogostost prisotnosti simptomov v zadnjih 14 dneh kot: brez simptomov (0 točk), nekaj dni (1 točka), več kot polovico dni (2 točki), skoraj vsak dan (3 točke).

Pri spremljanju kliničnega poteka anksiozne motnje in oceni resnosti simptomov je ocena 8 ali več postavljena kot mejna vrednost za prepoznavanje verjetnih primerov generalizirane anksiozne motnje. Ob uporabi mejne vrednosti 8 ima GAD-7 92-odstotno občutljivost in 76-odstotno specifičnost za diagnozo generalizirane anksiozne motnje.

Rezultat kliničnega vprašalnika predstavlja seštevek vseh točk pri izpolnjenih vseh 7-ih vprašanjih. Resnost obolenja lahko ocenimo na podlagi rezultata vprašalnika, kot izhaja iz tabele spodaj.

Resnost obolenja	Rezultat GAD-7
Remisija (minimalna anksioznost)	0 - 4 točk
Blag vpliv bolezni	5 - 9 točk
Zmeren vpliv bolezni	10 - 14 točk
Velik vpliv bolezni	Nad 15 točk

C. BECK ANXIETY INVENTORY (BAI)

Beck Anxiety Inventory (BAI) meri intenzivnost različnih simptomov tesnobe v obdobju zadnjega tedna. Vprašalnik se osredotoča predvsem na telesne simptome in je namenjen samoocenjevanju kratkoročnih simptomov anksioznosti, ki se pojavljajo pri panični motnji. Vprašalnik ima 21 vprašanj. **Vprašalnik ni preveden v slovenski jezik, zato je klinična raba vprašalnika v našem okolju v praksi omejena.**

Bolnik na vprašanja o simptomih odgovori z izbiro eno od štirih možnosti, ki so razvrščene po resnosti od leve proti desni in predstavljajo samooceno bolnika kako moteči so bili simptomi v zadnjem tednu kot: niso moteči (0 točk), malo moteči (1 točka), zmerno moteči, na trenutke neprijetni (2 točki), zelo moteči (3 točke).

Rezultat kliničnega vprašalnika predstavlja seštevek vseh točk pri izpolnjenih vseh 21-ih vprašanjih. Resnost obolenja lahko ocenimo na podlagi rezultata vprašalnika, kot izhaja iz tabele spodaj.

Resnost obolenja	Rezultat BAI
Blag vpliv bolezni	0-21 točk
Zmeren vpliv bolezni	22-35 točk
Velik vpliv bolezni	> 36 točk

D. VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU – 9 (ANGL. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 9) – PHQ-9

Pri presejanju depresivne epizode in resnosti obolenja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti lahko uporabljamo klinično orodje PHQ-9. Klinično orodje je že široko v uporabi na primarnem zdravstvenem nivoju v ambulantah družinske medicine in referenčnih ambulantah.

Test obsega devet vprašanj o slabem razpoloženju, izgubi zanimanja, težavah s spanjem, utrujenosti in pomanjkanju vitalnosti v zadnjih dveh tednih. Možni odgovori obsegajo naslednje možnosti: sploh ne, nekaj dni, več kot polovico časa, skoraj vsak dan.

Resnost obolenja	Rezultat PHQ-9
Remisija	0-4 točke
Blaga depresija	5-9 točk
Zmerna depresija	10-14 točk
Zmerno huda depresija bolezni	15-19 točk
Huda depresija	20-27očk

E. AUDIT VPRAŠALNIK (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Vprašalnik je preprosta in učinkovita metoda preverjanja nezdravega uživanja alkohola, ki je opredeljeno kot tvegano ali nevarno uživanje ali kakršna koli motnja uživanja alkohola. Vprašalnik lahko pomaga tudi pri ugotavljanju odvisnosti od alkohola in posebnih posledic škodljivega pitja. Namenjen je zlasti zdravstvenim delavcem in različnim zdravstvenim ustanovam, vendar ga lahko z ustreznimi navodili uporabljajo tudi ne-zdravstveni delavci. Vprašalnik obsega 10 vprašanj, na podlagi katerih se določi stopnjo tveganja pitja alkohola.

	Rezultat AUDIT	
Stopnja tveganja pitja alkohola	Moški	Ženske
Ni tveganja za škodljivo pitje	< 8 točk	< 7 točk
Povečano tveganje za škodljivo pitje	8-14 točk	7-13 točk
Velika verjetnost škodljivega pitja	15-19 točk	14-18
Velika verjetnost zasvojenost z alkoholom	> 20 točk	> 19 točk

SPECIFIČNI DEL – PRIPOROČILA PO POSAMEZNIH SKUPINAH OBOLENIJ

1. PANIČNA MOTNJA (F41.0), GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA (F41.1) in NEOPREDELIJENA ANKSIOZNA MOTNJA (F41.9)

Anksiozne motnje predstavljajo spekter motenj, ki jim je skupen prekomeren strah in anksioznost in z njima povezane motnje v vedenju. Pri tem pojem »**strah**« opisuje čustveni odziv na resnično ali znano neizogibno nevarnost, medtem ko pojem »**anksioznost**« opisuje pričakovanje o prihodnji nevarnosti. Čustveni odziv pri »strahu« je bolj neposredno vzbujenje avtonomnega živčnega sistema za »boj ali beg«, medtem ko se čustveni odziv pri »anksioznosti« kaže bolj z znaki mišične napetosti, pazljivosti, priprave na prihodnjo nevarnost in izogibanje. **Prekomernost odziva** bolnika s strahom ali anksioznostjo na določeno situacijo ali situacije oceni psihiater s kliničnim pregledom, pri tem je potrebno upoštevati tudi kulturološke dejavnike.

O anksiozni motnji govorimo takrat, ko motnja traja več kot 1 mesec za panično motnjo in več kot 6 mesecev za generalizirano anksiozno motnjo.

PANIČNA MOTNJA je definirana kot **ponavljajoči se nepričakovani panični napadi**, ki se kažejo z nenadnimi navali intenzivnega strahu ali nelagodja. Napad doseže svojo najvišjo intenziteto v nekaj minutah (do 10 minut) in se kaže z vsaj 4 od 13 telesnih in kognitivnih simptomov (kriterij A):

- palpitacije, razbijanje srca, pospešen utrip;
- potenje;
- tresenje ali tremor;
- občutek kratke sape ali dušenja;
- občutek stiskanja v vratu;
- bolečina ali nelagodje v prsih;
- slabost ali bolečine v trebuhu;
- občutek omotice, nestabilnosti, »prazne« glave, občutek izgube zavesti;
- občutek mrzlice ali oblivanja vročine;
- občutek mravljinčenja (parestezije);
- občutek derealizacije (spremenjenega doživljanja okolice) ali depersonalizacije (spremenjenega doživljanja lastnega telesa);
- občutek izgube razumske kontrole (kot da bi »znorel«);
- strah pred smrtjo.

Ponavljajoči se panični napadi se nanašajo na več kot en nepričakovan napad, nepričakovanost pa se nanaša na stanje brez očitnega sprožilca za napad, lahko v umirjenem stanju, v anksioznem stanju, pri prebujanju.

Paničnemu napadu sledi vsaj 1 mesec vsaj eden izmed naslednjih kriterijev: (1) vztrajajoče skrbi pred novimi paničnimi napadi ali (2) vztrajajoče skrbi pred njihovimi posledicami (npr. občutek izgube kontrole nad seboj, strah pred življenjsko ogrožajočim obolenjem, strah pred izgubo razumske kontrole, strah pred

smrtjo ali (3) neustrezna sprememba vedenja v povezavi s paničnimi napadi (npr. vedenje namenjeno izogibanju izpostavljenosti situacijam, ki bi lahko povzročile panični napad) (kriterij B).

Prevalenca paničnih napadov v adolescenci in odrasli dobi je 2-3%. Prevalenca pri ženskem spolu je pogostejša v primerjavi z moškim spolom (2:1). Povprečna starost začetka obolenja je bimodalna, med 15-19 letom starosti ter med 25-30 letom starosti. Panična motnja z agorafobijo je pogostejša kot panična motnja brez agorafobije. Pri moških s panično motnjo je pogostejša zloraba alkohola kot pri ženskah. Panična motnja je pomembno povezana z visoko incidenco samomorilnega vedenja in samomorilnih misli, do 25 % pri obravnavi bolnikov v ambulantnem okolju.

Panična motnja je povezana z visokim nivojem težav v funkcioniranju v socialnem in delovnem okolju. Bolniki so lahko pogosto odsotni z dela ali pogosto obiskujejo dežurne ambulate.

Zdravljenje: kot najučinkovitejše zdravljenje se izkazuje zdravljenje s psihoterapijo (največ dokazov za vedenjsko kognitivno psihoterapijo) in antidepresivom skupine SSRI (npr. paroksetin 10-50 mg/dan, sertralin 25-200 mg/dan). Z namenom ojačitve učinka antidepresiva se lahko dodajajo benzodiazepini (anksiolitičen učinek, v akutni fazi omilijo uvajalne neželene učinke SSRI).

Potek obolenja: pogosto nihajoča motnja, če nezdravljena lahko vodi v kroničen potek. Remisija v petih letih po postavitvi diagnoze je dosežena pri 39 % bolnikov. Pri 20-30 % bolnikov ne pride do izboljšanja stanja kljub zdravljenju.

GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA je definirana kot pretiran strah ali anksioznost zoper več različnih aktivnosti ali dogodkov, strah ali anksioznost je prisotna večino dni v zadnjem 6 mesečnem obdobju (kriterij A). Bolnik s težavo kontrolira svojo zaskrbljenost, misli motijo pozornost (kriterij B). Čustveni odziv na strah ali anksioznost se kaže s tremi ali več navedenimi simptomi (kriterij C):

- | | | |
|---|--|--|
| • nemirnost, občutek nervoznosti, biti »na robu«; | • težave s koncentracijo, »megla« v glavi; | • nespečnost (težave z uspavanjem, zbujanje preko noči, neučinkovit spanec). |
| • hitra utrudljivost; | • povečana razdražljivost; | |
| | • mišična napetost; | |

Navedeni simptomi povzročijo klinično pomembno zmanjšano funkcionalno zmogljivost v socialnem, delovnem ali drugem okolju oz. situaciji (kriterij D).

Generalizirana anksiozna motnja pomembno vpliva na hitrost in učinkovitost opravljanja opravil tako v domačem kot tudi v delovnem okolju, tako je delazmožnost lahko pomembno okrnjena. Generalizirana anksiozna motnja je pomembno povezana s povečano incidenco samomorilnega vedenja in samomorilnih misli, v post-suicidalnih dogodkih je generalizirana anksiozna motnja najpogosteje diagnosticirana motnja.

Prevalenca anksiozne motnje v adolescenci je 0,9 % in v odrasli dobi 2,9 % v ZDA, v svetu je prevalenca v povprečju 1,3 % (rang 0,2-4,3 %). Prevalenca pri ženskem spolu je pogostejša v primerjavi z moškim spolom (2:1).

Zdravljenje: Prva linija zdravljenja obsega zdravljenje z antidepresivom skupine SSRI (npr. paroksetin), SNRI (npr. venlafaksin), ali drugi (npr. trazodon). Ob nezadostnem kliničnem odzivu na zdravljenje v drugi liniji dodajamo benzodiazepine, lahko pa jih uvedeno tudi kot prva linija za akutno zmanjšanje simptomatike. Indikacijo za zdravljenje generalizirane anksiozne motnje ima tudi pregabalin. Sočasno s prvo in drugo linijo zdravljenja ima dobrobitne učinke tudi kognitivno vedenjska terapija. Optimalni odziv na farmakološko zdravljenje pričakujemo v 3-eh do 6-ih mesecih. Farmakološko zdravljenje praviloma traja dolgoročno, vsaj 6-12 mesecev po kliničnem izboljšanju. Pogosti vzroki rezistentnosti obolenja na zdravljenje: nezadostna dolžina zdravljenja s psihofarmakom, nezadosten odmerek psihofarmaka, slaba komplanca farmakološkega zdravljenja.

Potek obolenja: tipičen potek generalizirane anksiozne motnje je kroničen, v trajanju več let, brez vmesnega izboljšanja. Remisija obolenja za več kot 2 meseca je dosežena pri okoli 15 % bolnikov v prvem letu po postavitvi diagnoze, 25 % bolnikov doseže remisijo v dveh letih po začetku težav, v 35 % je dosežena remisija v petih letih. Pogosti so relapsi obolenja v prvih treh letih po postavitvi diagnoze - 27 % pri polno doseženi remisiji in 39 % pri delno doseženi remisiji.

ANKSIOZNA MOTNJA (NEOPREDELJENA) predstavlja motnjo s klinično prezentacijo simptomov značilnih za anksiozno motnjo, ki povzročajo pomembno motnjo v socialnem in/ali delovnem okolju ali drugih področjih, ki pa sočasno ne izpolnjujejo kriterijev za drugo opredeljeno anksiozno motnjo, prilagoditveno motnjo z anksiozno simptomatiko ali prilagoditveno motnjo z mešano anksiozno in depresivno simptomatiko.

Druge **fobične anksiozne motnje**, ki niso posebej opisane v priporočilih (*definicije*):

- Agorafobija (F40.0) (2 ali več simptoma) - strah pred odprtimi prostori, strah pred uporabo javnega prometa, strah pred zaprtimi prostori, strah pred množico, strah biti sam zunaj;
- Socialna fobija (F40.1) - strah ali anksioznost pred socialnimi situacijami v katerih bi lahko bil posameznik izpostavljen možni kritični presoji vedenja, izgleda s strani drugih oseb;
- Specifična (izolirana) fobija (F40.2) - strah ali anksioznost v povezavi s specifičnim objektom ali situacijo (npr. strah pred letenjem, strah pred višino, strah pred živalmi, strah pred injekcijo, strah pred krvjo);
- Elektivni mutizem (F94.0) - nezmožnost govora v specifičnih socialnih situacijah pri katerih je pričakovano nastopanje;
- Ločitvena tesnoba v otroštvu (F93.0) - strah ali anksioznost pred ločitvijo od čustveno pomembnih, navadno bližnjih oseb, pa tudi od doma, drugega kraja ali okoliščin, ki dajejo občutek varnosti.

1.1. OCENA RESNOSTI BOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI

Vpliv obolenja na funkcioniranje bolnika	Klinična slika	Resnost obolenja ocenjena s kliničnimi vprašalniki		
		Panična motnja	GAM	Oboje
Remisija	Obvladana anksioznost in zaskrbljenost glede različnih vsakdanjih situacij, brez paničnih napadov ali pomembne zaskrbljenosti pred novimi paničnimi napadi, brez upada funkcionalne zmogljivosti.	/	GAD-7: 0-4 točke	WHODAS 2,0: < 2 točki
Blag vpliv	Občasno prisotna anksioznost in zaskrbljenost glede različnih vsakdanjih situacij, redki panični napadi ali občasna zaskrbljenost pred novimi paničnimi napadi, ki vpliva na blag upad funkcionalne zmogljivosti. Psihofarmakološka zdravila učinkovita in/ali dobro prenosljiva.	BAI: 0-21 točk	GAD-7: 5-9 točk	WHODAS 2,0: ≥ 2, < 3 točke
Zmeren vpliv	Pogosta zmerna anksioznost in zaskrbljenost glede različnih vsakdanjih situacij, pogosti panični napadi ali pogosta zaskrbljenost pred novimi paničnimi napadi, ki vpliva na zmeren upad funkcionalne zmogljivosti. Psihofarmakološka zdravila delno učinkovita in/ali so slabše prenosljiva.	BAI: 22-35 točk	GAD-7: 10-14 točk	WHODAS 2,0: ≥ 3, < 4 točk
Velik vpliv	Pogosta ali konstantna huda anksioznost in zaskrbljenost glede različnih vsakdanjih situacij, pogosti panični napadi ali konstantna zaskrbljenost pred novimi paničnimi napadi , ki vpliva na popoln upad funkcionalne zmogljivosti. Psihofarmakološka zdravila zahtevajo višanje odmerka in/ali so slabše prenosljiva.	BAI: > 36 točk	GAD-7: > 15 točk	WHODAS 2,0: ≥ 4 točke

1.2. PRIPOROČILA ZA PRESJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE

<u>PANIČNA MOTNJA, GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA, ANKSIOZNA MOTNJA (NEOPREDELJENA)</u> <i>(dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)</i>		
Resnost obolenja	A – AKUTNO OBDOBJE (0-6 mesecev trajanja začasne zadržanosti od dela)	B – SUBKRONIČNO OBDOBJE (6-12 mesecev začasne zadržanosti od dela)
2 - Blag vpliv	Začasna nezmožnost za delo ali zmožnost za delo v skrajšanem delovnem času le ob pomembneje izraženi akutni simptomatiki do 7 dni .	Začasna zadržanost od dela ni potrebna . V primeru psihično napornega dela vračamo preko skrajšanega delovnega časa v obdobju do 1-ga meseca.
3 - Zmeren vpliv	Začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika. Ko je pričakovati izboljšanje razpoloženja ob zdravljenju, vnapij načrtujemo postopno vračanje na delo . Zmožnost za delo v skrajšanem delovnem času je ohranjena, če delovno okolje ali umik iz bremenilnega okolja ugodno vpliva na zmanjšanje anksiozne vzdraženosti.	Ko je pričakovati izboljšanje razpoloženja ob zdravljenju, vnapij načrtujemo prvo postopno vračanje na delo . V primeru nespremenjenega zdravljenja ob kontrolnem pregledu brez poslabšanja zdravstvenega stanja načrtujemo vnapij postopno vračanje na delo preko skrajšanega delovnega časa po dodatni 2 tedenski razbremenitvi z dela. Postopno vračanje na delo načrtujemo preko obdobja dveh mesecev.
4 - Velik vpliv	Začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika. Ko je pričakovati izboljšanje razpoloženja ob zdravljenju, vnapij načrtujemo postopno vračanje na delo .	
5 - Akutno poslabšanje	Ob klinično evidentnem akutnem poslabšanju začasna nezmožnost za delo za krajše obdobje 1-2 tedna , nato prehod v predhodno doseženo delovno zmogljivost. Odsvetovana daljša odsotnost z dela zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delu ob daljši odsotnosti z delovnega okolja in možnosti nastanka anksioznega občutenja proti lastnemu zaznavanju delazmožnosti ali delovnem okolju.	
Navodila o ravnanju	Če razpoloženje dovoljuje, svetujemo aktivni bolniški stalež v lokalnem okolju , še posebno v primeru pridruženih simptomov agorafobije. Odhodi iz lokalnega okolja ali odhodi z doma za daljša obdobja so terapevtsko smiselni le, če takšno navodilo o ravnanju izhaja iz individualnega terapevtskega načrta.	
Ad izvajalec MDPŠ	Pri začasni zadržanosti od dela nad 8 tednov v pri zmernem vplivu obolenja svetujemo obravnavo pri izvajalcu medicine dela za oceno možnosti začasnih prilagoditev dela z namenom ohranjanja in pridobivanja delazmožnosti.	

1.3. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU

PANIČNA MOTNJA, GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA, ANKSIOZNA MOTNJA (NEOPREDELJENA) <i>(dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)</i>	
Resnost obolenja	C – KRONIČNO OBDOBJE (nad 12 mesecev začasne zadržanosti od dela)
Ne glede na vpliv	Delazmožnost glede na dosedanje funkcionalno zmogljivost bolnika za delovna opravila. V kolikor je pričakovati nadaljnjo postopno izboljšanje funkcionalne zmogljivosti, bolnika vračano postopno v delovno okolje preko skrajšanega delovnega časa v obdobju: ▪ od 1-ga meseca pri blagi resnosti obolenja; ▪ do 3-eh mesecev pri zmerni resnosti obolenja ter ▪ do 6-ih mesecev pri veliki resnosti obolenja. V kolikor ni pričakovati povrnitve delazmožnosti (trajne spremembe v zdravstvenem stanju), bolnika predstavimo za presojo upravičenosti do poklicne rehabilitacije oz. preostale delazmožnosti oz. invalidnosti.
5 - Akutno poslabšanje	Ob klinično evidentnem akutnem poslabšanju začasna nezmožnost za delo za krajše obdobje 1-2 tedna, nato prehod v predhodno doseženo delovno zmogljivost. Odsvetovana daljša odsotnost z dela zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delu ob daljši odsotnosti z delovnega okolja in možnosti nastanka anksioznega občutenja proti lastnemu zaznavanju delazmožnosti ali delovnem okolju.

Trajne spremembe v zdravstvenem stanju so podane takrat, ko sprememb ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije:

- **ob izkoriščenem zdravljenju** (zdravljenje v skladu s smernicami), ki po dveh rednih kontrolnih pregledih od zadnje spremembe zdravljenja ne privede do stabilizacije razpoloženja oz. izboljšanja psihofizičnega funkcioniranja;
- **ponavljajoči se odsotnosti z dela zaradi duševne motnje** (tri ali več dolgotrajne odsotnosti z dela nad 3-mi meseci in v skupnem trajanju nad 18 mesecev), ko je bilo zdravljenje izkoriščeno (zdravljenje v skladu s smernicami) in ni privedlo do stabilizacije razpoloženja oz. izboljšanja psihofizičnega funkcioniranja.

V kolikor slednje doseženo psihofizično funkcioniranje negativno vpliva na delazmožnost ali povečuje tveganja za nastanek invalidnosti, je s tem podana trajno zmanjšana zmogljivost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

1.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI

Potreben je izvid lečečega psihiatra o poteku in uspehu zdravljenja in prognozi bolezni in uspešnosti delovne rehabilitacije ter izvid kliničnega psihologa:

- Izvid lečečega psihiatra, ki potrjuje diagnozo bolezni, oceni uspešnost zdravljenja in navede trajne spremembe bolezni;
- Izvid kliničnopsihološkega pregleda;
- Somatski izvidi, glede na organske sisteme, kjer se motnja projicira in odraža.

Vsebina svetovanih splošnih razbremenitev pri delu:

- dobro strukturirano in rutinsko delo;
- psihično manj zahtevno delo;
- delo, pri katerem je potrebna le nizka sposobnost prilagajanja;
- delo samo v dnevni izmenah;
- časovna razbremenitev;
- manj odgovorno delo.

2. MEŠANA ANKSIOZNA IN DEPRESIVNA MOTNJA (F41.2)

Mešana anksiozna in depresivna motanja je pogosto diagnosticirana **motnja disforičnega do blažje znižanega razpoloženja** (tj. blažji odmik od navadnega razpoloženja), ki **traja vsaj 1 mesec in so prisotni vsaj 4-je klinični simptomi** povezani z depresivno epizodo, panično motnjo ali gen. anksiozno motnjo:

- motnje koncentracije ali občutek »prazne glave«;
- motnje spanja (podaljšano uspavanje, prebujanje, nemir);
- neosvežujoč spanec;
- utrujenost;
- razdražljivost;
- anksioznost / zaskrbljenost;
- povečano stanje čutne občutljivosti (hipervigilanca);
- pričakovanje najslabšega;
- pesimistični pogled na prihodnost;
- znižana samopodoba ali občutek manjvrednosti.

Pri tem simptomu mešane anksiozne depresivne motnje povzročajo pomembno motnjo v socialne in/ali delovnem okolju ali drugih področjih, ter sočasno ne izpolnjujejo kriterijev za depresivno epizodo, ponavljajočo se depresivno motnjo, panično motnjo ali generalizirano anksiozno motnjo.

Zdravljenje je usmerjeno v podporo bolniku k prilagoditvam življenjskega sloga in okoliščin, ki povečujejo dejavnike tveganja za nastanek motnje, ter simptomatsko zdravljenje motečih simptomov.

2.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI

Vpliv obolenja na funkcioniranje bolnika	Klinična slika	Resnost obolenja ocenjena s kliničnimi vprašalniki
Remisija	Odsotnost simptomov ali prisotnost simptomov, ki ne povzročajo pomembne motnje v socialnem in/ali delovnem udejstvovanju.	WHODAS 2,0: < 2 točki
Blag vpliv	Prisotnost simptomov, ki se pojavijo le občasno ali v povezavi s stresnimi obremenitvami.	WHODAS 2,0: ≥ 2, < 3 točke
Zmeren vpliv	Prisotnost simptomov, ki so prisotni vsaj 3-4 dni v tednu in povzročajo motnjo v socialnem, delovnem ali drugem okolju.	WHODAS 2,0: ≥ 3, < 4 točk
Velik vpliv	Prisotnost simptomov, ki so prisotni večino dni v tednu in povzročajo pomembno motnjo v socialnem, delovnem ali drugem okolju.	WHODAS 2,0: ≥ 4 točke

2.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE

MEŠANA ANSKIOZNA IN DEPRESIVNA MOTNJA <i>(dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)</i>		
Resnost obolenja	A – AKUTNO OBDOBJE (0-2 mesecev trajanja začasne zadržanosti od dela)	B – SUBKRONIČNO OBDOBJE (3-6 mesecev začasne zadržanosti od dela)
2 - Blag vpliv	Začasna zadržanost od dela ni potrebna zaradi zdravstvenih razlogov.	
3 - Zmeren vpliv	Začasna nezmožnost za delo 7-14 dni , nadalje prehod v skrajšan delovni čas do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika.	V primeru nespremenjenega zdravljenja ob kontrolnem pregledu brez poslabšanja zdravstvenega stanja načrtujemo vnaprej postopno vračanje na delo preko skrajšanega delovnega časa . Postopno vračanje na delo načrtujemo preko obdobja dveh do treh mesecev .
4 - Velik vpliv	Začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika. Ko je pričakovati izboljšanje razpoloženja ob zdravljenju, vnaprej načrtujemo postopno vračanje na delo .	
5 - Akutno poslabšanje	Ob klinično evidentnem akutnem poslabšanju začasna nezmožnost za delo za krajše obdobje 1-2 tedna , nato prehod v predhodno doseženo delovno zmogljivost. Odsvetovana daljša odsotnost z dela zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delu ob daljši odsotnosti z delovnega okolja in možnosti nastanka anksioznega občutenja proti lastnemu zaznavanju delazmožnosti ali delovnem okolju.	
Navodila o ravnanju	Če razpoloženje dovoljuje, svetujemo aktivni bolniški stalež v lokalnem okolju , še posebno v primeru pridruženih simptomov agorafobije. Odhodi iz lokalnega okolja ali odhodi z doma za daljša obdobja so terapevtsko smiselni le, če takšno navodilo o ravnanju izhaja iz individualnega terapevtskega načrta .	
Ad izvajalec MDPŠ	Pri začasni zadržanosti od dela nad 8 tednov v pri zmernem vplivu obolenja svetujemo obravnavo pri izvajalcu medicine dela za oceno možnosti začasnih prilagoditev dela z namenom ohranjanja in pridobivanja delazmožnosti.	

Praviloma gre za motnjo, ki ne pušča pomembnih trajnih posledic v funkcionalni zmogljivosti bolnika. **Presoja preostale delazmožnosti oz. invalidnosti tako praviloma ni potrebna**. V primeru začasne zadržanosti od dela nad 6-mesecev zaprosimo lečečega psihiatra za ponovno oceno stanja in morebitno diagnosticirano drugo duševno ali vedenjsko motnjo. V skladu z oceno lečečega psihiatra nato presodimo o delazmožnosti oz. podanih trajnih spremembah v zdravstvenem stanju.

3. DEPRESIVNA EPIZODA (F32) in PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA (F33)

Definicija in diagnostični kriteriji

Unipolarna depresivna motnja je lahko sestavljena iz ene ali več depresivnih epizod. Evropska mednarodna klasifikacija bolezni, deseta revizija – MKB-10 navaja, da je za bolnika z depresivno epizodo značilno **znižano razpoloženje, zmanjšanje energije in upad aktivnosti**.

Po Ameriški klasifikaciji bolezni (angl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V – DSM-V-TR) je za **postavitev diagnoze** depresivna epizoda potrebnih **pet ali več določenih simptomov** (skupaj 9), **ki trajajo vsaj dva tedna**. Vsaj en simptom mora biti ali **depresivno razpoloženje (večino dneva, skoraj vsak dan)** ali **pomanjkanje interesa ali veselja/zadovoljstva ob večini aktivnosti** (kriterij A), drugi pa so lahko:

- izguba telesne teže ali pridobivanje na telesni teži (5% v enem mesecu) ali zmanjšanje/povečanje apetita;
- nespečnost ali prevelika zaspanost;
- psihomotorična agitiranost ali upočasnenost;
- utrujenost ali izguba energije;
- občutja ničvrednosti ali krivde;
- težave pri koncentraciji in odločanju;
- samomorilne misli, načrti ali poskus.

Glede na število in izraženostjo simptomov depresivno epizodo opredeljuje kot blago, zmerno ali hudo:

- pri **blagi depresivni epizodi** je prisotnih dvoje ali troje naštetih simptomov, bolnik pa je vseeno sposoben nadaljevati z večino svojih običajnih aktivnosti.
- pri **zmerni depresivni epizodi** se pojavljajo vsaj štirje od naštetih simptomov, ki bolnika precej ovirajo pri vsakodnevnih aktivnostih.
- pri **hudi depresivni epizodi** brez psihotičnih simptomov pa je prisotna večina naštetih simptomov, ki so zelo izraziti in odločilno vplivajo na bolnikovo delovanje. Hudi depresivni epizodi se lahko pridružijo psihotični simptomi ali pa poteka depresivna epizoda z atipično klinično sliko.

Glede na klinično sliko opredelijo še podtipе depresivne epizode: s prevladujočo tesnobnostjo, z mešano simptomatiko, melanholičnostjo, atipično klinično sliko, pridruženo psihotično simptomatiko, s katatonijo, s sezonskim vzorcem in z nastankom v poporodnem obdobju.

O **distimiji** govorimo, ko depresivna epizoda traja vsaj dve leti, ne glede na globino epizode.

Prevalenca

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije približno 5% ljudi po celem svetu zboli za depresijo, ženske skoraj dvakrat pogosteje kot moški. Na podlagi podatkov iz Nacionalne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu NIJZ iz leta 2019 je ocenjeno, da je depresivna motnja prisotna pri 3,5 % prebivalcev.

Zdravljenje

Primerjava **psiholoških in farmakoloških pristopov** kaže, da med njimi ni bistvenih razlik glede učinkovitosti pri začetnem zdravljenju depresivne motnje pri odraslih bolnikih. Izid zdravljenja je boljši pri kombiniranju obeh pristopov.

Pri **zdravljenju akutne depresivne epizode** v blagi epizodi lahko terapevtske učinke dosežemo z uporabo farmakoterapije ali psiholoških terapij, pri zdravljenju zmerne in hude depresivne epizode pa se kot začetni način zdravljenja priporoča predvsem farmakoterapija. Antidepresiv se priporoča kot terapija prvega izbora tudi pri depresivni epizodi, ki traja vsaj dve leti, ne glede na globino epizode (distimija).

- Selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI) so načeloma dobro prenosljiva zdravila in predstavljajo terapijo prvega izbora pri zdravljenju depresivne epizode. Poleg SSRI so terapija prvega izbora za zdravljenje depresivne epizode še selektivni zaviralci serotonina in noradrenalina (SNRI), kot sta venlafaksin in duloksetin in nekateri drugi antidepresivi, kot so mirtazapin, trazodon, vortiooksetin in bupropion. Pri depresivni epizodi s psihotičnimi simptomi se lahko ob antidepresivu že v začetku zdravljenja doda atipični antipsihotik.

Vzdrževalno zdravljenje: pri prvi depresivni epizodi je smiselno nadaljevati z zdravilom v učinkovitem odmerku vsaj 6 do 9 mesecev po doseženi remisiji. Pri ponavljajočih se depresivnih epizodah, ob kroničnih depresivnih epizodah z rezidualnimi simptomi, kot tudi ob družinski obremenjenosti, vztrajajočih psihosocialnih stresorjih, samomorilnosti ali pridruženi psihozi je smiselno nadaljevati z vzdrževalnim zdravljenjem vsaj 2 leti.

Terapevtsko slabo odzivna in rezistentna depresija: po ocenah raziskav se kar 30 do 50 % bolnikov ne odzove zadovoljivo na prvo predpisano antidepresivno zdravilo. Z uvedenim antidepresivom je smiselno vztrajati 4 do 8 tednov (z minimalnim obdobjem 2-3 tednov pri višjem odmerku), preden ga lahko ocenimo kot neučinkovitega. **Delni odziv** je definiran kot vsaj 50 % izboljšanje kliničnih simptomov. **Oceno odziva vrednotimo** v obdobjih na 2 do 3 tedne. Zdravljenje slabo odzivne in rezistentne depresije načrtujemo fazno:

- **v prvi fazi** - ob delnem terapevtskem odzivu je potrebno nadaljevati in prilagajati odmerek antidepresiva znotraj priporočenih vrednosti. Z uvedenim antidepresivom je smiselno vztrajati 4 do 8 tednov;
- **v drugi fazi** - uporabljamo različne strategije, kot so menjava zdravila z drugim antidepresivom, ojačevanje odziva (npr. olanzapin, kvetiapin, aripiprazol, risperidon, lamotrigin, litij, ščitnični hormoni), ter kombinirana terapija (kombinacija dveh antidepresivov iz različnih terapevtskih skupin, antidepresiva s psihoterapijo, ali antidepresiva z neinvazivno možgansko stimulacijo) – zdravljenje druge faze traja 4-8 tednov;
- **v tretji fazi** - uporabljamo vse že omenjene strategije zdravljenja, ob njih pa tudi druge metode, kot so antidepresivi tretjega izbora iz novejših terapevtskih skupin ali eksperimentalna zdravljenja.

Če nadaljnje prilagoditve zdravljenja ne privedejo do remisije ali klinično pomembnega odziva, govorimo o **na terapijo odporni depresiji (rezistentna depresija)**.

3.1. OCENA RESNOSTI BOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI

Vpliv obolenja na funkcioniranje bolnika	Klinična slika	Resnost obolenja ocenjena s kliničnimi vprašalniki	
		Depresivna epizoda	
Remisija	Popolno funkcionalno okrevanje in ohranjena sposobnost vključevanja bolnika v svoje običajne aktivnosti.	PHQ-9: 0-4 točke	WHODAS 2,0: < 2 točki
Blag vpliv	Pri blagi depresivni epizodi je prisotnih dvoje ali troje depresivnih simptomov, bolnik pa je vseeno sposoben nadaljevati z večino svojih običajnih aktivnosti.	PHQ-9: 5-9 točk	WHODAS 2,0: ≥ 2, < 3 točke
Zmeren vpliv	Pri zmerni depresivni epizodi se pojavljajo vsaj štirje od depresivnih simptomov, ki bolnika precej ovirajo pri vsakodnevnih aktivnostih.	PHQ-9: 10-14 točk	WHODAS 2,0: ≥ 3, < 4 točk
Velik vpliv	Pri hudi depresivni epizodi brez psihotičnih simptomov pa je prisotna večina naštetih simptomov, ki so zelo izraziti in odločilno vplivajo na bolnikovo delovanje. Hudi depresivni epizodi se lahko pridružijo psihotični simptomi, kjer je lahko zahtevana hospitalizacija.	PHQ-9: > 15 točk	WHODAS 2,0: ≥ 4 točke

3.2. PRIPOROČILA ZA PRESJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE

DEPRESIVNA EPIZODA IN PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA <i>(dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)</i>		
Resnost obolenja	A – AKUTNO OBDOBJE (0-6 mesecev trajanja začasne zadržanosti od dela)	B – SUBKRONIČNO OBDOBJE (6-12 mesecev začasne zadržanosti od dela)
2 - Blag vpliv	Začasna nezmožnost za delo ali zmožnost za delo v skrajšanem delovnem času le ob pomembno izraženi akutni simptomatiki do 14 dni . Ob uvedbi antidepressiva kratkotrajna začasna nezmožnost za delo do izvenitve neželenih učinkov terapije.	Začasna zadržanost praviloma ni potrebna . V primeru psihično napornega dela vračamo preko skrajšanega delovnega časa v obdobju do dveh mesecev .
3 - Zmeren vpliv	Začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika. Ocena zdravljenja s strani lečečega psihiatra se opravi praviloma na 2-3 tedne. Ko je pričakovati izboljšanje razpoloženja ob zdravljenju, vnapij načrtujemo prvo postopno vračanje na delo .	V primeru prilagajanja farmakološkega zdravljenja začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika oz. nadaljevanje predhodno dosežene delovne zmogljivosti. V primeru nespremenjenega zdravljenja ob kontrolnem pregledu brez poslabšanja zdravstvenega stanja načrtujemo vnapij postopno vračanje na delo preko skrajšanega delovnega časa . Postopno vračanje na delo načrtujemo preko obdobja treh mesecev .
4 - Velik vpliv	Začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika. Ocena zdravljenja s strani lečečega psihiatra se opravi praviloma na 2-3 tedne. Ko je pričakovati izboljšanje razpoloženja ob zdravljenju, vnapij načrtujemo postopno vračanje na delo .	
5 - Akutno poslabšanje	Ob klinično evidentnem akutnem poslabšanju začasna nezmožnost za delo za krajše obdobje 2-4 tedna , nato prehod v predhodno doseženo delovno zmogljivost. Odsvetovana daljša odsotnost z dela zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delu ob daljši odsotnosti z delovnega okolja in možnosti nastanka anksioznega občutenja proti lastnemu zaznavanju delazmožnosti ali delovnem okolju.	
Navodila o ravnanju	Če razpoloženje dovoljuje, svetujemo aktivni bolniški stalež v lokalnem okolju , še posebno v primeru pomembno pridružene anksiozne simptomatike in potrebe po spodbujanju k aktivnostim. Odihodi iz lokalnega okolja ali odhodi z doma za daljša obdobja so terapevtsko smiselni le, če takšno navodilo o ravnanju izhaja iz individualnega terapevtskega načrta .	
Ad izvajalec MDPŠ	Pri začasni zadržanosti od dela nad 8 tednov v pri zmernem vplivu obolenja svetujemo obravnavo pri izvajalcu medicine delaza oceno možnosti začasnih prilagoditev dela z namenom ohranjanja in pridobivanja delazmožnosti.	

3.3. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU

DEPRESIVNA EPIZODA IN PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA <i>(dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)</i>	
Resnost obolenja	C – KRONIČNO OBDOBJE (nad 12 mesecev začasne zadržanosti od dela)
Ne glede na vpliv	Delazmožnost glede na dosedanje funkcionalno zmogljivost bolnika za delovna opravila. V kolikor je pričakovati nadaljnjo postopno izboljšanje funkcionalne zmogljivosti, bolnika vračano postopno v delovno okolje preko skrajšanega delovnega časa v obdobju: ▪ od 1-ga meseca pri blagi resnosti obolenja; ▪ do 3-eh mesecev pri zmerni resnosti obolenja ter ▪ do 6-ih mesecev pri veliki resnosti obolenja. V kolikor ni pričakovati povrnitve delazmožnosti (trajne spremembe v zdravstvenem stanju), bolnika predstavimo za presojo upravičenosti do poklicne rehabilitacije oz. preostale delazmožnosti oz. invalidnosti.
5 - Akutno poslabšanje	Ob klinično evidentnem akutnem poslabšanju začasna nezmožnost za delo za krajše obdobje 2-4 tedna, nato prehod v predhodno doseženo delovno zmogljivost. Odsvetovana daljša odsotnost z dela zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delu ob daljši odsotnosti z delovnega okolja in možnosti nastanka anksioznega občutenja proti lastnemu zaznavanju delazmožnosti ali delovnem okolju.

Trajne spremembe v zdravstvenem stanju so podane takrat, ko sprememb v zdravstvenem stanju, ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije:

- **na terapijo odporni depresiji ali rezistentni depresiji** (izkoriščeno zdravljenje v skladu s smernicami),
- **ponavljajoči se odsotnosti z dela zaradi duševne motnje** (tri ali več dolgotrajne odsotnosti z dela nad 3-mi meseci in v skupnem trajanju nad 18 mesecev), ko je bilo zdravljenje izkoriščeno (zdravljenje v skladu s smernicami) in ni privedlo do stabilizacije razpoloženja oz. izboljšanja psihofizičnega funkcioniranja.

V kolikor slednje doseženo psihofizično funkcioniranje negativno vpliva na delazmožnost ali povečuje tveganja za nastanek invalidnosti, je s tem podana trajno zmanjšana zmogljivost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

3.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI

Potreben je izvid lečečega psihiatra o poteku in uspehu zdravljenja in prognozi bolezni in uspešnosti delovne rehabilitacije ter izvid kliničnega psihologa:

- Izvid lečečega psihiatra, ki potrjuje diagnozo bolezni, oceni uspešnost zdravljenja in navede trajne spremembe bolezni;
- Izvid klinično-psihološkega pregleda;
- Pri sumu na organiciteto še slikovna diagnostika, EEK in izvidi drugih specialistov.

Vsebina svetovanih splošnih razbremenitev pri delu:

- dobro strukturirano in rutinsko delo;
- delo, pri katerem si delavec sam določa ritem in tempo dela;
- psihično manj zahtevno delo;
- delo, pri katerem je potrebna le nizka sposobnost prilagajanja;
- delo samo v dnevni izmenah;
- časovna razbremenitev;
- manj odgovorno delo.

4. AKUTNA STRESNA REAKCIJA (F43.0), POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA (F43.1) IN PRILAGODITVENA MOTNJA (F43.2)

Akutna stresna reakcija (in reakcija na hud stres – F43.9) je motnja, ki je neposredno vezana na izjemno hudo telesno ali duševno stresno dogajanje (stresor, stresni/travmatksi dogodek). Tako dogajanje je lahko resna grožnja človekovemu življenju (npr. naravna katastrofa, nesreča, nasilniški napad, smrt ljubljene osebe), lahko pa je to tudi nenadna sprememba v človekovem življenjskem okolju. Stresna reakcija predstavlja različne telesne in duševne odzive na zahteve iz okolja, pri čemer gre za neskladje med dojemanjem zahtev na eni strani in dojemanjem sposobnosti za obvladovanje teh zahtev na drugi strani.

Diagnoza akutne stresne reakcije se glede na DSM-V-TR se postavi, če gre za izpostavitve dejanski grožnji človekovemu življenju, resni poškodbi ali spolnemu nasilju (kriterij A) na način neposredne lastne izkušnje travmatskega dogodka, posredne izkušnje opazovanja travmatskega dogodka druge osebe, spoznanja o travmatski izkušnji bližnje osebe ali ponavljajoče se oz. izjemno močne izpostavitve okoliščinam travmatskega dogodka. Ob izpostavitvi takšni grožnji mora biti prisotnih vsaj 9 od skupno 14-ih simptomov (kriterij B), ki trajajo vsaj **3 dni do 1-ga meseca** po izpostavitvi travmatskega dogodka (kriterij C):

- Vsiljivi simptomi:
 - ponavljajoči se, nehoteni in vsiljivi spomini travmatskega dogodka;
 - ponavljajoče se neprijetne sanje v povezavi s travmatskim dogodkom;
 - disociativne reakcije (npr. »flashback«) pri katerih ima bolnik občutek, da se je travmatski dogodek ponovil;
 - intenziven ali podaljšan psihološki nemir ali klinično pomembna fiziološka reakcija ob notranjih ali zunanjih dejavnikih, ki simbolizirajo delček ali celoto travmatskega dogodka;
- Negativno razpoloženje:
 - vztrajna nezmožnost občutiti ugodje, zadovoljstvo (anhedonija);
- Disociativni simptomi:
 - spremenjeno zaznavanje realnosti v okolju ali o sebi;
 - nezmožnost priklica spomina o pomembnem vidiku travmatskega dogodka, ki ni posledica drugega stanja;
- Simptomi izogibanja:
 - dejanja za izogib neprijetnih spominov, misli ali občutkov o ali v povezavi s stresnim dogodkom;
 - dejanja za izogib izpostavitvi zunanjim dejavnikom, ki vzbudijo občutke glede travmatskega dogodka (npr. ljudem, okolju, situacijam idr.);
- Simptomi vzdraženja:
 - motnje spanja;
 - nemir ali vzkipljivost;
 - povečano stanje čutne občutljivosti (hipervigilanca);
 - motnje koncentracije;
 - pretiran odziv na preplah.

Posttravmatska stresna motnja je motnja, pri kateri se po izpostavitvi travmatskemu dogodku (na način kriterija A akutne stresne reakcije) razvijejo simptomi v vsaki izmed opisanih skupin simptomov (opisani pod kriterijem B akutne stresne reakcije), ki trajajo **več kot 1 mesec** (kriterij C), in sicer kot:

- vsaj en vsiljiv simptom,
- vsaj en simptom izogibanja,
- vsaj dva simptoma negativnega razpoloženja in disociativnih simptomov, dodatno:
 - občutek odtujenosti;
 - pomanjkanje volje - abulija;
 - znižana razpoloženska lega;
 - spremenjen spomin o dogodku, ki vodi v obtoževanje sebe ali drugih za nastanek ali posledice travmatskega dogodka;
 - vztrajne in pretirane negativne misli ali pričakovanje o sebi, drugih ali o svetu;
- vsaj dva simptoma vzdraženja, dodatno:
 - brezobzirnost ali samo-destruktivno obnašanje.

Prilagoditvena motnja je motnja, za katero so značilni čustveni in vedenjski simptomi, ki se razvijejo kot posledica odziva na znan stresni dogodek in se pojavijo **po 3-eh mesecih** od izpostavitve stresnemu dogodku (kriterij A). Čustveni in vedenjski simptomi prilagoditvene motnje so klinično pomembni, če je prisoten vsaj 1 izmed opisanih simptomov (kriterij B), ki **trajajo do 6-mesecev** po prekinitvi stresnega dogodka ali njegovih posledic (kriterij E):

- pomembna stiska, ki presega pričakovano resnost in intenziteto upoštevajoč kontekst stresnega dogodka in kulturološke dejavnike;
- pomembno zmanjšana socialna, delovna ali druga funkcionalna zmogljivost.

V kolikor gre na normalnem proces izgube ali podaljšanega žalovanja, diagnostični kriteriji prilagoditvene motnje niso izpolnjeni (kriterij C).

O **persistentni (kronični) prilagoditveni motnji** govorimo takrat, ko je motnja v čustvovanju in vedenju posledica kronične (brez prekinitve) izpostavljenosti stresnemu dogodku ali njegovih posledic.

4.1. OCENA RESNOSTI OBOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI

Akutno stresno reakcijo, postravmatsko stresno motnjo in prilagoditveno motnjo klinično ne delimo na resnost obolenja kot blago, zmerno ali hudo motnjo. Resnost obolenja in s tem klinična slika je odvisna od bolnikovega zaznanega negativnega učinka stresnega oz. travmatskega obolenja na njegovo vsakodnevno funkcioniranje ter glede na njegove obstoječe mehanizme obvladovanja sprememb in njegovo prilagoditveno sposobnost na spremenjeno okolje.

4.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE

OBOLENJE	PRESOJA DELAZMOŽNOSTI (dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)
1 - Akutna stresna reakcija (3dni – 1 mesec)	Začasna zadržanost od dela ali zmožnost za delo v skrajšanem delovnem času le ob izpolnitvi diagnostičnih kriterijev (9 ali več simptomov) za 1-5 dni , do 1-ga meseca le ob pomembno izraženi simptomatiki ali ponavljajoči se močni izpostavitvi okoliščinam travmatskega dogodka. <u>Medosebni konflikti z nadrejenimi ali sodelavci</u> niso razlog za začasno zadržanost od dela, v kolikor konflikt ni posledica predhodno obstoječe duševne motnje ali ne gre za namen zaščite bolnika pred škodljivimi dejanji delodajalca zoper bolnika.
2 - Posttravmatska stresna motnja (1 – 3 meseci)	Začasna nezmožnost za delo do stabilizacije razpoloženja oz. zaznanih ugodnih učinkov psihofarmakoterapije na zmogljivosti bolnika, nato čimprej postopna delovna aktivacija preko vnaprej načrtovanega postopnega vračanja na delo preko skrajšanega delovnega časa. Ob doseženi stabilizaciji razpoloženja začasna zadržanost od dela ni več potrebna.
3 - Prilagoditvena motnja (3-6 mesecev)	Vnaprej načrtovano postopno vračanje v delovno okolje preko skrajšanega delovnega časa do 6-ga meseca , če je prišlo do prekinitve izpostavljenosti stresnemu dogodku ali njegovih posledic.
4 - Perzistentna prilagoditvena motnja	V primeru kronične (brez prekinitve) izpostavljenosti stresnemu dogodku ali njegovih posledic in nepovrnitvi polne delazmožnosti v 6-ih mesecih, je podana trajna sprememba v zdravstvenem stanju . Bolnika predstavimo za pridobitev pravic iz naslova invalidnosti.
5 - Akutno poslabšanje	Ob klinično evidentnem akutnem poslabšanju začasna nezmožnost za delo za krajše obdobje 1-3 dni . Odsvetovana daljša odsotnost z dela zaradi nevarnosti ojačanja težav pri vračanju na delu ob daljši odsotnosti z delovnega okolja in možnosti nastanka anksioznega občutenja proti lastnemu zaznavanju delazmožnosti ali delovnem okolju.
Navodila o ravnanju	Svetujemo aktivni bolniški stalež v lokalnem okolju . Odhodi iz lokalnega okolja ali odhodi z doma za daljša obdobja so terapevtsko smiselni le, če takšno navodilo o ravnanju izhaja iz individualnega terapevtskega načrta .
Ad izvajalec MDPŠ	Svetovana obravnava pri izvajalcu medicine dela** v primeru težav bolnika pri vračanju v svoje delovno okolje, z namenom pridobitve začasnih vsebinskih prilagoditev dela za augmentacijo pridobivanja na funkcionalni zmogljivosti bolnika.

Bolnike je potrebno čim prej vključiti v okolje, pomagati pri odstranitvi negativnih dejavnikov. Nevarnosti fiksacij in podobnih reakcij so velike.

4.3. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU

Trajne spremembe v zdravstvenem stanju so podane v primeru **persistentne (kronične) prilagoditvene motnje**, to je takrat, ko je motnja v čustvovanju in vedenju posledica **kronične izpostavljenosti stresnemu dogodku ali njegovih posledic brez prekinitve v trajanju vsaj 6 mesecev**, zaradi katerih bolnik kljub zdravljenju ne zmore ustrezne prilagoditve na spremenjeno okolje in ne doseže polne funkcionalne zmogljivosti za svoje delo. V kolikor slednje doseženo psihofizično funkcioniranje negativno vpliva na delazmožnost, je s tem podana trajno zmanjšana zmogljivost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

Trajne spremembe v zdravstvenem stanju so podane tudi takrat, ko gre pri bolniku za **ponavljajoče se odsotnosti z dela zaradi duševne motnje v skupnem trajanju nad 18 meseci** (tri ali več dolgotrajne odsotnosti z dela nad 3-mi meseci).

Zaradi možnosti nadaljnje prilagoditve na spremenjeno okolje je smislen **kontrolni pregled** za oceno trajnih sprememb v zdravstvenem stanju čez 1-2 leti.

4.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI

Potreben je izvid lečečega psihiatra o poteku in uspehu zdravljenja in prognozi bolezni in uspešnosti delovne rehabilitacije ter izvid kliničnega psihologa:

- Izvid lečečega psihiatra, ki potrjuje diagnozo bolezni, oceni uspešnost zdravljenja in navede trajne spremembe bolezni;
- Izvid klinično-psihološkega pregleda;
- Pri sumu na organiciteto še slikovna diagnostika, EEK in izvidi drugih specialistov.

Vsebina svetovanih splošnih razbremenitev pri delu:

- dobro strukturirano in rutinsko delo;
- delo, pri katerem si delavec sam določa ritem in tempo dela;
- psihično manj zahtevno delo;
- delo, pri katerem je potrebna le nizka sposobnost prilagajanja;
- delo samo v dnevni izmenah;
- časovna razbremenitev;
- manj odgovorno delo.

5. DUŠEVNE IN VEDENJSKE MOTNJE ZARADI UPORABE ALKOHOLA (F10)

Duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola delimo na (1) alkoholno intoksikacijo (F10.0), (2) škodljivo rabo alkohola (F10.1), (3) sindrom odvisnosti (F10.2), odtegnitveni sindrom (F10.3) in druga stanja povezana z uživanjem alkohola (psihotična motnja, amnestični sindrom, druge in neopredeljene motnje).

Alkoholna intoksikacija opisuje nedavno pitje alkohola (kriterij A) s klinično pomembno izraženim problematičnim obnašanjem ali psihološko spremembo obnašanja (kriterij B) in vsaj enim izraženim simptomom (od 6-ih) (kriterij C):

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. nerazločen govor, | 3. motnje ravnotežja, | 5. motnje pozornosti in spomina, |
| 2. motnje koordinacije, | 4. nistagmus, | 6. stupor ali koma. |

Škodljiva raba ali pitje alkohola in sindrom odvisnosti od alkohola opisujeta problematičen vzorec pitja alkohola, ki vodi v pomembno prizadetost ali motnjo v vsakodnevnem funkcioniranju in se kaže z vsaj 2-ima od skupno 11-ih simptomov v zadnjem 12 mesečnem obdobju (kriterij A):

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• povečano pitje alkohola (količinsko ali v časovnem obdobju);• vztrajna želja po zmanjšanju pitja alkohola ali neuspeli poskusi zmanjšanja pitja;• večja poraba časa za pridobitev in pitje alkohola oz. za okrevanje po pitju;• močno poželenje po pitju alkohola;• težave v službi, družini, šoli zaradi pitja; | <ul style="list-style-type: none">• nadaljevanje pitja kljub škodljivim posledicam;• zanemarjanje drugih aktivnosti ali obveznosti zaradi pitja;• ponavljajoče pitje alkohola v nevarnih situacijah (npr. vožnja avtomobila),• nadaljevanje pitja kljub zavedanju, da pitje povzroča telesne ali psihološke težave; | <ul style="list-style-type: none">• višanje tolerance na učinek alkohola (povečana količina za dosego intoksikacije ali zmanjšan učinek intoksikacije ob konstantnem pitju);• odtegnitveni simptomi ob prekinitvi pitja. |
|--|--|---|

DSM-V-TR opredeljuje **resnost škodljive rabe ali pitja alkohola in sindrom odvisnosti alkohola** kot:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Blaga (škodljiva raba) – prisotnost 2 do 3 simptomov;▪ Zmerna (sindrom odvisnosti) – prisotnost 4 do 5 simptomov;▪ Huda (sindrom odvisnosti) – prisotnost 6 ali več simptomov;▪ Začetna remisija – noben prisoten simptom vsaj 3 mesece po predhodno izpolnjenih pogojih (lahko prisoten simptom poželenje po pitju); | <ul style="list-style-type: none">▪ Vzdrževana remisija – noben prisoten simptom 12 mesecev ali več (lahko prisoten simptom poželenje po pitju).;▪ Remisija v zaščitenem okolju – bivanje bolnika v okolju brez dostopa do alkohola. |
|--|---|

Odtegnitveni sindrom opredeljuje stanja prekinitve ali zmanjšane pitja po predhodnem večjem ali daljšem pitju alkohola (kriterij A) z vsaj 2-ima od skupno 8ih simptomov, ki se pojavijo nekaj ur ali dni po prekinitvi ali zmanjšanju pitja (kriterij B), med katerimi so:

- avtonomna hiperaktivnost (potenje, pospešen pulz > 100/min, povišan RR);
- povečan tremor rok,
- generalizirani tonično-klonični kriči.
- nespečnost,
- slabost ali bruhanje,
- prehodne vidne, taktilne ali slušne halucinacije ali iluzije;
- anksioznost,

Odtegnitveni simptomi praviloma nastopijo v 4-12 urah po ostrem upadu koncentracije v krvi oz. v nekaj dneh in praviloma trajajo do 4-5 dne abstinence. Po navedenem obdobju pride do **vztrajajočih simptomov anksioznosti, nespečnosti in avtonomne hiperaktivnosti**, ki praviloma izzvenijo v nekaj tednih, v redkih primerih lahko trajajo tudi do 5-6 mesecev. Za **lajšanje odtegnitvene simptomatike** lahko uporabimo dolgodelujoče benzodiazepine (npr. diazepam 10-20 mg/dan do 7 dni, prazni trigonik) ali kratkodelujoči sedativ, hipnotik klometiazol (2-12 kapsul dnevno v 3-4 odmerkih do 7 dni, prazni trigonik).

Prepoved dela pod vplivom alkohola, drug in drugih substanc: Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) nalaga dolžnost delavcu, da v zvezi zagotavljanjem varnega in zdravega dela ter ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu, ne sme delati ali biti na delovnem mestu pod vplivom alkohola, drog ali drugih prepovedanih psihoaktivnih snovi (51. člen ZVZD-1).

5.1. OCENA RESNOSTI BOLENJA OZ. FUNKCIONALNE ZMOGLJIVOSTI

Vpliv obolenja na funkcioniranje bolnika	Klinična slika	Resnost obolenja ocenjena s kliničnimi vprašalniki
		DVM zaradi uživanja alkohola
Remisija	Začetna: noben prisoten simptom vsaj 3 mesece po predhodno izpolnjenih pogojih (lahko prisoten simptom poželenje po pitju). Vzdrževalna: noben prisoten simptom 12 mesecev ali več (lahko prisoten simptom poželenje po pitju).	Kriteriji A DSM-V-TR: 0/11 simptomov
Blag vpliv	Škodljivo pitje alkohola , simptomi škodljivega pitja v zadnjem 12 mesečnem obdobju.	Kriteriji A DSM-V-TR: 2-3/11 simptomov
Zmeren vpliv	Sindrom odvisnosti , simptomi sindroma odvisnosti v zadnjem 12 mesečnem obdobju.	Kriteriji A DSM-V-TR: 4-5/11 simptomov
Velik vpliv	Sindrom odvisnosti , simptomi sindroma odvisnosti v zadnjem 12 mesečnem obdobju.	Kriteriji A DSM-V-TR: > 6/11 simptomov

5.2. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI – AKUTNO IN SUBKRONIČNO OBDOBJE

DVM zaradi uživanja alkohola, alkoholna intoksikacija, sindrom odvisnosti, odtegnitveni sindrom	
Resnost obolenja	PRESOJA DELAZMOŽNOSTI (dodatno je potrebno upoštevati še posebnosti pri presoji)
1 - Remisija	V času dosežene začetne remisije začasna zadržanost od dela praviloma ni potrebna . V primeru pričakovanih težav pri vračanju na delu, bolnika vračamo na delo preko skrajšanega delovnega časa v roku 1-2 mesecev. V času dosežene vzdrževalne remisije začasna zadržanost od dela ni potrebna .
2 - Blag vpliv	V primeru škodljivega pitja alkohola ali alkoholne intoksikacije začasna zadržanost od dela zaradi zdravstvenih razlogov ni utemeljena . Bolnikova dolžnost je, da ne sme delati ali biti pod vplivom alkohola na delovnem mestu. V primeru prisotnosti pod vplivom alkohola na delovnem mestu, se delavca odstrani iz delovnega okolja do iztreznitve. Za čas do iztreznitve ne teče nadomestilo plače zaradi zdravstvenih razlogov.
3 - Zmeren vpliv	V času sindroma odvisnosti od alkohola začasna zadržanost od dela do vzpostavitve začetne remisije, če poteka aktivno zdravljenje . Če zdravljenje ne poteka, začasna zadržanost od dela <u>le v času odtegnitvene simptomatike</u> .
4 - Velik vpliv	V času sindroma odvisnosti od alkohola začasna zadržanost od dela do vzpostavitve začetne remisije, če poteka aktivno zdravljenje . Če zdravljenje ne poteka, začasna zadržanost od <u>dela le v času odtegnitvene simptomatike</u> .
5 - Akutno poslabšanje	V času odtegnitvene simptomatike začasna zadržanost do dela 7-10 dni . V primeru še vztrajajočih simptomov anksioznosti, nespečnosti in avtonomne hiperaktivnosti začasna zadržanost od dela do 2-eh mesecev, izjemoma do 6 mesecev. V navedenih obdobjih vnaprej načrtujemo postopno vračanje bolnika v delovno okolje.
Navodila o ravnanju	Če razpoloženje dovoljuje, svetujemo aktivni bolniški stalež v lokalnem okolju , še posebno v primeru pomembno izražene anksiozne simptomatike in potrebe po spodbujanju k aktivnostim. Odhodi iz domačega okolja ali odhodi z doma za daljša obdobja so terapevtsko smiselni le, če takšno navodilo o ravnanju izhaja iz individualnega terapevtskega načrta .
Ad izvajalec MDPŠ	Sodelovanje z izvajalcem medicine dela v primeru, ko je delovno okolje prožilec ali sočasni prožilec povečane vzdraženosti, katera posledica je povečana želja po pitju alkohola, z namenom prilagoditve delovne mesta in delovnega okolja.

5.3. PRIPOROČILA ZA PRESOJO DELAZMOŽNOSTI - KRONIČNO OBDOBJE IN TRAJNE SPREMEMBE V ZDRAVSTVENEM STANJU

Trajne spremembe v zdravstvenem stanju so podane, ko ob izkoriščenem zdravljenju (zdravljenje v skladu s smernicami) ne pride do remisije ali klinično pomembnega izboljšanja funkcionalne zmogljivost (terapevtsko neobvladljiva stanja). V kolikor slednje doseženo psihofizično funkcioniranje negativno vpliva na delazmožnost, je s tem podana trajno zmanjšana zmogljivost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

Trajne spremembe v zdravstvenem stanju so lahko podane tudi pri obolenjih, ki so posledica prekomernega uživanja alkohola (npr. encefalopatija, hepatopatija, nevropatija idr.), ko je zdravljenje slednjih izkoriščeno in dosežena funkcionalna zmogljivost negativno vpliva na delazmožnost. Vsebine obvezne dokumentacije in vsebine svetovanih splošnih razbremenitev pri delu za obolenja kot posledico prekomernega uživanja alkohola ne opisujem v tem poglavju.

5.4. OBVEZNA DOKUMENTACIJA ZA OCENJEVANJE INVALIDNOSTI

Potreben je izvid lečečega psihiatra o poteku in uspehu zdravljenja in prognozi bolezni in uspešnosti delovne rehabilitacije ter izvid kliničnega psihologa:

- Izvid lečečega psihiatra, ki potrjuje diagnozo bolezni, oceni uspešnost zdravljenja in navede trajne spremembe bolezni;
- Izvid klinično-psihološkega pregleda;
- Radiološki in drugi izvidi glede na prisotnost somatskega obolenja.

Vsebina svetovanih splošnih razbremenitev pri delu:

- dobro strukturirano in rutinsko delo;
- psihično manj zahtevno delo;
- delo, pri katerem je potrebna le nizka sposobnost prilagajanja;
- delo samo v dnevnikih izmenah;
- časovna razbremenitev;
- manj odgovorno delo.

LITERATURA

1. Talmage, James B., idr., uredniki. AMA guides to the evaluation of work ability and return to work. 2nd ed, American Medical Association, 2011.
2. Kay, Jerald, in Allan Tasman. Essentials of psychiatry. Wiley, 2006.
3. American Psychiatric Association, urednik. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text Revision, American Psychiatric Association Publishing, 2022.
4. Priporočila za ocenjevanja začasne delazmožnosti, poglavje V - duševne in vedenjske motnje. Priročnik za izvajanje zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana, junij 2002.
5. Ilješ, Anja Plemenitaš, idr. Smernice za zdravljenje depresivne motnje. Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2021.
6. Ilješ, Anja Plemenitaš, idr. „Recommendations for Treatment of Unipolar Depressive Disorder“. Slovenian Medical Journal, let. 92, št. 7–8, avgust 2023, str. D9–24. vestnik.szd.si, <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3431>.
7. Kores-Plesničar B. Osnove psihofarmakoterapije. [1. izd.]. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
8. Mednarodni kongres medicinskih izvedencev Republike Slovenije, 7. Zbornik predavanj: 7. mednarodni kongres medicinskih izvedencev Republike Slovenije: 11.-12. april 2024, Laško, Slovenija. Uredil Mario Bartolac, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, 2024. COBISS.SI-ID – 191659267.
9. Kozel D, Maučec Zakotnik J, Tančič Grum A, Kersnik J, Rotar Pavlič D, Žmuc Tomori M, Ziherl S. Applicability of systematic screening for signs and symptoms of depression in family practice patients in Slovenia. ZdravVestn [Internet]. 1Dec.2012 [cited 12Jul.2022];81(12). <http://46.19.11.112/index.php/ZdravVest/article/view/611>;
10. Rus Makovec, Maja, idr. „Self – Reported Depression, Anxiety and Evaluation of Own Pain in Clinical Sample of Patients with Different Location of Chronic Pain / Samoocenjena Depresivnost in Anksioznost Ter Evalvacija Lastne Bolečine V Kliničnem Vzorcju Pacientov Z Različno Lokacijo Kronične Bolečine“. Slovenian Journal of Public Health, let. 54, št. 1, marec 2015, str. 1–10. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0001>.
11. Konec Juričič, Nuša, idr. Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni. 1. izd., Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016, str. 101, http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnavanje_depresije_in_samomorilnosti.pdf.
12. Measuring Health and Disability : Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0)). Pridobljeno 5. januar 2025.
13. Podlesek A, Komidar L and Kavcic V (2021). The Relationship Between Perceived Stress and Subjective Cognitive Decline During the COVID-19 Epidemic. Front. Psychol. 12:647971. doi: 10.3389/fpsyg.2021.647971;

14. Beck, Aaron T., idr. „An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties.“ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, let. 56, št. 6, 1988, str. 893–97. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.
15. Miklavcic, Ilonka Vucko, idr. „Validation of the Slovenian Version of Hospital Anxiety and Depression Scale in Female Cancer Patients“. *Psychiatria Danubina*, let. 20, št. 2, junij 2008, str. 148–52.
16. Židanik, Miloš (2003). Vprašalnik za ugotavljanje osebnostnih motenj. *Psihološka obzorja* (Ljubljana), letnik 12, številka 1, str. 141-152. URN:NBN:SI:DOC-AFGS1274 from <http://www.dlib.si>.
17. Moravec Berger, Daša, urednik. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja: MKF. Svetovna zdravstvena organizacija; Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS); Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR), 2006.