

ASOCIAȚIA DE PSIHLOGIE INDUSTRIALĂ ȘI ORGANIZAȚIONALĂ (APIO)

**RECOMANDĂRI PRIVIND EVALUAREA PSIHLOGICĂ A CAPACITĂȚII DE  
MUNCĂ (EPCM)**

**Un proiect pentru creșterea calității serviciilor din domeniul psihologiei muncii și  
organizaționale**

**Autori**

Dragoș Iliescu (coordonator)

Eugen Avram  
Ticu Constantin  
Andrei Ion  
Raluca Iordache  
Laura Pătruț  
Corina Răducea  
Coralia Sulea  
Delia Vîrgă

**Versiunea 03f  
14 martie 2015**

**ACEST DOCUMENT SE AFLĂ ÎN FAZA DE CONSULTARE PUBLICĂ**

## Fundamentarea acestui document

Acest document a fost generat cu intenția de a oferi psihologilor din România care realizează evaluări psihologice ale capacității de muncă (EPCM), adică evaluări privind calitatea de a fi ”apt pentru muncă”, sau așa-zisele evaluări ”apt/inapt”, un cadru în care să își desfășoare activitatea în domeniul psihologiei muncii și organizațională.

Motivația pentru document pornește de la studiul APIO (2013) legat de ”Starea actuală a psihologului specializat în psihologia muncii și organizațională, în România”. În cadrul acestui studiu s-a desfășurat și un modul de cercetare calitativă, ale cărui rezultate au fost practic nepublicabile și care nu se regăsesc în raportul final al studiului. Aceste rezultate au arătat, în primul rând, că nu există practici unitare în România. Practicile unor psihologi diferiți care lucrează cu exact aceleași obiective în exact aceleași contexte sunt foarte divergente (acesta fiind și motivul pentru care aceste date nu au fost publicabile). În al doilea rând, studiul a relevat faptul că, deseori (am putea spune că ”de cele mai multe ori”), practicile psihologilor din România se plasează departe de buna practică din cadrul statelor membre UE sau a altor state în care psihologia are tradiție.

Acest document trasează principiile pentru o bună practică în domeniul EPCM. Recunoaștem faptul că există în practica de zi cu zi presiuni contextuale care pot determina ca un psiholog să nu livreze serviciile sale la cel mai înalt nivel, ci să devieze într-o oarecare măsură de la reperatele de bune practici. Există însă o limită a acceptabilității sub care orice prestație rezidă în sfera lipsei de etică și a culpei legale. Acest document sugerează principiile și, pe alocuri, arată clar limitele sub care nu este acceptabil să se livreze o EPCM.

Intenția documentului este dublă și adresează cele două puncte explicate anterior.

În primul rând, avem intenția de a oferi un cadru profesional relativ unitar în practica diferșilor psihologi care emit astfel de avize psihologice, specifice EPCM. Lipsa de uniformitate în evaluările realizate de profesioniști diferiți în acest domeniu este documentată și în alte state (de exemplu Kort, Uiterweer, & van Dijk, 1992) și reflectă, de vreme ce ține de un acord inter-evaluatori, o formă de fidelitate. Dacă specialiști diferiți lucrează în modalități și pe baza unor principii diferite, ei vor ajunge la concluzii diferite despre aceeași persoană și, în consecință, evaluările lor nu mai sunt comparabile. În acest caz, s-ar pune pe bună dreptate întrebarea privind care din cele două evaluări oferite este cea ”corectă”. Un cadru unitar este așadar important pentru corectitudinea în care se desfășoară aceste evaluări.

În al doilea rând, avem intenția de a oferi principii de evaluare bazate pe dovezi științifice pentru domeniul EPCM, necesitate sugerată de autorii domeniului (Franco, 2005). Starea practicii psihologice românești este în multe domenii tributară unor cunoștințe învechite și unor mituri care se propagă ori prin diversele modalități de formare, de natură formală sau informală, cunoștințe și practici care sunt de multe ori complet false. Practica modernă trebuie să se bazeze pe evidențe științifice, iar EPCM trebuie să fie o evaluare bazată pe dovezi științifice (”evidence-based assessment”).

Fără pretenția de a fi oferit un document exhaustiv, dorim să încurajăm o discuție publică, critici și sugestii la adresa acestui document și a principiilor enunțate în el, pe baza literaturii științifice și a practicii recunoscute ca fiind de vârf în acest domeniu.

Avem speranța că acest document se va lărgi și se va concretiza în viitor printr-o metodologie unitară și explicită, care să fie asumată de asociațiile științifice și profesionale, precum și de instituția de reglementare (Colegiul Psihologilor din România), crescând astfel nivelul serviciilor oferite de profesia noastră societății.

Mulțumim tuturor celor care au contribuit la crearea acestui document. Dezvoltarea lui a început încă din primăvara anului 2013 și este imposibil să enumerăm aici numele tuturor celor care au oferit un feedback sau idei care să îmbogățească acest document. Numele celor care au contribuit semnificativ la actuala formă a documentului este notat pe coperta acestuia în ordine alfabetică. Le mulțumim tuturor pentru implicare.

## Definiție

Eticheta ”apt pentru muncă” desemnează o stare a individului (fizică, mentală, motivațională, emoțională, comportamentală) în care acesta este capabil de a desfășura sarcinile de muncă atribuite, într-o manieră care nu compromite sau pune în pericol sănătatea și siguranța sa sau a altor persoane (Cox, Edwards, & Palmer, 2000). Această etichetă confirmă capacitatea de muncă. Capacitatea de muncă reprezintă capacitatea lucrătorului, în prezent și în viitorul apropiat, de a executa sarcinile de muncă în raport cu exigențele activității și în funcție de resursele sale mentale și de starea de sănătate (Illmarinen, 2001).

Evaluarea capacității de muncă (ECM), sau evaluarea privind calitatea de a fi ”apt pentru muncă” (EAM) este un proces de evaluare obiectivă a stării fizice și psihologice a unei persoane, în relație cu cerințele și condițiile de muncă ale unui post specific (Cowell, 1986), prin care se stabilește capacitatea persoanei de a realiza sarcinile de muncă fără un risc inacceptabil pentru propria sănătate și siguranță sau pentru sănătatea și siguranța altor persoane (Floyd & Espir, 1986).

Remarcăm mai multe puncte importante ale acestei definiții (Serra et al., 2007):

- Este un proces de **evaluare obiectivă**: se desfășoară cu metode științifice riguroase, fidele și valide, care permit concluzii cuantificabile;
- Tratează starea **fizică**, dar și starea **mentală** a persoanei vizate;
- Face aserțiuni ținând cont de **un post specific**, în funcție de caracteristicile (adică sarcinile specifice, echipamentul și mediul de muncă) specifice pentru acel post: o persoană poate fi aptă pentru a munci într-un post, dar să fie în același timp inaptă pentru a munci în altul;
- Este o **evaluare de risc**, pentru trei părți asupra cărora decizia poate avea impact: (a) persoana vizată, (b) alte persoane (de exemplu colegi, persoane din afara companiei sau populație), (c) compania angajatoare.

ECM este un proces puternic influențat de un model medical<sup>1</sup> (Cowell, 1986). Acesta se înscrie în aria de atribuții și competențe profesionale ale medicului specializat în medicina muncii, iar aportul psihologului nu este obligatoriu decât în anumite situații clar definite din punct de vedere legislativ (care cer nu doar evaluarea stării fizice, ci și a celei mentale), sau atunci când medicul de medicina muncii consideră că are totuși nevoie și de o evaluare a stării mentale a persoanei evaluate, chiar dacă legea nu prescrie în mod obligatoriu acest lucru.

---

<sup>1</sup> Documentul internațional ale cărui recomandări și prescripții influențează la acest moment și cu mare probabilitate va influența pe viitor cel mai mult ECM, este Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății (ICF), manual ce constituie reperul internațional al evaluării statusului funcțional, al dizabilității și sănătății (Avram, 2014). Statusul funcțional reprezintă, conform acestui document, aptitudinea individului de a efectua funcțiile organice și activitățile fiziologice fără restricții (fără nicio afectare). Pe baza ICF și a practicii curente, Asociația Americană de Medicină (AMA) a elaborat o serie de recomandări privind evaluarea persoanelor cu dizabilități în vederea încadrării în muncă. O persoană nu poate fi respinsă la angajarea într-un loc de muncă decât dacă aceasta nu poate îndeplini sarcinile esențiale ale postului. Medicii și psihologii care evaluează o persoană trebuie de aceea să înțeleagă deficiența, impactul acesteia asupra activităților de zi cu zi și interacțiunea acesteia cu mediul (de muncă, social) pentru care se solicită o determinare a capacității de muncă sau a dizabilității. O deficiență este definită în termenii documentelor menționate ca fiind acea situație în care deprecierea interferează substanțial cu o activitate majoră a vieții în acest caz, munca.

## **Diferența față de alte procese care țin de sănătatea la locul de muncă**

Este important să facem distincție clară între ECM și alte procese de resurse umane care se referă la sănătatea forței de muncă, cum ar fi monitorizarea sănătății sau programele de sănătate și stare de bine psihologică (OHWC, 2012).

Un proces care ar putea fi confundat cu ECM este monitorizarea sănătății, inclusiv a celei mentale, în mod special pentru angajații care lucrează în medii toxice din punct de vedere fizic sau psihologic (Serra et al., 2007). Un alt proces care ar putea fi confundat cu ECM ține de promovarea sănătății și bunăstării psihologice la locul de muncă (Hainer, 1994).

ECM este diferită de aceste procese prin prisma faptului că acestea sunt voluntare pentru angajat, pe când ECM este obligatorie pentru angajat (OHWC, 2012). Așadar, un angajat nu poate refuza examinarea pentru ECM, dar poate refuza să ia parte la testările asociate unui program de monitorizare a sănătății sau de promovare a bunăstării psihologice la locul de muncă. Obligativitatea angajatului de a lua parte la examinarea ECM este stabilită explicit prin legislația din România, care prevede (HG 355/2007, art. 39) faptul că “lucrătorul este obligat să se prezinte la examenele medicale de supraveghere a sănătății la locul de muncă, conform planificării efectuate de către medicul de medicina muncii cu acordul angajatorului.”

## **Utilitatea EPCM**

Utilitatea EPCM a fost uneori contestată, iar literatura de specialitate nu reușește să ofere dovezi empirice care arată eficiența acestei evaluări pentru limitarea accidentelor de muncă (Shepherd, 1992). Totuși, EPCM se realizează în multe țări din lume, în multe nefiind obligatorie iar în altele, precum România, fiind stabilită ca obligatorie în anumite cazuri, după cum vom vedea în acest document.

În orice caz, este important de subliniat că utilitatea EPCM este extrem de limitată, cu siguranță cu mult mai limitată decât ar lăsa să se creadă percepția socială a utilității acestor evaluări (Wahlström & Alexanderson, 2004; Houghton, Edmondson-Jones, & Harris, 1989). Cercetările demonstrează că accidentele de muncă și aptitudinea de a realiza o activitate fără riscuri inacceptabile sunt mai degrabă prezise de condițiile de securitate de la locul de muncă, decât de caracteristici ale persoanelor evaluate (de Kort, Fransman, & van Dijk, 1991). Cu alte cuvinte, pentru a proteja angajații și alte persoane este mai important să existe condiții și proceduri de siguranță implementate la locul de muncă decât să realizăm EPCM pe considerente psihologice (Collings, 1971; Sorgdrager, Hulshof, & van Dijk, 2004).

O excepție de la această regulă este aceea a afecțiunilor psihiatrice sau neuropsihologice (Tsang, Lam, Ng, & Leung, 2000). De exemplu, studiile nu arată că o persoană care are atenția dezvoltată la centila 10 în populația normală face semnificativ mai multe accidente de muncă decât o persoană care are atenția la centila 90. Centila 10, deși arată o slabă dezvoltare a atenției, nu plasează totuși persoana în zona de dizabilitate - iar interzicerea dreptului la muncă pe baza unui astfel de rezultat este lipsită de etică și, implicit, poate atrage consecințe serioase asupra psihologului care propune plasarea persoanei respective în categoria „inapt”. Dacă însă, funcționarea cognitivă a persoanei este împiedicată atât de sever încât să putem spune că suntem în prezența unei probleme neurologice sau psihiatrice, atunci este posibil să avem un impact asupra riscului evaluat de EPCM (Robbins, 1988).

## Principiul de desfășurare al EPCM

EPCM nu este, așa cum deseori este asumat în mod greșit, un proces de evaluare a aptitudinii; adică nu este o evaluare de ”apt”. Cu alte cuvinte, logica nu este aceea în care presupunem că toți candidații sunt inapți și căutăm să identificăm acele persoane care manifestă o aptitudine suficientă sau superioară.

Dimpotrivă, EPCM nu este de fapt o evaluare de ”apt”, ci o evaluare de ”inapt” (Moshe, Slodownik, & Merkel, 2003; Pachman, 2009). Un rezultat de ”inapt” are repercusiuni serioase asupra persoanei astfel evaluate, repercusiuni care au conotații legale (privind de exemplu interzicerea muncii pentru o persoană, adică o interdicție pe un drept fundamental). Din acest motiv, logica în care se desfășoară procesul de EPCM este aceea că presupunem că toate persoanele evaluate sunt apte și căutăm să identificăm acele persoane care prezintă un risc deosebit, dincolo de un nivel acceptabil (Pachman, 2009).

Astfel, EPCM nu caută motive pentru a desemna pe cineva ca ”apt”, ci **caută motive pentru care ar putea ca o persoană să prezinte un risc inacceptabil** pentru sine și pentru alții, forțând astfel specialistul să desemneze acea persoană ca ”inaptă”. De aceea, EPCM nu este o procedură de selecție și nu se supune principiilor selecției de personal (Cowell, 1986).

## Când se realizează EPCM

EPCM se realizează în mai multe situații, dintre care trei se remarcă în mod deosebit (Serra et al., 2007):

- (1) În etapa de acces pe post (pre-angajare);
- (2) Periodic;
- (3) Ori de câte ori apar modificări în natura muncii sau în condițiile de sănătate ale angajatului.

Anexele următoarelor referințe legislative oferă informații clare cu privire la momentul (când) la care și motivul (de ce) pentru care sunt obligatorii sau sunt solicitate de către medicii de medicina muncii aceste evaluări:

- HG 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor;
- HG 1169/2011 pentru modificarea și completarea HG 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor;
- HG 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice;
- HG 1280/2011 pentru modificarea și completarea HG 246/2007 privind metodologia de reînnoire a avizelor de încadrare a locurilor de muncă în condiții deosebite;
- HG 144/2010, modificată și completată de HG 755/2011, privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății;
- Ordinul Ministrului Sănătății Publice 1078/2010 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare și a structurii organizatorice a direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București;
- Ordinul Ministrului Sănătății Publice 824/2006 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea Inspecției Sanitare de Stat;
- Legea 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale

(republicată în 2009); Normele metodologice de aplicare a legii;

- Legea 306/2004 privind exercitarea profesiei de medic, precum și organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România;
- Ordinul Ministrului Sănătății și Familiei 803/2001 privind aprobarea unor indicatori de expunere și/sau de efect biologic relevanți pentru stabilirea răspunsului specific al organismului la factori de risc de îmbolnăvire profesională.

O mențiune se impune aici: există anumite modificări de la HG 355/2007 la HG 1169/2011 în ceea ce privește obligativitatea evaluării psihologice. Conform ultimului act, puține sunt riscurile profesionale pentru care evaluarea psihologică mai are un caracter obligatoriu, majoritatea rămânând la indicația medicului de medicina muncii. Pentru anumite profesii nici nu mai este stipulată evaluarea psihologică; de exemplu pentru cadrele didactice examenul psihologic a fost complet înlocuit cu cel psihiatric. În prezent, acest examen psihologic se face în baza Legii Educației, nu în baza HG 1169/2011.

În conformitate cu HG 1169/2011, pentru următoarele condiții de risc profesional asociate unor meserii și profesii, **evaluarea psihologică este obligatorie**, ca parte din avizarea de sănătate ocupațională, atât la angajare, cât și pentru menținerea în funcție (control periodic):

- radiații ionizante (Fișa 102) – examen psihologic la angajare;
- personalul sanitar elementar, personalul de îngrijire, personalul care îngrijește persoana cu handicap și asistentul maternal (Fișa 136) – examen psihologic la angajare și periodic;
- personal cu funcție de decizie (funcționar public aflat temporar într-o funcție din viața politică sau socială, cu atribuții de interpretare și aplicare a legilor în vigoare în domeniul său de activitate) (Fișa 139) – examen psihologic la angajare și periodic, din 2 în 2 ani;
- personal care în cadrul activității profesionale conduce utilaje, vehicule de transport intra-uzinal și/sau mașina instituției (Fișa 140) – examen psihologic la angajare și periodic;

În conformitate cu HG 1169/2011, pentru următoarele condiții de risc profesional asociate unor meserii și profesii, **evaluarea psihologică se realizează la indicația medicului de medicina muncii**, ca parte din avizarea de sănătate ocupațională, atât la angajare, cât și pentru menținerea în funcție (control periodic):

- agenți chimici (acid cianhidric și compuși cianici, cu excepția cianamidei calcice (Fișa 2) – examen psihologic la angajare, la indicația medicului de medicina muncii;
- munca la înălțime, cu activitate desfășurată la minimum 2 m măsurați de la tălpile picioarelor lucrătorului până la baza de referința naturală (solul) sau orice altă bază de referință artificială, bază față de care nu există pericolul căderii în gol (Fișa 123) – examen psihologic la angajare și periodic, la indicația medicului de medicina muncii;
- personal care lucrează în condiții de izolare (Fișa 141) – examen psihologic la angajare și periodic, la indicația medicului de medicina muncii;
- personal din străinătate care va lucra în România (cu excepția celor din țările UE) (Fișa 142) – investigații specifice, în funcție de tipul de expunere profesională, la angajare și periodic;
- personal care lucrează în tura de noapte (în intervalul orar 22:00-06:00) (Fișa 143) – examen psihologic la angajare și periodic, la indicația medicului de medicina muncii;
- agent de pază (Fișa 144) – examen psihologic la angajare și periodic, la indicația medicului de medicina muncii;

- personal care lucrează ca pompier salvator intra-uzinal, salvamar, salvamontist, alte categorii de salvatori (Fișa 145) – examen psihologic la angajare și periodic, la indicația medicului de medicina muncii;
- personal care lucrează cu substanțe toxice nominalizate în Legea nr. 360/2003 privind regimul substanțelor și preparatelor chimice periculoase, cu modificările și completările ulterioare), inclusiv medicamente SEPARANDA (Fișa 146) – examen psihologic la angajare și periodic, la indicația medicului de medicina muncii;

Angajatorii au obligația să angajeze numai persoane care, în urma examenului medical și, după caz, a evaluării psihologice, corespund sarcinii de muncă pe care urmează să o execute. Angajatorii mai au și obligația să asigure controlul medical periodic pentru aceste persoane și, după caz, controlul psihologic periodic, ulterior angajării.

EPCM se realizează fie în mod direct, de către compania angajatoare (pentru riscurile profesionale pentru care examinarea psihologică este obligatorie), fie la cererea medicului specializat în medicina muncii (atunci când examenul psihologic nu este prevăzut în mod obligatoriu în HG 1169/2011, acesta realizându-se doar la indicația medicului de medicina muncii).

Compania angajatoare sau medicul de medicina muncii solicită rezultatul EPCM din partea psihologului pentru fiecare categorie profesională în parte și poate menționa în cererea sa dacă există sau nu riscuri și/sau noxe profesionale supraadăugate față de specificul respectivului post sau respectivei categorii (de exemplu personalul cu funcție de decizie, conform descrierii din fișa 139, care utilizează și mașina instituției sau electricianul care lucrează la înălțime și în ture de noapte).

În conformitate cu descrierile situațiilor în care se realizează examenul psihologic, prezentate anterior, EPCM ar trebui solicitat, pentru multe riscuri profesionale, de către medicul de medicina muncii, EPCM realizându-se, în mod concret, doar dacă există o recomandare din partea acestuia. HG 1169/2011 poate fi privită însă ca fiind incompletă și enumerăm în continuare ceea ce considerăm a fi unele omisiuni mai importante, adică situații care ar necesita EPCM, pentru care recomandăm EPCM, dar care nu sunt cerute de lege în mod explicit. Enumerăm aceste cazuri, chiar dacă ele presupun mai degrabă o evaluare medicală, pentru că ele includ și efecte psihologice:

1. Lucrul în mediu cu temperaturi extreme crescute (microclimat cald), care pot genera colaps caloric, crampe calorice, soc caloric. Argumentul pentru realizarea EPCM în astfel de situații este dat de faptul că deshidratarea și transpirația excesivă cu pierdere de electroliți au impact semnificativ asupra componentei psihice;
2. Lucrul în mediu cu temperaturi extreme scăzute (microclimat rece), care pot genera hipotermie și degerături. Argumentul pentru realizarea EPCM în astfel de situații este dat de faptul că pierderea de căldură prin expunere la rece extrem generează vasoconstricție și spasme musculare, care pot induce anxietate legată de propria stare de sănătate sau la somnolență, implicând scăderea capacității de atenție și concentrare.
3. Lucrul în mediu cu presiuni atmosferice foarte crescute sau foarte scăzute (hipo- și hiperbarism). Argumentul pentru realizarea EPCM în astfel de situații este dat de faptul că se creează modificări de comportament prin modificarea presiunii lichidului cefalorahidian.



4. Lucrul în mediu cu expunere la vibrații. Argumentul pentru realizarea EPCM în astfel de situații este dat de faptul că vibrațiile excesive și îndelungate generează sindroame neurologice și modificări de comportament.

5. Lucrul în mediu cu expunere la câmpuri electrice și magnetice și radiații electromagnetice neionizante din banda microunde și radiofrecvență. Argumentul pentru realizarea EPCM în astfel de situații este dat de faptul că generează sindroame neuro-cardio-vasculare și endocrine cu modificări de comportament.

6. Lucrul în mediu care presupune suprasolicitare psihică. Argumentul pentru realizarea EPCM în astfel de situații este dat de faptul că suprasolicitarea psihică este o sursă majoră de risc. De exemplu, în cazuri în care există în mod constant solicitare din partea angajatorului pentru efectuarea de ore suplimentare (de exemplu, manageri de proiect în perioada auditului, manageri ai unor companiilor de stat în perioada privatizării, contabili în perioada bilanțurilor contabile sau auditului financiar, personal medical superior și mediu din serviciile de urgență etc.) sau în cazuri în care normarea muncii nu este adaptată la capacitatea de muncă a lucrătorului (de exemplu, clasele cu un volum supradimensionat de elevi sau studenți pentru profesori, liste cu mii de asigurați pentru medicii de familie etc.).

7. Personal didactic din instituții de învățământ. HG 1169/2011 menționează în acest caz doar examenul psihiatric, la indicația medicului de medicina muncii, atât la angajare, cât și periodic. Colegiul Psihologilor din România a emis un comunicat care privește importanța examenului psihologic pentru această categorie profesională.

### **Variabile care influențează EPCM**

Calitatea unei persoane de a fi ”aptă pentru muncă” poate fi influențată de un număr mare de variabile individuale, printre care unele sunt mai stabile (constante) decât altele.

Printre **factorii individuali relativ constanți** exemplificăm efectele unor probleme medicale cronice, dizabilitățile fizice, aptitudinile cognitive, trăsăturile de personalitate, dificultăți de reglaj comportamental (de exemplu, adicții). Acești factori sunt relativ stabili, adică nu se modifică în timp în mod semnificativ sau se modifică doar cu greutate și mai degrabă pe perioade lungi de timp (Cowell, 1986). Printre **factorii individuali contextuali** enumerăm efectele unor probleme medicale acute, oboseală, stres, abuz de alcool sau alte substanțe, efecte ale medicației, starea emoțională etc. Acești factori sunt situaționali și deci instabili, se modifică de la un context la altul (Serra et al., 2007)<sup>2</sup>.

Factorii relativ constanți pot fi evaluați cu obiectivitate mai mare, iar efectele lor pot fi prezise cu o bună validitate. Acești factori descriu comportamente tipice pentru persoana evaluată, al căror risc poate fi evaluat corect de medic și psiholog în procesul EPCM. Pe de altă parte, factorii contextuali conduc la comportamente atipice pentru persoană, comportamente care se reflectă într-o probabilitate crescută de apariție a unor incidente sau chiar accidente de muncă

---

<sup>2</sup> O precizare se impune în acest context: în această secțiune ne referim la factori **individuali** contextuali, adică la fluctuații ale comportamentului unei persoane care se datorează unor evenimente sau contexte improbabile, neobișnuite și imposibil de prezis de psiholog la momentul EPCM. Nu ne referim la factorii contextuali **de muncă**, a căror evaluare este critică în procesul EPCM, așa cum este discutat în acest document.

sau îmbolnăviri profesionale. Acești factori contextuali nu pot fi evaluați corect de medic sau de psiholog în procesul EPCM (de Kort & van Dijk, 1997), căci ei apar după momentul la care se realizează EPCM. De exemplu starea emoțională extremă care poate să fie generată de decesul unei persoane apropiate, de un divorț sau de alte evenimente cotidiene, la locul de muncă (de exemplu hărțuirea la locul de muncă) sau în afara acestuia (de exemplu problemele de familie) este atipică pentru persoana evaluată, nu este stabilă și în consecință nu poate fi surprinsă la momentul evaluării.

**Este recomandat cu tărie concentrarea EPCM exclusiv pe factorii individuali stabili. Factorii individuali contextuali trebuie excluși în evaluarea făcută de psiholog, căci nu permit o predicție relevantă a comportamentului.**

### **Apt la momentul evaluării sau "valabilitatea" EPCM**

În România, există cutuma de a oferi ca rezultat al evaluării EPCM, care ar impune un verdict de „apt”, sintagma ”apt la momentul evaluării”. Aceasta este preluată în mod eronat și incomplet de la medicul care își desfășoară activitatea în clinică sau spital, care emite bilete de externare și scrisori medicale către medicii de familie, în care precizarea momentului are un sens pentru predictibilitatea evoluției stării de sănătate: pacientul se externează vindecat chirurgical/stabil/ameliorat/staționar medical etc. *la momentul externării*. Așadar, precizarea ”la momentul evaluării” are sens pentru un medic, însă nu are sens pentru EPCM. Sintagma „la momentul externării” reflectă starea unui pacient la momentul sistării intervențiilor sau tratamentului medical. Derularea EPCM nu este o intervenție sau un tratament, astfel încât să fie necesară includerea precizării: „apt la momentul evaluării”.

Este evident că orice evaluare rezultată cu o caracterizare de ”apt” se referă la aptitudinea observată la persoana evaluată în momentul evaluării. Este, bineînțeles, posibil ca persoana să iasă din cabinetul medical/psihologic și să își rupă un picior, devenind astfel ”inaptă temporar”. Psihologul nu ar avea nici o modalitate de a prezice acest eveniment, deci, faptul că a caracterizat persoana evaluată drept ”aptă la momentul evaluării” este corect.

Nu trebuie uitat faptul că EPCM trebuie să se concentreze pe factorii relativ constanți. Astfel, persoanele care sunt evaluate ca fiind apte pentru derularea unei activități nu își pierd această capacitate la momentul în care părăsesc incinta cabinetului psihologic.

Însă la nivel anecdotic se povestește (ca parte a culturii comunității profesionale, nefiind posibilă verificarea valorii de adevăr a acestor relatări) despre cazuri de persoane cu probleme mentale serioase sau lipsite de discernământ care au fost considerate ”apte la momentul evaluării”. De exemplu, o persoană nu dezvoltă schizofrenie, agorafobie sau tulburare de personalitate antisocială într-o perioadă foarte scurtă de timp. Astfel de afecțiuni ar trebui să fie detectate de psiholog (sau intuite de psiholog și detectate apoi de psihiatru), dacă ele sunt relevante pentru postul pentru care se face EPCM, iar ascunderea în spatele sintagmei ”apt la momentul evaluării” este nu doar non-etică, ci, de asemenea, considerăm noi, ilegală. Aceste afecțiuni, ca și multe altele, trebuie considerate în rândul factorilor relativ constanți, iar ratarea unui factor constant relevant pentru evaluarea realizată îl pune pe psiholog în culpă profesională.

Considerăm faptul că utilizarea acestei sintagme este dăunătoare: ea semnalează faptul că psihologii derulează o activitate care pentru orice angajator este inutilă, deoarece rezultatul

reflectă doar o stare la momentul evaluării. Pentru a elimina anumite riscuri inacceptabile, angajatorii trebuie să știe dacă viitorii angajați comportă riscuri pentru momentul prezent și pentru o perioadă viitoare, cel puțin până la momentul derulării unei noi evaluări periodice. Atragem atenția asupra faptului că utilizarea acestei sintagme „apt la momentul evaluării” este lipsită de sens pentru toate părțile implicate în acest proces și creează percepția inutilității unei specializări, dacă nu a întregii profesii.

## Sursele de risc în EPCM

Întrebarea principală pusă de EPCM este dacă persoana evaluată poate să desfășoare sarcinile menționate de un post anume în deplină siguranță, fără un posibil risc pentru propria sănătate, pentru sănătatea colegilor, a unor terțe părți și a bunurilor companiei (Cox, Edwards, & Palmer, 2000).

Riscul asociat cu o activitate este evaluat în funcție de repercusiunile posibile pe care le poate avea eșecul de a realiza sarcina atribuită (OHWC, 2012; WorkCover, 2001).

Există posturi de muncă în care repercusiunile sunt nule în termenii EPCM. De exemplu, dacă o secretară nu își duce la îndeplinire obligațiile, acest lucru nu are rezultate negative și majore imediate asupra sănătății și siguranței ei, a colegilor ei, sau a unor terțe părți.

Există însă și posturi de muncă în care consecințele nerealizării sarcinilor sunt majore. De exemplu, dacă un pilot de avion este incapacitat și nu își poate realiza sarcinile de muncă, acest lucru are un impact serios asupra lui, a restului echipajului, a pasagerilor, a proprietății și reputației companiei. Sau, dacă un inginer care își desfășoară activitatea într-o centrală nuclearo-electrică, cu risc de radiații ionizante, este incapacitat și nu își poate realiza sarcinile de muncă, acest lucru are un impact serios asupra lui, a restului colegilor, a populației, sau a întregii țări.

Riscul asociat cu o activitate poate să crească din mai multe cauze, dintre care cele mai importante sunt sarcinile de muncă efective și locul în care se desfășoară sarcinile de muncă (WMC Resources, 2004).

- **Sarcinile de muncă** atribuite unui angajat îi solicită acestuia un efort fizic și psihologic și, de aceea, plasează pe angajat o presiune. De exemplu, este posibil ca sarcina să ceară exercitarea pentru un timp îndelungat a unui efort fizic sau mental ridicat.
- **Mediul în care se desfășoară munca** este, de asemenea, important. De exemplu, munca într-un climat foarte cald sau foarte rece are cerințe diferite față de angajat decât munca într-un climat temperat.

Ambele aceste caracteristici ale postului pentru care se face EPCM trebuie luate în considerare.

Este posibil, de exemplu, ca sarcinile de muncă să fie generatoare de risc. Sarcinile de muncă generatoare de risc se deduc prin analiza muncii (Rayson, 2000); în mod special, este importantă în acest sens evaluarea exigențelor sarcinilor de muncă, cum ar fi exigențe temporale, exigențe senzoriale și perceptivă, exigențe cognitive (de atenție, memorie etc.) etc. De exemplu, pentru un pompier, munca în sine, adică sarcinile asociate ei și condițiile specifice de desfășurare a activității generează riscul: la fel ca și în alte meserii care cer un efort fizic susținut, incapacitatea de a face acest efort generează risc pentru angajat, pentru colegii săi și pentru posibile terțe părți.

Este posibil însă ca și locația fizică unde se desfășoară munca sau, în sens mai extins, ”mediul” de muncă (acesta incluzând locația) să fie un generator de risc, punând angajatul într-un risc direct ori indirect. Riscul direct datorat mediului apare, de exemplu, în cazul muncii realizate la înălțime, unde activitățile în sine este posibil să nu fie complicate, însă necesitatea de a lucra la mare înălțime este generatoare de risc. Riscul indirect datorat mediului de muncă apare, de exemplu, atunci când locația (de exemplu, șantierul) este greu accesibilă. De exemplu, în cazul unor angajați care lucrează pe platforme de foraj maritim, serviciile normale de sănătate nu sunt accesibile. O persoană care are nevoie constantă de acces la servicii de sănătate nu este aptă pentru a munci într-o astfel de locație.

## Rezultatul EPCM

EPCM trebuie să rezulte într-o recomandare clară către compania angajatoare, privind statutul persoanei evaluate (Hainer, 1994).

Sunt posibile două recomandări: ”Apt”, sau ”Inapt”. Aceste recomandări pot fi explicitate cu ajutorul a trei descriptori: ”temporar”, ”permanent”, ”condiționat” (OGP/IPIECA, 2011; Serra et al., 2007).

Oricare dintre recomandări trebuie să se refere în mod explicit la aptitudinea de a ocupa un post specific, care are cerințe specifice și circumstanțe (de exemplu anumite condiții de lucru/caracteristici fizice ale mediului de lucru, sau un anumit loc de desfășurare) specifice.

- **Apt.** Conform HG 355/2007 (art. 9), ”apt pentru muncă” reprezintă ”capacitatea lucrătorului din punct de vedere medical de a desfășura activitatea la locul de muncă în profesia/funcția pentru care se solicită examenul medical”. Această recomandare se face în cazul în care persoana evaluată este considerată fără rezerve aptă de a performa munca presupusă de postul său, fără pericol pentru sine sau pentru alte persoane.

Considerăm că se impune o mențiune aici: ”postul” este definit în acest context nu prin eticheta sa (de exemplu, ”inginer”) ci prin activitățile și condițiile de risc profesional. Pentru un anumit post dat, este posibil ca într-o companie să fie asociat și un anumit risc profesional, iar în altă companie acel risc să fie absent. De exemplu, într-o companie un inginer poate conduce mașina instituției și va fi supus examenului psihologic obligatoriu la angajare și periodic (în baza fișei 140), iar în altă companie un inginer poate să nu conducă mașina instituției și în acest caz examenul psihologic nu va fi solicitat.

Recomandarea de ”apt” poate fi asociată cu descriptorii ”temporar” și ”condiționat”. Recomandarea de ”apt” nu poate fi asociată cu descriptorul ”permanent”.

- O persoană considerată ”aptă” este întotdeauna considerată ”aptă temporar”, chiar dacă acest lucru nu este stipulat explicit în recomandare. Cu alte cuvinte, persoana este aptă la momentul evaluării și, pe un orizont de timp oarecare, de obicei unul sau doi ani, nu se întrevide o modificare atât de radicală a stării ei de sănătate fizică și mentală încât să devină inaptă. Totuși, nicio persoană nu poate fi considerată ”aptă permanent”;
- O persoană este considerată ”aptă condiționat” atunci când este posibil ca ea să constituie un risc pentru sine sau pentru alte persoane în condițiile stipulate de post, însă nu și dacă aceste condiții ar fi modificate. Această recomandare, așadar, spune că persoana ar fi aptă dacă anumite caracteristici ale mediului muncii ar fi modificate. Dacă

se face această recomandare, modificările necesare trebuie specificate clar, iar dacă aceste modificări sunt făcute de angajator, persoana evaluată este considerată ”aptă”. Dacă modificările nu sunt făcute, persoana evaluată este considerată ”inaptă temporar” sau chiar ”inapt permanent”.

- **Inapt.** Această recomandare se face în cazul în care persoana evaluată este considerată a nu putea performa munca presupusă de post, fără pericol pentru sine sau pentru alte persoane.

Recomandarea de ”Inapt” poate fi asociată cu descriptorii ”temporar” și ”permanent”.

- Inaptitudinea temporară în muncă ”*reprezintă incapacitatea medicală a lucrătorului de a desfășura activitatea la locul de muncă în profesia/funcția pentru care se solicită examenul medical privind aptitudinea în muncă, până la reevaluarea sănătății de către medicul de medicina muncii*” (HG 355/2007, art. 11). O persoană este considerată ”inapt temporar” atunci când suferă de o afecțiune care este posibil să se rezolve în timp; de exemplu, în domeniul evaluării medicale, un picior fracturat sau luxat face ca persoana evaluată să fie inaptă temporar pentru efectuarea anumitor activități. În domeniul evaluării psihologice, un diagnostic de episod depresiv face ca persoana evaluată să fie inaptă temporar pentru efectuarea anumitor activități. Însă, nici piciorul fracturat sau luxat și nici episodul depresiv nu sunt asociate permanent cu persoana evaluată, iar după vindecarea acestor afecțiuni persoana evaluată devine aptă pentru munca respectivă.
- Inaptitudinea permanentă în muncă ”*reprezintă incapacitatea medicală permanentă a lucrătorului de a desfășura activitatea la locul de muncă în profesia/funcția pentru care se solicită examenul medical privind aptitudinea în muncă*” (HG 355/2007, art. 12). O persoană este considerată ”inapt permanent” atunci când suferă de o afecțiune care nu este posibil, sau este puțin probabil să se rezolve în timp. De exemplu, în domeniul evaluării medicale o afecțiune cardiacă face ca persoana evaluată să fie inaptă permanent pentru realizarea anumitor activități. În domeniul evaluării psihologice, un diagnostic clinic de schizofrenie face ca persoana evaluată să fie inaptă permanent pentru realizarea anumitor activități, indiferent de situație și în mod special pentru că nu există modalități fezabile prin care să se evalueze dacă persoana în cauză respectă sau nu cu strictețe medicația psihiatrică prescrisă.

Acest lucru înseamnă că, practic, rezultatul evaluării se plasează pe o scală care acoperă următoarele patru puncte:

1. apt
2. apt condiționat
3. inapt temporar
4. inapt permanent

Vom oferi, în continuare, câteva detalii despre amploarea relativă a acestor diferite rezultate. Procentul de persoane evaluate drept ”inapte” este, de obicei, foarte mic. Rezultatul ”inapt” ar trebui să fie ultima posibilă rută pe care psihologul să o urmeze, în mod special în lumina implicațiilor etice și legale pe care le are un astfel de verdict. Procentul din populație care este descris drept ”inapt” diferă de la un studiu la altul, însă se plasează în genere la numere foarte mici. Diversele studii raportează procente cuprinse între 0.6% și cel mult 4%, chiar și pentru posturile cu cerințele cele mai greu de atins (de Kort, Fransman, & van Dijk, 1991; Serra et al., 2007).

## **Informare și recomandări**

O persoană considerată ca fiind "aptă condiționat" sau "inaptă" (indiferent dacă e "inaptă temporar" sau "inaptă permanent"), trebuie să fie informată cu privire la rezultatele evaluării, iar evaluarea trebuie să fie documentată și motivată corespunzător (Cowell, 1986).

O persoană declarată inaptă are dreptul, conform Codului Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, după minimum 72 de ore de la evaluarea inițială, la reexaminare sau la a doua opinie de specialitate. Dacă persoana decide că dorește reexaminarea sau apelează la o a doua opinie de specialitate, avizul psihologic eliberat în această situație devine cel final.

Rezultatele evaluărilor care consideră o persoană ca fiind "aptă condiționat" sau "inaptă" trebuie în mod obligatoriu să fie însoțite de recomandări (Colledge, Johns, & Thomas, 1999).

Recomandările date trebuie să fie clare și lipsite de ambiguitate, ceea ce este uneori dificil. De exemplu, o recomandare care spune că persoana este "aptă pentru muncă fără efort fizic" nu are sens nici din punct de vedere practic și nici din punct de vedere legal. Recomandările ar trebui să specifice explicit ce anume sarcini nu pot fi făcute de către angajat și, dacă restricțiile sunt temporare, pentru cât timp se aplică aceste restricții.

### **Aspecte etice și legale**

Implicațiile etice și legale ale verdictului de "inapt" sunt majore. Este necesar să subliniem aici că un psiholog care dă un astfel de verdict trebuie să aibă convingerea că îl va putea susține cu succes în instanță, în caz că acest lucru va fi necesar.

Aspectele etice presupuse de EPCM sunt complicate și din cauză că există cel puțin trei părți interesate în proces, cu perspective și interese diferite: persoana evaluată, angajatorul și examinatorul (medicul și/sau psihologul) (Kloss, 1998).

Psihologul care este implicat în EPCM are responsabilități atât față de persoana evaluată, cât și față de angajator.

**Persoana evaluată are dreptul** de a fi informată despre scopul evaluării și de a fi informată în detaliu despre rezultatele evaluării. Persoana evaluată are dreptul la confidențialitate. Confidențialitatea se referă la istoricul medical al persoanei evaluate și la toate detaliile evaluării; acest lucru spune că angajatorului nu îi este permis accesul decât la rezultatul evaluării psihologice, exprimate printr-un aviz psihologic și că el are acces la un raport de evaluare psihologică, numai dacă persoana evaluată și-a exprimat în scris acordul în acest sens.

Totuși, confidențialitatea are și limite, iar aceste limite trebuie să îi fie aduse la cunoștință persoanei evaluate înainte de realizarea evaluării (Bruyère & O'Keeffe, 1994). Limita cea mai importantă ține de motivele și recomandările asociate cu rezultatele care sunt diferite de "apt" și "inapt permanent". Rezultatul "apt" și rezultatul "inapt permanent" nu trebuie motivate față de angajator, ci doar către persoana evaluată. Rezultatele de "apt condiționat" și "inapt temporar" trebuie să fie însă motivate în detaliu către angajator, care trebuie să poată evalua pașii pe care îi are de făcut în aceste condiții. În multe din aceste situații este inevitabil ca psihologul să trebuiască să detalieze natura problemei medicale către angajator.

Totuși, principiul confidențialității pune aici psihologul într-o postură neclară, căci, complet contraintuitiv, și în acest caz trebuie să existe un acord exprimat în scris de persoana evaluată. Cel mai simplu mod de ieșire din acest impas este realizarea unei declarații de principiu pe care persoana evaluată o primește, citește și semnează în debutul procesului de evaluare și care permite psihologului în aceste cazuri să comunice angajatorului aceste informații.

**Angajatorul are dreptul** de a fi informat despre rezultatul evaluării. În condițiile în care acest rezultat îl privește direct, cum ar fi de exemplu în cazul unui rezultat de ”apt condiționat” sau ”inapt temporar”, are dreptul să fie informat în detaliu despre responsabilitățile și obligațiile sale. De exemplu, în cazul unui rezultat de ”apt condiționat”, angajatorului trebuie să i se specifice explicit ce anume sarcini nu pot fi făcute de către angajat, iar în cazul unui rezultat de ”inapt temporar” angajatorului trebuie să i se specifice explicit pentru cât timp se aplică aceste restricții.

EPCM ridică și aspecte legale foarte importante. EPCM are impact asupra dreptului la muncă, a dreptului la o remunerație corectă și a altor drepturi (Pachman, 2009).

În mod special, rezultatele de ”inapt permanent”, ”inapt temporar” și ”apt condiționat” au implicații serioase asupra persoanei evaluate. Dacă această persoană este angajată, își poate pierde poziția actuală în companie, sau își poate pierde chiar locul de muncă. Dacă nu este încă angajată, i se poate refuza angajarea, sau poate ajunge în poziția de a i se oferi un post aflat sub nivelul la care persoana este calificată.

De aceea, este critic ca evaluarea să se desfășoare pe baza unui proces transparent și verificabil, valid din punct de vedere științific, articulat pe baza unor evaluări obiective. Psihologul are obligația morală și profesională de a documenta explicit, pentru arhiva sa, probele utilizate pentru a realiza EPCM precum și scorurile obținute de persoana evaluată și de a păstra aceste documente în arhiva sa pentru posibile verificări. O EPCM realizată în afara acestui cadru, adică fără o explicare clară a probelor utilizate, a scorurilor obținute și a documentelor doveditoare aferente, este o evaluare sub standardul minim de profesionalism.

**Psihologul are dreptul** de a cere altor profesioniști din domeniul sănătății, în mod special a sănătății mintale, consult de specialitate înainte de acordarea calificativului pentru o persoană evaluată. Cu alte cuvinte, în condițiile în care psihologul observă sau bănuiește existența unor afecțiuni pe care nu are competența profesională sau permisiunea legală de a le diagnostica, el are dreptul de a cere consult suplimentar de specialitate. Acest principiu este similar cu cel aplicat medicilor.

De exemplu, medicul specializat în medicina muncii acordă calificativul ”inapt temporar” (nu permanent!) persoanelor la care tensiunea arterială depășește 200/100 mmHg și solicită o nouă evaluare pentru schimbarea rezultatului într-un interval convenit cu acea persoană, în care aceasta să aibă suficient timp pentru a fi investigată complex de către un medic specialist cardiolog (nu de medicul de familie), investigație în urma căreia persoana trebuie să dovedească primirea unui tratament personalizat. Această măsură nu are rol punitiv, ci susține siguranța la locul de muncă, nu doar pentru angajat, ci și pentru organizație.

Este important de menționat că angajatul nu are în cazul menționat mai sus drept de a alege dacă merge mai departe sau nu la cardiolog. Este considerată abatere disciplinară care se sancționează ca atare, în cazul în care un angajat nu respectă recomandările medicului de medicina muncii în intervalul de timp convenit împreună.

Principiul explicitat aici este valabil și pentru munca psihologului. În situația unei afecțiuni psihopatologice identificată sau bănuită de către psiholog, acesta nu are dreptul profesional și legal să emită diagnostice, ci poate doar să solicite medicului de medicina muncii o consultație de specialitate psihiatrică, pentru clarificarea prin diagnostic medical a unei bănuieli fondate, precum și pentru instituirea unui tratament de specialitate.

### **Includerea rațiunilor economice în EPCM**

Faptul că o persoană nu va fi un angajat performant, nu este motiv pentru a da un verdict de "inapt" (McGregor, 2003). Chiar dacă nu va fi performant ca angajat, persoana respectivă este, de principiu, aptă de a realiza sarcinile de muncă fără un risc inacceptabil pentru propria sănătate și siguranță, sau pentru sănătatea și siguranța altor persoane. Verdictul de "inapt" spune că persoana respectivă **nu poate** să realizeze sarcinile de muncă fără un risc inacceptabil pentru propria sănătate și siguranță, sau pentru sănătatea și siguranța altor persoane. Așadar "apt" poate să însemne și "abia dacă este apt". Într-un astfel de caz verdictul de "apt" nu poate fi refuzat (Colledge, Johns, & Thomas, 1999).

Există definiții care extind aria EPCM și la impactul economic avut de angajat (Murphy, 1992). Cu alte cuvinte, definiția se extinde, spunând că EPCM stabilește capacitatea persoanei de a realiza sarcinile de muncă fără un risc inacceptabil pentru propria sănătate și siguranță, pentru sănătatea și siguranța altor persoane **și pentru organizație**.

Accentul pe considerentele economice în evaluarea capacității unei persoane de a presta o activitate, adică o concentrare pe impactul economic al deciziei de a considera pe cineva "apt" sau "inapt", conduce la transferul procesului către zona de selecție, adică exact către acea zonă spre care **nu** ar trebui să meargă. Un exemplu de astfel de criteriu ar fi absentismul care ar putea fi cauzat de anumite probleme de sănătate ale unei persoane evaluate și care ar putea fi evitate dacă acea persoană nu ar fi angajată.

Însă **evaluarea productivității, performanței sau eficienței unei persoane într-un post nu intră în sfera EPCM**. Dimpotrivă, includerea criteriilor economice în EPCM, dincolo de caracterul non-etic principial, deschide larg ușa unor abuzuri. De exemplu, un studiu realizat în SUA a arătat că 68% din medicii care realizau astfel de evaluări acordau avize de "inapt" persoanelor cu hipertensiune arterială, fără vreun alt alt motiv decât faptul că angajarea lor ar fi crescut ratele anuale de asigurare plătite de companie (Murphy, 1992).

Așadar, în ciuda discuțiilor aprinse pe această temă, consensul actual spune că implicațiile economice nu au ce căuta în EPCM (McGregor, 2003).

### **Adaptări din partea angajatorului**

Rezultatul EPCM, atunci când este oricare altul decât cel de "apt", atrage după sine implicații pentru persoana evaluată și pentru potențialul sau actualul angajator, care pot duce la refuzul de a angaja persoana sau la încetarea colaborării cu aceasta. Oricare decizie din acest registru trebuie luată în conformitate cu legislația muncii, astfel încât să poată fi susținută cu succes într-un eventual proces (Bruyère & O'Keeffe, 1994).



Principiile tratamentului corect față de angajați și potențiali angajați spun că angajatorul ar trebui să ofere acestor persoane alte opțiuni pentru a realiza munca respectivă (Mancuso, 1993).

Bunele practici în acest domeniu impun necesitatea din partea angajatorului de a stabili proceduri explicite care trebuie să fie urmate în condițiile existenței unui verdict de ”apt cu restricții” sau de ”inapt” cu un potențial sau actual angajat. Aceste proceduri au scopul de a minimiza impactul personal al unui astfel de rezultat negativ al EPCM.

Adaptarea postului pentru a corespunde aptitudinilor persoanei sau transferul persoanei către un post alternativ reprezintă primul pas impus de legislația în vigoare (HG 355/2007, art. 14). Astfel de concesii nu intră doar sub incidența bunelor practici, ci reprezintă un angajament al fiecăreia dintre cele două părți (angajat și angajator) pentru creșterea securității la locul de muncă. Dacă totuși astfel de soluții nu sunt posibile, intervine refuzul de angajare sau terminarea relației contractuale, în funcție de situația pentru care s-a realizat EPCM.

**Actele administrative și procedurile urmate de angajator nu sunt responsabilitatea psihologului care realizează EPCM.** Psihologul trebuie să evalueze capacitatea funcțională a persoanei evaluate și riscul asociat acesteia în funcție de cerințele postului. El poate doar să ofere sugestii cu privire la sarcinile care ar putea fi realizate totuși de persoana evaluată și, dacă acest lucru este posibil, poate dezvolta un program de reabilitare care să refacă aptitudinea pentru muncă a persoanei evaluate (Bruyère & O’Keeffe, 1994).

Acest lucru se poate realiza în situația în care persoana evaluată își exprimă în scris acordul ca angajatorul să cunoască motivele pentru care, în urma evaluării psihologice, s-a emis un aviz psihologic de apt cu restricții/recomandări, de inapt temporar sau inapt permanent. Obligația psihologului, prin confidențialitatea actului psihologic, este de a nu justifica rezultatul examenului psihologic decât beneficiarului direct, care este persoana fizică evaluată și nu și beneficiarului indirect, reprezentat de compania angajatoare.

### **Definirea riscului în domeniul sănătății și securității la locul de muncă**

Nu există consens la nivelul comunității științifice despre două din lucrurile importante legate de risc, anume gradul de risc care este acceptabil și entitatea care trebuie să stabilească acest lucru (Porru, Placidi, Carta, & Alessio, 2006).

În ceea ce privește entitatea care decide ce risc este acceptabil sau inacceptabil, există autori care consideră că medicul sau, în cazul evaluării de variabile psihologice, psihologul nu au căderea sau autoritatea de a decide acest lucru, ci că angajatorul ar trebui să facă aceasta, fiind doar consiliat de specialistul care a realizat EPCM (Davies, 1996; Colledge, Johns & Thomas, 1999).

Totuși, în România, legea prevede că specialistul care face evaluarea este cel care ia decizia în urma evaluării.

Este totuși nevoie să facem aici o precizare care ține de responsabilitatea comună a medicului/psihologului pe de o parte și a angajatorului, pe de altă parte. Toate referințele legislative menționate mai sus impun angajatorului obligația de a semna fișa de expunere la noxele și riscurile profesionale, întocmită de responsabilul desemnat de acesta cu securitatea și sănătatea la locul de muncă (care are, conform legislației, în mod obligatoriu o formare

profesională tehnică). Conform aceluiași act normative, medicul de medicina muncii își începe activitatea **numai** după ce vizitează locurile de muncă, pentru a stabili împreună cu responsabilul desemnat pentru protecția muncii pachetele de investigații medicale obligatorii. Așadar, nu medicul sau psihologul stabilește riscurile la locul de muncă, ci doar medicul (și prin intermediul acestuia, dacă este cazul, psihologul) anunță angajatorul ce servicii medicale vor fi prestate, conform legii, pe baza fișei de riscuri primite.

Pentru ca nivelul de risc la adresa sănătății și siguranței proprii sau a altor persoane să fie inacceptabil de mare, literatura spune că acesta trebuie să poată fi etichetat drept "risc direct". Riscul direct trebuie să întrunească un număr de trei condiții, în mod concomitent (Donoghue, 2001).

**(a) Riscul direct trebuie să aibă un anumit nivel de probabilitate și severitate.**

Nivelul de severitate și probabilitate a unui risc este evaluat pe baza a ceea ce se numește "Matrice de evaluare a riscului" (Risk Assessment Matrix). Matricea este prezentată în anexa acestui document (după OGP/IPIECA, 2011). Riscul direct (adică inacceptabil) este acela care presupune o severitate de nivel "semnificativ" sau mai mare ("critic" sau "catastrofic") și, în același timp, o probabilitate de apariție de nivel "probabil" sau mai mare ("frecvent").

**(b) Riscul direct trebuie să fie sprijinit de dovezi științifice.**

Este necesar ca riscul estimat să fie bazat pe dovezi științifice (Franco, 2005; Mohr, Gochfeld & Pransky, 1999; Pachman, 2009). Acest lucru se referă atât la variabilele evaluate de psiholog, cât și la nivelul limită stabilit pentru o anumită variabilă. De exemplu, evaluarea nivelului de nevrotism al unei persoane pentru a estima capacitatea acesteia de a lucra la înălțime nu poate fi făcut decât dacă există studii științifice care demonstrează o legătură directă între accidentele de muncă în cazul muncitorilor care lucrează la înălțime și nivelul nevrotismului. În același timp, nivelul limită acceptat ca descriind rezultatul de "apt" pe o variabilă psihologică ce are legătură cu o incapacitate specifică trebuie să fie stabilit pe baza unor studii științifice; de exemplu pentru a stabili că un rezultat mai slab de centila 10 pentru un test de atenție desemnează risc major este nevoie să existe un studiu care arată o legătură univocă între acest nivel de dezvoltare al atenției și o anumită dizabilitate funcțională.

**(c) Riscul direct trebuie să fie bazat pe evaluare individuală.**

Au existat și încercări de a calcula riscul asociat cu EPCM pe baza unor raționamente statistice, utilizând ecuații care echilibrează diferitele variabile implicate (Donoghue, 2001), însă, acestea nu au avut succes în practică.

Se consideră, la acest moment (OGP/IPIECA, 2011), că este necesar ca riscul să fie estimat pentru o persoană specifică exclusiv pe evaluarea individuală a acesteia și nu pe statistici care se fac la nivelul unei populații. De exemplu, persoanele care au anumite afecțiuni este posibil să aibă o incidență mai mare a accidentelor de un anumit tip. Psihologul nu trebuie să facă o simplă judecată statistică, fără a ține cont de particularitățile persoanei. De exemplu, o anumită trăsătură de personalitate, ca de exemplu "căutarea de senzații" este probabil să fie temperată de altă trăsătură de personalitate, de exemplu de "conștiinciozitate" sau de diverse variabile de personalitate, de exemplu de vârstă.

De aceea, psihologul trebuie să utilizeze judecata sa profesională și să estimeze riscul nu prin simplă judecată statistică, ci prin înglobarea tuturor informațiilor existente despre o persoană și să compare riscul rezultat cu alte riscuri care sunt tolerate sau acceptate în mediul specific în care persoana evaluată își desfășoară sau își va desfășura activitatea (Wong & Lieh-Mak, 2001).

Pentru a opera la acest nivel, este important ca și psihologul să cunoască contextul muncii în care persoana își desfășoară sau își va desfășura activitatea. Atragem însă din nou atenția asupra faptului că judecata profesională trebuie să fie bazată pe evidențe empirice care să fie considerate valide în cazul unui eventual proces.

## **Evaluarea psihologică structurată pentru EPCM**

După cum am mai discutat pe parcursul acestui document, există doar două zone care țin de evaluarea psihologică și care ar putea aduce informație relevantă pentru ca EPCM să aibă un rezultat altul decât cel de ”apt”. Cele două zone țin de **sănătate mintală** (domeniul psihologiei clinice și al psihiatriei) și de **funcționarea neuropsihologică** (domeniul neuropsihologiei). Acest lucru este posibil să fie contraintuitiv pentru psihologii specializați în psihologia muncii, care în cea mai mare parte nu sunt specializați și în aceste două domenii, însă dovezile științifice sunt clare (de exemplu, Bell & Lysaker, 1995; Glozier, 2002; Robbins, 1988).

Dacă ne concentrăm pe aceste două zone relevante, buna practică în domeniu dictează ca EPCM să se bazeze pe trei surse majore de informații:

- (1) Informații istorice (“background information”),
- (2) Informații obținute dintr-un interviu de profunzime și
- (3) Informații psihometrice (Fischler & Booth, 1999).

Aceste trei surse majore de informații descriu în același timp și trei metode diferite: informațiile istorice (1) se obțin prin analiza documentelor informațiile din interviul de profunzime (2) se obțin printr-un interviu (metodă calitativă), iar informațiile psihometrice (3) se obțin prin intermediul unor instrumente precum testele și chestionarele psihologice.

O scurtă descriere a celor trei surse urmează aici (după Fischler, 2013).

### **1. Informații istorice (“background information”)**

Psihologul are trebui să aibă informații despre istoricul persoanei evaluate. Aceste informații pot fi obținute de la angajator, atunci când evaluarea se face pentru o persoană care este deja angajată, sau direct de la persoana evaluată, atunci când aceasta nu este încă angajată. Este critic însă ca aceste informații să fie verificate din terțe părți (de exemplu un medic sau fostul terapeut al persoanei evaluate, când aceasta nu contravine confidențialității pe care și acești profesioniști trebuie să o mențină față de persoana care le-a fost client sau pacient), pe bază de *documente*, nu pe baza autoraportării de către persoana evaluată.

Informațiile istorice se referă la două mari arii: **date biografice** și **istoric profesional**.

- În ceea ce privește datele biografice, psihologul are nevoie de cât mai multe informații ce țin de istoricul social al persoanei (de exemplu legat de familie sau de posibile probleme legale), precum și de istoricul său medical în general și, în mod special, de afecțiunile psihologice pe care persoana le are sau le-a avut în trecut (inclusiv a adicțiilor).
- În ceea ce privește istoricul profesional al persoanei evaluate, psihologul are nevoie de date despre durata angajării pe locul de muncă actual și pe alte locuri de muncă, în trecut; istoricul evaluărilor de performanță la locul de muncă; istoricul disciplinar la locul de muncă (atât a problemelor minore, cum ar fi absenteism sau întârzieri, cât și a

problemelor mai serioase), antecedente de implicare în evenimente (răniri, incidente, accidente), antecedente/atitudini actuale negative la adresa muncii sau organizațiilor angajatoare, antecedente privind predispoziția de a avea insatisfacții la locul de muncă, antecedente privind comportamente de asumare a riscului sau comportamente care sugerează existența unor trăsături de personalitate care nu predispun la siguranță (conștiinciozitate foarte redusă, nevrotism foarte ridicat, emoționalitate negativă), antecedente contraproductive, dificultăți ale adaptării în muncă, conflicte cu alți angajați, predispoziția de a nu acorda sprijin sau de a nu primi sprijin în muncă, antecedente psihiatrice, neurologice (de exemplu, crize epileptice) etc. Din păcate, rareori aceste detalii sunt cerute de psiholog și rareori ele sunt puse la dispoziție de angajator; dimpotrivă, există uneori impresia că psihologul ar trebui să tragă concluzii despre comportamentul viitor al persoanei evaluate complet independent de comportamentul trecut al acesteia, ceea ce este nerealist.

## 2. Informații obținute dintr-un interviu de profunzime

- Interviul utilizat în EPCM ar trebui să fie un interviu structurat bazat pe o listă riguroasă ("checklist") și nu o discuție liberă. Unii autori (e.g. Fischler & Booth, 1999) recomandă o durată de până la două ore, dar, în practică, aceste interviuri tind să fie mai degrabă scurte. Interviul devine astfel un interviu de screening, iar pentru cea mai mare parte a persoanelor evaluate aceste informații sunt obținute în aproximativ 15 minute. Nu dorim să recomandăm o durată standard pentru interviu, căci mai important este ca el să atingă o seamă de arii majore. Informații care trebuie să fie extrase de interviu sunt în cea mai mare parte similare cu informațiile istorice obținute din documente (vezi mai sus).
- Interviul este însă de cele mai multe ori mai amplu, acoperind majoritatea ariilor de informații necesare psihologului, deci mai util decât informațiile istorice obținute din documente, care sunt mai dificil de găsit și sunt rareori complete.

## 3. Informații psihometrice

Informațiile psihometrice se obțin prin testare psihologică. Există două arii majore în care testarea psihologică poate aduce informații critice pentru EPCM.

- **Aptitudini cognitive.** Aptitudinile cognitive sunt măsurate cu teste și se referă ori la inteligență, ca aptitudine cognitivă generală, ori la aptitudini cognitive specifice, cum ar fi memoria, atenția sau concentrarea. În practică, în România, sunt utilizate de obicei teste de evaluare a aptitudinilor cognitive specifice, ceea ce este sub-optimal și lungeste anormal de mult evaluarea psihologică. Din cauză că aptitudinile mentale specifice corelează puternic între ele și formează la un nivel mai înalt de grupare aptitudinea generală, procedura optimă este aceea a evaluării în doi pași. În primul pas ar trebui evaluată aptitudinea generală (inteligența) cu un test scurt, de screening. În cazul în care scorul obținut la acest test este plasat deasupra unei limite (să zicem, fără a o recomanda ca atare aici, centila 10), cu siguranță că aptitudini specifice precum atenția, memoria, sau concentrarea sunt și ele dezvoltate măcar la un nivel minim funcțional (căci ele sunt necesare pentru rezolvarea sarcinilor din testul de inteligență). Dacă, însă, scorul obținut la acest test este plasat sub această limită, se impune testarea componentelor specifice. Totuși, chiar și atunci testarea trebuie să fie făcută cu un test care este suficient de sensibil pentru a măsura atenția, memoria, concentrarea (sau alte aptitudini specifice) la niveluri foarte slab dezvoltate. O parte din testele utilizate pentru a măsura aceste aptitudini specifice nu discriminează suficient în aria scorurilor joase, unde de fapt ar fi

nevoie de putere de discriminare. Prin urmare, recomandăm utilizarea unor instrumente ale căror caracteristici psihometrice implică erori standard de măsurare la un nivel acceptabil pentru scorurile extreme, sau, cu alte cuvinte „sensibilitate” pentru a detecta scoruri extrem de scăzute.

- **Personalitate.** Personalitatea este măsurată de obicei cu chestionare (sau ”inventare”) de personalitate. Se mai folosesc extensiv în România teste proiective pentru evaluarea personalității, însă **testele proiective sunt contraindicate pentru utilizarea în acest context**, căci nu există studii care să demonstreze validitatea acestor instrumente proiective în contexte specifice EPCM, iar utilizarea lor pentru acest scop pune psihologul în culpă profesională. Există două aspecte importante care țin de măsurarea personalității în acest context. Primul aspect ține de măsurarea unor trăsături largi sau a unor trăsături înguste. Deși un număr de trăsături largi, acoperitoare, de personalitate, precum Psihotismul sau Stabilitatea emoțională, pot aduce informație importantă, aceasta este, de obicei, grosieră și necesită oricum elaborare ulterioară. Cea mai mare parte a informației critice este adusă de anumite aspecte înguste de personalitate, printre care enumerăm (fără a sugera că acestea trebuie măsurate în toate cazurile) furia ca trăsătură, anxietatea, ostilitatea, depresia, impulsivitatea, căutarea de senzații, onestitatea, complianța, autodisciplina, simțul datoriei și altele. Al doilea aspect ține de măsurarea cu instrumente generate pentru uzul cu populația normală sau, dimpotrivă, pentru populația clinică. Din acest punct de vedere, mulți autori sugerează, în mod interesant și poate neașteptat pentru psihologii specializați în domeniul psihologiei muncii, că ar trebui preferate testele generate pentru utilizare clinică. Această recomandare ține, în principal, de faptul că majoritatea chestionarelor dezvoltate pentru a măsura personalitatea normală nu conțin scalele clinice necesare (de exemplu, cele amintite mai sus) și nu discriminează suficient de bine la nivelul la care scorurile sugerează probleme mai serioase.

**Informații din surse multiple.** Este absolut contraindicată fundamentarea deciziei pe doar una din aceste surse de informații. Stabilirea unui rezultat pentru EPCM fără a avea informații despre istoricul persoanei evaluate este imposibilă și permite clasificarea greșită a unor persoane care au funcționalitate aparent normală la testele de screening utilizate. Este de aceea critic să fie culese informații de istoric personal și profesional măcar prin interviu, iar acest interviu ar trebui să fie suficient de voluminos. Stabilirea unui rezultat pentru EPCM, fără a avea informații robuste extrase din teste psihologice, este însă și mai gravă și contraindicată. Această tentație apare des în practică, căci psihologii, în mod special cei clinicieni (Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000), se bazează pe experiența lor clinică și își supraestimează puternic capacitatea de a extrage informații relevante exclusiv prin interviu. Există foarte puține dovezi științifice privind capacitatea chiar și a celor mai experimentați psihologi de a prezice anumite comportamente problematice (de exemplu, violența) exclusiv pe baza judecății lor profesionale (Grove et al., 2000). Studiile arată că, dimpotrivă, informațiile oferite de teste, tratate actuarial (statistic) au capacitate mai mare de predicție pe termen lung decât judecata profesională a clinicienilor (Grove et al., 2000). Nu pledăm, desigur, pentru a utiliza doar teste, ci recomandăm cu tărie utilizarea tuturor surselor de date.

**Principiul competenței profesionale în EPCM.** Dorim să explicăm în această secțiune pe scurt principiul competenței profesionale, așa cum se aplică el în evaluarea psihologică de tip EPCM. Acesta este o aplicare practică a principiului responsabilității științifice și profesionale, principiu care se regăsește în majoritatea codurilor etice din lume, inclusiv în Codul Deontologic al Colegiului Psihologilor din România.

Toate detaliile discutate mai sus trebuie să țină cont de competențele psihologului care realizează evaluarea. Astfel, un psiholog cu specialitatea psihologia muncii și organizațională nu poate elibera un aviz de inapt temporar și/sau inapt permanent dacă persoana evaluată prezintă tulburări mintale, de exemplu depresie, schizofrenie etc. Un astfel de diagnostic poate fi pus doar de psihiatru și cu el poate opera, dintre psihologi, doar psihologul cu competențe în specialitatea psihologie clinice.

Un psiholog specializat în psihologia muncii și organizațională poate însă elibera, de exemplu, un aviz de inapt permanent în situația în care, într-o evaluare psihologică pentru funcție de decizie (în acest caz, în HG 1169/2011 este menționat ca trebuie evaluată inteligența), persoana evaluată obține un scor IQ foarte scăzut. Însă, în situația în care testele de personalitate utilizate și interviul desfășurat generează date în lumina cărora psihologul poate bănui, în mod justificat, că există aspecte de ordin psihopatologic care ar putea influența avizul, atunci avizul psihologic eliberat de psihologul în specialitatea psihologia muncii și organizațională este legat de o condiționare, și anume, o evaluare realizată de un psiholog clinician. Această evaluare este importantă, căci psihologul specializat în psihologia muncii și organizațională nu are competențe de psiholog clinician. Chiar dacă poate utiliza teste care au și conotații clinice, el nu are competența de a le interpreta. Apelul la specialist (în acest caz, psiholog clinician) este așadar ruta corectă.

Exemplificăm cu cazul unui primar cu funcție de decizie. Vom evalua inteligența sa, personalitatea sa și vom realiza și un interviu. Să presupunem că această evaluare relevă o inteligență medie, dar o mare instabilitate emoțională și o agreabilitate foarte scăzută. În acest caz, din anumite puncte de vedere supuse evaluării, psihologul specializat în psihologia muncii și organizațională se poate pronunța (inteligența), dar pentru altele avizul psihologic va fi condiționat de o evaluare clinică. Persoana evaluată va primi avizul de la psihologul specializat în psihologia muncii și organizațională și va completa acel aviz cu o evaluare clinică. În urma evaluării clinice, persoana evaluată va obține un nou aviz, care o poate declara apt, inapt temporar sau inapt permanent. Acest aviz vine să-l completeze pe cel eliberat de psihologul specializat în psihologia muncii și organizațională. Astfel, în funcție de rezoluția primită și de la psihologul clinician, medicul de medicina muncii va decide rezoluția finală.

### **Concluzii și invitație la dezbateri publice**

Acest document se dorește a fi punctul de plecare pentru stabilirea unor standarde de calitate autentice. Ne dorim ca toți psihologii care realizează evaluări ale capacității de muncă (EPCM), adică evaluări privind calitatea de a fi "apt pentru muncă", să lucreze în mod profesionist și unitar, în spiritul umanist în care aceste evaluări ar fi trebuit să fie gândite.

Totuși, ne vedem nevoiți nu doar să constatăm nivelul scăzut de profesionalism la care se lucrează de multe ori în acest domeniu, ci de asemenea să subliniem faptul că, atâta timp cât psihologii cu drept de liberă practică în domeniul psihologiei muncii și organizațională se comportă exclusiv tributar contractelor cu medicii de medicina muncii și acceptă compromisurile impuse de aceștia pentru scurtarea timpului de evaluare psihologică, nu doar prețurile impuse de către medici vor continua să scadă, ci de asemenea va continua să scadă utilitatea evaluării EPCM.

Anual se raportează, în România, accidente de muncă soldate cu decese, cazuri de suicid la locul de muncă (uneori, chiar la nivel de top management) și alte evenimente de acest tip care aduc în prim plan sănătatea și securitatea la locul de muncă. Cât timp astfel de evenimente continuă să apară, angajatorii vor și cer mai mult din partea specialiștilor care activează în domeniul sănătății ocupaționale. Din păcate, însă, specialiștii care activează în domeniul sănătății ocupaționale nu dau mai mult, ci mai puțin. Piața de servicii în domeniul sănătății ocupaționale este intens concurențială și este caracterizată de o scădere îngrijorătoare a calității serviciilor prestate, cu scopul de a susține oferte financiare foarte reduse.

Nu credem că piața are capacitatea de a rezolva acest impas, căci presiunea este, în mod continuu, spre o scădere a costurilor și a calității. Presiunea către profesionalizare poate veni însă din două surse: angajatori (companii) și specialiști (psihologi).

Pentru psihologi, există două rute care pot fi urmate. Prima rută este aceea a profesionalizării serviciilor oferite la acest moment. Simpla evaluare de "apt/inapt" poate fi realizată profesionist, chiar dacă, din păcate, de multe ori nu este. De multe ori, lipsa de calitate vine și din neștiință ori dintr-o insuficientă explicitare a cadrului în care această calitate poate fi obținută. Documentul prezent poate contribui la rezolvarea acestui tip de problema.

A doua rută este aceea a asumării unei noi paradigme în evaluarea sănătății și securității la locul de muncă. Practica, precum și literatura științifică, arată faptul că avizele de "apt psihologic" în muncă sunt insuficiente pentru evaluarea siguranței în muncă, în organizație. Ar fi ideal ca psihologii specializați în psihologia muncii și organizațională să își asume schimbarea de paradigmă de la simplul „apt/inapt psihologic” către întocmirea unui **raport de expertiză psihologică ocupațională**, care să cuprindă recomandări la nivel organizațional. Un astfel de raport este util organizației și ridică psihologul de la nivelul unui simplu furnizor de servicii cu impact minor la un consultant cu impact major. În plus, acest tip de activitate cultivă încrederea în valoarea profesională, generează autonomie față de medicii de medicina muncii și oferă o contribuție concretă, nu doar formală, la creșterea siguranței ocupaționale pentru organizație.

În ceea ce privește companiile, există deja o tendință în a considera că sănătatea și securitatea în muncă este o axă prioritară pentru dezvoltarea performanței organizaționale. Această axă este importantă nu doar ca urmare a obligativității implementării legislației europene, ci ca o consecință a asumării din partea angajatorilor care au conștientizat importanța creării unui mediu de lucru sănătos. Din ce în ce mai des, strategiile de sănătate și securitate în muncă ale companiilor reflectă idei care spun că toate accidentele pot și trebuie evitate și că sănătatea și securitatea reprezintă factorul strategic pentru integrare, profesionalism și eficiență a organizației.

Invităm toți psihologii acreditați în psihologia muncii și organizațională și nu numai să se implice asertiv în analiza, asimilarea și punerea în practică a acestor recomandări, pentru a crea împreună un cadru favorabil dezvoltării noastre profesionale și oferirii unor servicii profesionale și bazate pe dovezi științifice către indivizii, grupurile, comunitățile și societatea pe care le deservim.

## Bibliografie

- Avram, E. (2014). Sănătate și siguranță ocupațională. București: Editura Universitară.
- Asociația de Psihologie Industrială și Organizațională [APIO] (2013). *Starea actuală a psihologului specializat în psihologia muncii și organizațională, în România*. București: APIO.
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1995). Psychiatric symptoms and work performance among persons with severe mental disorders. *Psychiatric Services, 46*, 508-511.
- Bruyère, S. M., & O'Keeffe, J. (Eds.) (1994). *Implications of the Americans with Disabilities Act for Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Colledge, A. L., Johns, R. E., Jr., & Thomas, M. H. (1999). Functional ability assessment: Guidelines for the workplace. *Occupational and Environmental Medicine, 41*, 172-180.
- Collings, G. H. (1971). The pre-employment examination: Worth its cost? *Journal of Occupational Medicine, 13*, 422-426.
- Cowell, J. W. F. (1986). Guidelines for fitness-to-work examinations. *Canadian Medical Association Journal, 135*, 985-988.
- Cox, R. A. F., Edwards, F. C., & Palmer, K. (2000). *Fitness for work: the medical aspects* (3rd ed). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Davies, W. (1996). ABC of work related disorders: Assessing fitness for work. *BMJ, 313*, 934-938.
- de Kort, W. L., & van Dijk, F. (1997). Preventive effectiveness of pre-employment medical assessments. *Occupational and Environmental Medicine, 54*, 1-6.
- de Kort, W. L., Fransman, L. G., & van Dijk, F. J. (1991). Pre-employment medical examinations in a large occupational health service. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 7*, 392-397.
- de Kort, W. L., Uiterweer, H. W., & van Dijk, F. J. (1992) Agreement on job fitness for a job. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 18*, 246-251.
- Donoghue, A. M. (2001). The calculation of accident risks in fitness for work assessments: diseases that can cause sudden incapacity. *Occupational Medicine, 51*, 266-271.
- Fischler, G. L., & Booth, N. (1999). *Vocational Impact of Psychiatric Disorders*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.
- Fischler, G. L. (2013). *Assessing Fitness-For-Duty and Return-to-Work Readiness for People With Mental Health Problems*. Retrieved from [http://www.psycheval.com/assessing\\_ffd\\_rtw.shtml](http://www.psycheval.com/assessing_ffd_rtw.shtml)
- Floyd, M., & Espir, M. E. (1986). Assessment of medical fitness for employment: the case for a code of practice. *The Lancet, 328*, 207-209.



- Franco, G. (2005). Evidence-based decision making in occupational health. *Occupational Medicine*, 55, 1-2.
- Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 714-720.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Hainer, B. L. (1994). Preplacement evaluations. *Primary Care*, 21, 237-247.
- Houghton, A. M., Edmondson-Jones, J. P., Harris, L. A. (1989). Pre-employment screening: use or ornament? *Journal of the Society of Occupational Medicine*, 39, 51-55.
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention, *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 35, 1-5.
- Kloss, D. (1998). *Occupational Health Law: Pre-employment Screening and Health Surveillance* (3rd ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Mancuso, L. L. (1993). *Case Studies on Reasonable Accommodations for Workers with Psychiatric Disabilities*. Washington, D.C.: Washington Business Group on Health.
- McGregor, A. (2003). Fitness standards in airline staff. *Occupational Medicine*, 53, 5-9.
- Mohr, S., Gochfeld, M., & Pransky, G. (1999). Genetically and medically susceptible workers. *Occupational Medicine*, 14, 595-611.
- Moshe, S., Slodownik, D., & Merkel, D. (2003). Value of preemployment medical assessment for white-collar workers. *Archives of Environmental Health*, 58, 723-727.
- Murphy, M. B. (1992). Blood pressure and fitness for work. *American Journal of Hypertension*, 5, 253-256.
- Oil & Gas Producers [International Association of] (OGP/IPIECA) (2011). *Fitness to work: Guidance for company and contractor health, HSE and HR professionals*. London: OGP/IPIECA.
- Ontario Healthy Workplace Coalition (OHWC) (2012). *Healthy Workplace Handbook* (Revised). Ontario: OHWC.
- Pachman, J. (2009). Evidence base for pre-employment medical screening. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 529-534.
- Porru, S., Placidi, D., Carta, A., & Alessio, L. (2006). Prevention of injuries at work: the role of the occupational physician. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79, 177-192.
- Rayson, M. P. (2000). Fitness for work: the need for conducting a job analysis. *Occupational Medicine*, 50, 434-436.

- Robbins, D. B. (1988). Psychiatric conditions in worker fitness and risk evaluation. *Occupational Medicine*, 3, 309-321.
- Serra, C., Rodriguez, M. C., Delclos, G. L., Plana, M., Gómez-López, L. I., & Benavides, F. G. (2007). Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 64, 304-312.
- Shepherd, J. (1992). Pre-employment examinations: how useful? *Journal of the American Board of Family Practice*, 5, 617-621.
- Sorgdrager, B., Hulshof, C. T., & van Dijk, F. J. (2004). Evaluation of the effectiveness of pre-employment screening. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77, 271-276.
- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., & Leung, O. (2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: A review of the literature since the mid '80s. *The Journal of Rehabilitation*, 66, 19-31.
- Wahlström, R., & Alexanderson, K. (2004). Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11: Physicians' sick-listing practices. *Scandinavian Journal of Public Health (Supplement)*, 63, 222-255.
- WMC Resources (2004). *Fitness for work standards*. Perth: WMC Resources Ltd.
- Wong, J. G., & Lieh-Mak, F. (2001). Genetic discrimination and mental illness: A case report. *Journal of Medical Ethics*, 27, 393-397.
- WorkCover (2001). *Risk assessment: Code of practice*. Sydney: WorkCover NSW.

## Anexă

Matricea de evaluare a riscului

(Risk Assessment Matrix; adaptată după OGP/PIECA, 2011)

Cod de Probabilitate		<b>Frecvent</b> Pericol imediat pentru sănătatea și siguranța sa ori a altor persoane	<b>Probabil</b> Probabil să apară în timp dacă situația nu este corectată	<b>Ocazional</b> Posibil să apară în timp dacă situația nu este corectată	<b>Rar</b> Este improbabil să apară
Cod de Severitate		(A)	(B)	(C)	(D)
<b>Catastrofic</b> Există un pericol iminent și imediat de moarte sau dizabilitate permanentă	(I)	<b>1</b> <b>CRITIC</b>	<b>1</b> <b>CRITIC</b>	<b>2</b> <b>SERIOS</b>	<b>3</b> <b>MODERAT</b>
<b>Critic</b> Există pericol pentru dizabilitate parțială permanentă sau pentru dizabilitate totală temporară	(II)	<b>1</b> <b>CRITIC</b>	<b>2</b> <b>SERIOS</b>	<b>3</b> <b>MODERAT</b>	<b>4</b> <b>MINOR</b>
<b>Semnificativ</b> Există un pericol pentru o afecțiune minoră care presupune spitalizare sau pentru o afecțiune reversibilă	(III)	<b>2</b> <b>SERIOS</b>	<b>3</b> <b>MODERAT</b>	<b>4</b> <b>MINOR</b>	<b>5</b> <b>NEGLIJABIL</b>
<b>Minor</b> Există un pericol de sănătate care presupune cel mult prim ajutor și/sau tratament medical minor	(IV)	<b>3</b> <b>MODERAT</b>	<b>4</b> <b>MINOR</b>	<b>5</b> <b>NEGLIJABIL</b>	<b>5</b> <b>NEGLIJABIL</b>

Codurile de evaluare a riscului, numite coduri RAC (Risk Assessment Codes) sunt identificate pe o scală numerică 1-5, cu RAC-1 fiind cel mai sever și necesitând intervenție imediată iar RAC-5 fiind cel mai puțin sever. Într-o notare mai elaborată, codurile RAC sunt urmate de numărul RAC dar și de codul de frecvență și severitate (în această ordine), în paranteze. De exemplu, un cod RAC-1(A)(I) este codul unei situații cu consecințe catastrofice și o probabilitate foarte mare de apariție imediată a pericolului.