

ANALYSIS OF EMPLOYEE'S SICK LEAVE FROM POLAND IN 2012-2017 DUE TO MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

ANALIZA ABSENCJI CHOROBOWEJ POLAKÓW Z POWODU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I BEHAWIORALNYCH W LATACH 2012–2017

Szymon Leonik, Michał Smoczok

Department of Biophysics of Silesian Medical University, Student Science Club of the name of Prof. Zbigniew Religa, Katowice, Poland

Katedra i Zakład Biofizyki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Studenckie Koło Naukowe im. Prof. Zbigniewa Religi, Polska

Alcohol Drug Addict 2020; 33 (1): 65-78

DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2020.95980>

Abstract

In recent years, there has been a disturbing increase in the number of cases of sick leave due to mental and behavioural disorders taken by employees in Europe. This has also been noted in Poland and our study attempts to analyse the trend and investigate it in the light of related current knowledge.

In qualitative terms, sick leave can serve as a measurable indicator of the social state of health and be accepted complementary to quantitative analysis. In the context of mental and behavioural disorders, it clearly emphasises the increase in patient self-awareness and shows the deficiencies in this sector of health care. Between 2012 and 2017, an increase in the number of days of absence due to mental and behavioural disorders in Poland was detected. Between 2012 and 2016, a significant

Streszczenie

W ostatnich latach wśród obywateli Europy zaobserwowano niepokojący wzrost liczby przypadków absencji chorobowej z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Zjawisko to jest obecne również na terenie Polski. Celem publikacji jest analiza tego trendu oraz prześledzenie aktualnej wiedzy związanej z tym tematem.

Absencja chorobowa w ujęciu jakościowym może posłużyć jako wymierny wskaźnik stanu zdrowia społeczeństwa oraz uzupełnienie analizy ilościowej. W kontekście zaburzeń psychicznych i behawioralnych podkreśla wzrost samoświadomości pacjentów oraz ukazuje braki służby zdrowia. Od 2012 do 2017 r. na terenie Polski zanotowano wzrost liczby dni absencji z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W latach 2012–2016 stwierdzono znaczny wzrost kosztów

Correspondence to/Adres do korespondencji: Szymon Leonik, Katedra i Zakład Biofizyki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach SKN im. prof. Zbigniewa Religi, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice-Ligota, phone: +48 507 369 150, e-mail: leonikszymon@gmail.com

Authors' contribution/Wkład pracy autorów: Study design/Koncepcja badania: S. Leonik; Data collection/Zebrań danych: S. Leonik, M. Smoczok; Data interpretation/Interpretacja danych: S. Leonik, M. Smoczok; Acceptance of final manuscript version/Akceptacja ostatecznej wersji pracy: S. Leonik, M. Smoczok; Literature search/Przygotowanie literatury: S. Leonik, M. Smoczok.

No ghostwriting and guest authorship declared./Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*.

Submitted/Otrzymano: 23.09.2019 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 18.11.2019

© 2020 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Termedia sp. z o.o.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

increase of costs related to mental disorder treatment was observed. Insufficient medical staff and current funding does not satisfy the growing need of Polish society in this area.

Keywords: Sick leave, Mental disorders, Behavioural disorders, Alcoholism, Drug addiction, Psychiatry

■ INTRODUCTION

Employee leave is defined as each absence from the workplace leading to a decrease in the effective number of hours that the employee should, referring to the conditions of uninterrupted work, perform each week. The main reasons for employee leave are planned periods of exclusion from professional activity in the form of holiday as well as illness [1]. The time away from work and the rules determining what may be the reason for being absent are governed by the provisions of the Labour Code.

The purpose of this study is to present the dynamics of changes in sick leave among Poles in 2012-2017, with particular emphasis on causes like mental and behavioural disorders. Our analysis did not cover social conditions that also affect sick leave in Poland.

Sick leave can be a measurable indicator of the members of a given society's state of health. Both the quantitative and qualitative analysis of the reasons for issuing medical certificates of temporary incapacity to work provide information which enables us to monitor the tendency of occurrence of specific diseases in the population [2]. Qualitative analysis is also a source of data on the influence of the work environment and its associated risks on the occurrence of specific disease entities. This seems to be particularly important in the context of diseases affecting mental health because this aspect is often overlooked in our society. The presence of Poland among the leading European countries in terms of the length of sick leave is alarming. Despite the dominance of "absenteeism", which is the consistent, long-term avoidance of fulfilling work duties, one cannot ignore the phenomenon of "presenteeism" – the employees' neglect of the important premises that cause illness and sick leave. This tendency is negative

związanych z leczeniem zaburzeń psychicznych. Niedostateczna kadra lekarska i fundusze nie zaspokajają rosnących potrzeb polskiego społeczeństwa w tym zakresie.

Słowa kluczowe: absencja chorobowa, zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania, alkoholizm, narkomania, psychiatria

■ WPROWADZENIE

Absencją pracowniczą określamy każdorazową nieobecność w miejscu pracy prowadzącą do spadku efektywnej liczby godzin, którą pracownik powinien, w odniesieniu do warunków nieprzerwanej pracy, wykonywać każdego tygodnia. Wśród przyczyn absencji pracowniczej dominują planowane okresy wyłączenia z aktywności zawodowej w postaci urlopu, jak również absencji chorobowej [1]. Czas nieobecności w pracy i zasady określające, jaka może być przyczyna tej nieobecności, regulują przepisy zawarte w Kodeksie pracy.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie dynamiki zmian w absencji chorobowej Polaków w latach 2012–2017, ze szczególnym uwzględnieniem takich przyczyn, jak zaburzenia psychiczne i behawioralne. W analizie zjawiska pominięto uwarunkowania społeczne, które również wpływają na absencję chorobową w Polsce.

Absencja chorobowa może być wymiernym wykładnikiem stanu zdrowia obywateli danego społeczeństwa. Zarówno analiza ilościowa, jak i jakościowa przyczyn wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy dostarczają informacji pozwalających monitorować tendencję do występowania konkretnych schorzeń w populacji [2]. Analiza jakościowa jest ponadto źródłem danych na temat wpływu środowiska pracy i zagrożeń z nim związanych na pojawianie się określonych jednostek chorobowych. Wydaje się to szczególnie istotne w kontekście schorzeń dotyczących sfery psychicznej człowieka, ten aspekt bywa bowiem często pomijany w naszym społeczeństwie. Obecność Polski w czołówce państw europejskich pod względem długości absencji chorobowej jest alarmująca. Pomimo dominacji „absenteizmu” – ciągłego unikania wypełniania narzuconych obowiązków, nie wolno pomijać zjawiska „prezenteizmu” – lekceważenia przez pracowników istotnych przesłanek będących przyczyną absencji chorobowej. Tendencja ta ma

and causes a negative economic effect as well as being a health hazard to employees. This results in reduced productivity during the illness period and a lack of treatment leading to full recovery [3].

In recent years, an increasing number of Poles have reported ailments related to mental and behavioural disorders. This trend is visible in statistical data published by many institutions. Unfortunately, there is lack of systematic studies in the form of epidemiological indicators casting light on this problem in society. Currently published data by the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw present information from mental healthcare institutions in Poland regarding the number of diagnoses of specific disease entities. However, we do not know what their actual prevalence is in the general population. A similar problem is observed in other European countries [4, 5]. In this situation, the most appropriate solution would be a consistent and long-term survey conducted on randomly selected, representative groups; a survey in which a unified questionnaire would be applied [6]. This would allow reliable monitoring of Poles' mental health and be an opportunity to compare Polish and international data. Knowledge presented in a uniform form is the key to improving and further developing medical care, essentially within primary healthcare. The USA is a pioneer in this area; in the last century, a population survey was conducted in five states using the Diagnostic Interview Schedule (DIS) system. This allowed the development of new diagnostic instruments [7, 8]. However, this kind of activity is associated with large financial and human expenditure unavailable in the Polish healthcare system. The average age of a specialist is 54.2, while as of March 31st 2019 there were only 4165 psychiatrists in Poland. This number of doctors is insufficient as they are not able to meet the growing needs of Polish society as regards mental and behavioural disorders [9, 10].

According to the World Health Organization (WHO), these disorders occupy the fourth place among the most serious health burdens in Europe, immediately after cardiovascular diseases, cancer and accidental injuries [8]. This is a matter of concern not only from the individual's perspective, but also that of the state as it represents a significant burden on the budget [2, 11].

charakter negatywny i powoduje ujemny efekt ekonomiczny oraz narażenie pracownika na uszczerbek na zdrowiu. Skutkuje to zmniejszoną produktywnością podczas okresu chorobowego i brakiem leczenia prowadzącego do pełnego wyzdrowienia [3].

W ostatnich latach coraz większa liczba obywateli Polski zgłasza dolegliwości związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. Zjawisko to jest widoczne w danych statystycznych publikowanych przez wiele instytucji. Niestety brakuje systematycznych opracowań w postaci wskaźników epidemiologicznych obrazujących wagę tego problemu w społeczeństwie. Aktualnie dane publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie prezentują informacje z zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce dotyczące liczby diagnoz konkretnych jednostek chorobowych. Nie wiemy jednak, jakie jest ich rzeczywiste rozpowszechnienie w populacji ogólnej. Podobny problem obserwuje się w innych państwach Europy [4, 5]. W tej sytuacji najwłaściwszym rozwiązaniem byłyby konsekwentne i wieloletnie badania ankietowe, w których posługiwano by się ujednoliconym kwestionariuszem, prowadzone na losowo wybranych, reprezentatywnych grupach [6]. Pozwoliłoby to na rzetelny monitoring zdrowia psychicznego Polaków i stworzyło możliwość porównania polskich danych z danymi międzynarodowymi. Wiedza zaprezentowana w jednolitej formie to klucz do poprawy oraz dalszego rozwoju opieki medycznej, przede wszystkim w obrębie podstawowej opieki zdrowotnej. Pionierem w tej kwestii są Stany Zjednoczone – w ubiegłym wieku za pomocą systemu DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) przeprowadzono badanie populacyjne w pięciu stanach. Pozwoliło to na opracowanie nowych instrumentów diagnostycznych [7, 8]. Takie działania wiążą się jednak z dużymi nakładami finansowymi i ludzkimi, których w polskiej służbie zdrowia brakuje. Średnia wieku lekarza specjalisty w naszym kraju wynosi ok. 54 lata (54,2), natomiast według stanu na 31 marca 2019 r. w Polsce było tylko 4165 lekarzy psychiatrów. Nie jest to wystarczająca liczba, nie są oni bowiem w stanie zaspokoić rosnących potrzeb polskiego społeczeństwa dotyczących zaburzeń psychicznych i behawioralnych [9, 10].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zaburzenia te w Europie zajmują czwarte miejsce wśród najpoważniejszych obciążeń zdrowotnych, zaraz po chorobach układu krążenia, nowotworach i urazach [8]. Jest to kwestia niepokojąca nie tylko z perspektywy jednostki, ale także państwa, stanowi

Between 2012 and 2016, expenses related to sick leave due to mental or behavioural disorders increased by 69.3%. The average length of leave increased by 3.3% and the total number of days by 35.3%. Given the slight increase in the average length of leave in relation to number of days, we conclude that the number of professionally active Poles affected by these disorders has increased [5]. The upward trend applies to both women and men, but different characteristics have been observed for gender and age. The most common disorders in the Polish population that have ever occurred during an individual's life are alcohol abuse (10.8%), panic attacks (6.2%), specific phobias (3.4%) and depression (3.2%).

■ THE STATE OF SICK LEAVE IN POLAND IN 2012-2017

Sick leave is absence from work due to the employee illness (or the need to care for a sick family member) confirmed by a medical certificate. The issuing of a medical certificate is regulated by the Labour Code and additional laws. In this work, sick leave is examined on the basis of data from the Social Insurance Institution (ZUS). The largest number of days of sick leave are generated by people insured by ZUS (this group made up 83.9% of all people temporarily unable to work for health reasons in 2012 and 86.4% in 2016), hence the term "sick leave" referred to absence of employees insured by ZUS.

As of the first half of 2018, the number of Polish citizens was 38.413 million. Since this value remained at a similar level over the years 2012-2017, it was adopted as a reference for the scale of sickness absence. Sick leave applies to citizens of working age. Statistics Poland (GUS) defines the working age of men as 18-64 and women as 18-59. As of December 31st 2017, this group included 23,517,643 Polish residents.

In 2017, a total of 21,431,800 medical certificates regarding temporary incapacity for work were issued. Figure 1 shows the change of the number of days of sick leave between 2012 and 2017 [11, 12]. There was a clear upward trend in the number of days of sick leave in certain years in the Polish population among people of working

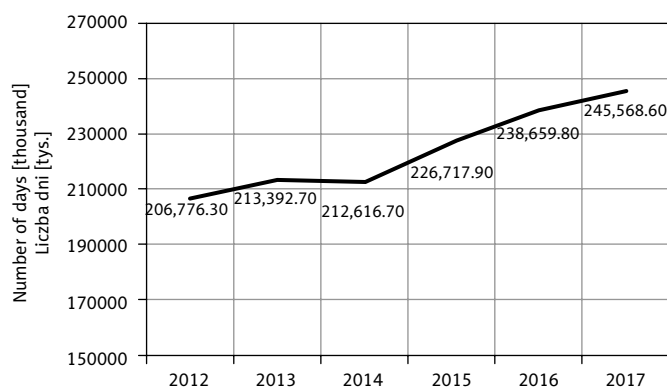
bowiem istotne obciążenie dla budżetu [2, 11]. W latach 2012–2016 zanotowano wzrost wydatków związanych z absencją chorobową spowodowaną zaburzeniami psychicznymi lub behawioralnymi o 69,3%. Średnia długość absencji wzrosła o 3,3%, natomiast sumaryczna liczba dni – o 35,3%. Biorąc pod uwagę niewielki wzrost średniej długości absencji w stosunku do liczby dni, wnioskujemy, że zwiększyła się liczba aktywnych zawodowo Polaków dotkniętych tymi zaburzeniami [5]. Trend wzrostowy dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, lecz zaobserwowano odmienną charakterystykę dla płci oraz wieku. Najczęstszymi zaburzeniami w polskiej populacji, które wystąpiły kiedykolwiek w trakcie życia danej jednostki, są: nadużywanie alkoholu (10,8%), ataki paniki (6,2%), fobie specyficzne (3,4%) i depresja (3,2%).

■ OBRAZ ABSENCJI CHOROBOWEJ W POLSCE W LATACH 2012–2017

Absencja chorobowa to nieobecność w pracy spowodowana chorobą pracownika (bądź koniecznością opieki nad chorym członkiem rodziny) potwierdzona zaświadczeniem lekarskim. Wystawienie zaświadczenia lekarskiego regulują przepisy zawarte w Kodeksie pracy i ustawach dodatkowych. W niniejszej pracy absencja chorobowa jest badana na podstawie danych pochodzących z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Największą liczbę dni absencji chorobowej generują osoby ubezpieczone w ZUS (w 2012 r. grupa ta stanowiła 83,9%, a w 2016 r. – 86,4% wszystkich osób czasowo niezdolnych do pracy ze względów zdrowotnych), stąd też termin „absencja chorobowa” odniesiono do absencji pracowników ubezpieczonych w ZUS.

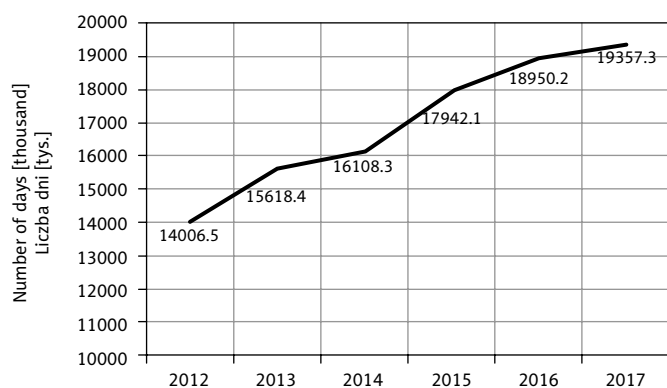
Zgodnie ze stanem na pierwsze półrocze 2018 r., liczba obywateli Polski wynosiła 38 mln 413 tys. Ponieważ w latach 2012–2017 wartość ta utrzymywała się na podobnym poziomie, została przyjęta jako punkt odniesienia dla skali absencji chorobowej. Absencja chorobowa dotyczy obywateli w wieku produkcyjnym. GUS definiuje wiek produkcyjny mężczyzn jako przedział 18–64 lat, natomiast kobiet jako 18–59 lat. Zgodnie ze stanem na 31 grudnia 2017 r. do tej grupy należało 23 517 643 mieszkańców Polski.

W 2017 r. wystawiono łącznie 21 431,8 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. Na rycinie 1 pokazano zmianę liczby dni absencji chorobowej w latach 2012–2017 [11, 12]. Zaobserwowano wyraźną tendencję wzrostową liczby



Own description [based on 11 and 12]/Opracowanie własne [na podstawie 11, 12]

Figure 1. Number of days of sick leave in Poland between 2012 and 2017 (among people insured with ZUS)
Rycina 1. Liczba dni absencji chorobowej w Polsce w latach 2012–2017 (wśród osób ubezpieczonych w ZUS)



Own description [based on 11 and 12]/Opracowanie własne [na podstawie 11, 12]

Figure 2. Number of days of sick leave in Poland in 2012-2017 due to mental and behavioural disorders
Rycina 2. Liczba dni absencji chorobowej w Polsce w latach 2012–2017 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

age. In the period 2012-2017, this value increased by 36.2%. Then, this data was compared with the average length of sickness absence in subsequent years. Table I presents the numerical values for this parameter [11, 12]. The differences between the individual results of the average length of sickness absence are slight in the period under consideration.

In 2017, mental and behavioural disorders were in sixth place in terms of length of sick leave (7.9%). Figure 2 illustrates the change in this feature. Between 2012 and 2017, the tested value increased by 38.2% [11, 12]. Therefore, from year-to-year, we observe a general increase in the number of issued medical certificates, including those due to mental and behavioural disorders.

dni absencji chorobowej w poszczególnych latach w polskiej populacji wśród osób w wieku produkcyjnym. Od 2012 do 2017 r. wartość ta wzrosła o 36,2%. Następnie zestawiono te dane ze średnią długością trwania absencji chorobowej w kolejnych latach. W tabeli I przedstawiono wartości liczbowe dla tego parametru [11, 12]. W rozpatrywanym okresie różnice między poszczególnymi wynikami średniej długości trwania absencji chorobowej są nieznaczne.

W 2017 r. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania lokalizowały się na szóstym miejscu pod względem długości absencji chorobowej (7,9%). Na rycinie 2 zobrazowano zmianę tej cechy – w latach 2012–2017 nastąpił wzrost badanej wartości o 38,2% [11, 12]. Z roku na rok obserwujemy zatem ogólny wzrost liczby wystawianych zaświadczeń lekarskich, w tym z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych.

Table I. The average length of sick leave due to own illness of persons insured at the Social Insurance Institution (ZUS)
Tabela I. Przeciętna długość trwania absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

Year/Rok	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Average length of sick leave Średnia długość trwania absencji chorobowej	12.46	12.31	12.53	12.38	12.43	12.41

Own description [based on 11 and 12]/Opracowanie własne [na podstawie 11 i 12]

Table II. Comparison of Poland and France in the context of medical care for patients with mental disorders
Tabela II. Porównanie Polski i Francji w kontekście opieki medycznej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

	Number of specialists per 100 thousand inhabitants Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców	Number of child psychiatrists per 100 thousand inhabitants Liczba psychiatrów dziecięcych na 100 tys. mieszkańców	Number of beds per 100 thousand inhabitants Liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców
Poland/Polska	93.6	1.6	30.5
France/Francja	176.3	2.8	7.0

Own description [based on 13]/Opracowanie własne [na podstawie 13]

■ EPIDEMIOLOGY OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

In recent years, we attach more and more importance to the problems of mental disorders in society. Research conducted by WHO indicates that they are the most common diseases not leading directly to death in Europe. Accordingly, WHO has introduced two programmes to monitor, expand knowledge and improve care systems in the context of mental disorder, the European Mental Health Action Plan 2013-2020 and the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 [13].

In Poland, the budget allocated to the treatment of mental disorders accounts for only 2.6% of the total devoted to medical care. By comparison, in France this factor amounts to 15%. Table II shows the resources available in Poland for the care of patients with mental disorders (in comparison with analogous coefficients in France) [13].

Despite the small amount of funds allocated for healthcare in Poland and the small number of specialists, we noted a relatively large number of beds for patients with mental disorders. This suggests the existence of a different model of mental healthcare than in Western European countries.

In 2010, the first conducted Polish study [14] "Epidemiology of mental disorders and access to mental health care. EZOP – Poland", in cooperation with WHO as part of the World

■ EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I BEHAVIORALNYCH

W ostatnich latach coraz większą wagę przywiązujemy do problematyki zaburzeń psychicznych w społeczeństwie. Badania prowadzone przez WHO wskazują, że w Europie stanowią one najczęstsze schorzenia nieprowadzące bezpośrednio do zgonu. W związku z powyższym WHO wprowadziła dwa programy mające na celu monitorowanie, poszerzenie wiedzy i usprawnianie systemów opieki w kontekście zaburzeń psychicznych: *European Mental Health Action Plan 2013–2020* oraz *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020* [13].

W Polsce budżet przeznaczony na leczenie zaburzeń psychicznych stanowi zaledwie 2,6% całkowitej kwoty poświęconej opiece medycznej. Dla porównania we Francji współczynnik ten wynosi 15%. W tabeli II pokazano dostępne w Polsce zasoby dotyczące opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi (w zestawieniu z analogicznymi współczynnikami dla Francji) [13].

Pomimo małej ilości środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną w Polsce i niewielkiej liczby specjalistów obserwujemy stosunkowo dużą liczbę łóżek dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Sugeruje to istnienie innego modelu opieki psychiatrycznej niż w państwach Europy Zachodniej.

W 2010 r. przeprowadzono pierwsze w Polsce badanie [14] pt. „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska”, we współpracy z WHO

Mental Health (WMH) programme, illustrated the problem of mental disorders among Poles. The study group consisted of 10,000 working-age respondents (18–64 year old). Eighteen mental disorders were selected and their frequency among respondents was examined. According to the obtained results, 23.4% of the respondents suffered from at least one of the considered disorders during their lifetime. The occurrence of at least two and three diseases was 5.7% and 0.9% respectively. The most common disorders were psychoactive substance abuse (12.8%), neurotic (9.6%), mood (3.5%) and impulsive disorders (3.5%).

It is unclear whether we have been observing an upward trend in the number of mental disorders in our society in recent years. Undeniably, there has been an improvement in awareness of this issue, which is associated with the more frequent use of services offered by the healthcare system [5, 15]. Nowadays, alcohol-related problems also receive more attention, including alcohol dependence as a disease entity as a disorder directly pertaining to the human psyche. It is worth noting, however, that, as the history of medicine shows, for many centuries there was a tendency to misinterpret the somatic symptoms that had their genesis in mental disorders. Today we are also facing this problem. Often, the patient is forced to endure a multi-specialised diagnostic path before the correct diagnosis is made. This results in the progression of the disease in the patient and worsens the economic efficiency of the healthcare system [6]. Moreover, research shows that patients suffering from mental disorders are more likely to have somatic disorders independent of the underlying disease [7]. Failure to take this into consideration is a potential cause of frequent diagnostic errors.

■ MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS AS A PREDICTOR OF SOMATIC DISEASES

Our physical and mental condition worsens with age. This is a fact documented by WOBASZ (Multi-centre National Population Health Examination Survey) or PolSenior, research conducted in Poland [16, 17]. The relationship between somatic illness and mental disorders that

w ramach programu *World Mental Health* (WMH), obrazujące problematykę zaburzeń psychicznych wśród Polaków. Badaną grupę stanowiło 10 tys. ankietowanych w wieku produkcyjnym (18–64 lat). Wytypowano 18 zaburzeń psychicznych, badając częstość ich występowania wśród respondentów. Zgodnie z uzyskanymi wynikami 23,4% badanych w ciągu życia chorowało na co najmniej jedno z tych zaburzeń. Występowanie co najmniej dwóch i trzech chorób kształtowało się następująco: 5,7% i 0,9%. Do najczęstszych zaburzeń należały: nadużywanie substancji psychoaktywnych (12,8%), zaburzenia nerwicowe (9,6%), zaburzenia nastroju (3,5%) i zaburzenia impulsywne (3,5%).

Niejasną kwestią jest, czy w ostatnich latach obserwujemy tendencję wzrostową liczby zaburzeń psychicznych w naszym społeczeństwie. Niezaprzeczalnie nastąpiła poprawa świadomości dotyczącej tej problematyki, co wiąże się z częstszym wykorzystywaniem świadczeń oferowanych przez system opieki zdrowotnej [5, 15]. W dzisiejszych czasach zwraca się również większą uwagę na problemy związane z alkoholem, w tym na uzależnienie od alkoholu jako jednostki chorobowej będącej zaburzeniem bezpośrednio odnoszącym się do sfery psychicznej człowieka. Warto jednak zauważyć, że – jak pokazuje historia medycyny – przez wiele wieków występowała tendencja do błędnej interpretacji objawów somatycznych, które swoją genezę miały w zaburzeniach psychicznych. Również dzisiaj mierzymy się z tym problemem. Niejednokrotnie pacjent jest zmuszony przebyć wielospecjalistyczną ścieżkę diagnostyczną, zanim zostanie postawione prawidłowe rozpoznanie. Skutkuje to progresją schorzenia u pacjenta oraz pogarsza efektywność ekonomiczną funkcjonowania służby zdrowia [6]. Co więcej, jak pokazują badania, u chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne częściej występują, niezależnie od choroby podstawowej, zaburzenia somatyczne [7]. Niespostrzeżenie tego zjawiska staje się potencjalną przyczyną częstych błędów diagnostycznych.

■ ZABURZENIA PSYCHICZNE I BEHAVIORALNE JAKO CZYNNIK PREDYKCYJNY CHOROÓB SOMATYCZNYCH

Kondycja fizyczna i psychiczna pogarsza się wraz z wiekiem. Jest to fakt udokumentowany przez WOBASZ (Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia) oraz PolSenior, badania przeprowadzone na terenie Polski [16, 17]. Związek

mutually modify their course is a multifaceted issue. People with chronic somatic diseases or acute conditions are more likely to develop mental disorders. We are talking about diabetes (2-3 times higher probability), asthma (30% of patients have symptoms of depression), cancer (33-42%), myocardial infarction (approx. 33%) and strokes (up to 50%). Depressive disorders accompany dementia (9-68%) but as the disease progresses, the percentage of severe depression decreases [7, 16, 18].

There is not much data on the reverse in the current literature. This information could have important implications for mental health-care and primary prevention of chronic physical diseases. Previous reports suggest that all types of mental disorders are associated with an increased risk of chronic somatic conditions (Table III). Currently used diagnostics and treatment are narrowly focused on the group of patients with the most severe mental disorders. Primary prevention of chronic somatic diseases should be integrated with early diagnosis and possible treatment of all mental disorders to provide

choroby somatycznej z zaburzeniami psychicznymi, które wzajemnie modyfikują swój przebieg, stanowi wielopłaszczyznowe zagadnienie. U osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi lub stanami ostrymi zaobserwowano większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń o charakterze psychicznym. Mowa tu o cukrzycy (2–3-krotnie wyższe prawdopodobieństwo), astmie (30% chorych ma objawy depresji), chorobach nowotworowych (33–42%), zawałe mięśnia sercowego (ok. 33%), udarze mózgu (do 50%). Zaburzenia depresyjne towarzyszą otępieniom (9–68%), lecz wraz z postępem choroby zmniejsza się odsetek ciężkich depresji [7, 16, 18].

W aktualnej literaturze nie ma wielu danych na temat sytuacji odwrotnej. Informacje te mogłyby mieć ważne implikacje dla opieki w zakresie zdrowia psychicznego i pierwotnej profilaktyki przewlekłych chorób fizycznych. Dotychczasowe doniesienia sugerują, że wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia przewlekłych stanów somatycznych (tab. III). Stosowana obecnie diagnostyka i leczenie są wąsko ukierunkowane na grupę pacjentów z najcięższymi zaburzeniami psychicznymi. Pierwotna profilaktyka przewlekłych cho-

Table III. The relationship between mental disorders and chronic somatic diseases in comparison with a population free of below mentioned disorders

Tabela III. Związek między zaburzeniami psychicznymi a przewlekłymi chorobami somatycznymi – porównanie z populacją bez niżej wymienionych zaburzeń

Mental disorders Zaburzenia psychiczne	Chronic somatic diseases, odds ratio (95% CI) Przewlekłe schorzenia somatyczne, iloraz szans (95% CI)						
	Arthritis Zapalenie stawów	Stroke Udar mózgu	Hypertension Nadciśnienie	Diabetes Cukrzyca	Peptic ulcer disease Choroba wrzodowa	Asthma Astma	Chronic pain Przewlekły ból
Depression Depresja	1.6 (1.5-1.8)	1.6 (1.3-2.1)	1.4 (1.2-1.5)	1.4 (1.2-1.6)	1.7 (1.5-1.9)	1.5 (1.3-1.8)	1.7 (1.6-1.8)
Social phobia Fobia społeczna	1.5 (1.4-1.7)	1.8 (1.3-2.5)	1.5 (1.3-1.6)	1.3 (1.1-1.6)	1.8 (1.6-2.2)	1.4 (1.1-1.7)	1.8 (1.7-2.0)
Anxiety disorder Zaburzenia lękowe	1.8 (1.6-2.0)	1.5 (1.0-2.3)	1.4 (1.2-1.5)	1.3 (1.0-1.6)	1.5 (1.3-1.8)	1.7 (1.4-2.2)	1.9 (1.8-2.2)
PTSD Zespół stresu pourazowego	1.8 (1.6-2.1)	1.7 (1.1-2.6)	1.3 (1.1-1.6)	1.4 (1.0-1.9)	2.3 (1.9-2.9)	1.9 (1.4-2.5)	1.9 (1.7-2.2)
Bulimia Bulimia	1.5 (1.0-2.2)	3.3 (1.4-8.0)	2.3 (1.7-3.2)	3.6 (2.0-6.6)	1.6 (0.9-2.9)	1.3 (0.8-2.4)	2.1 (1.6-2.7)
Alcohol abuse Nadużywanie alkoholu	1.6 (1.4-1.8)	2.1 (1.5-3.0)	1.6 (1.4-1.8)	1.3 (1.1-1.6)	1.6 (1.4-1.9)	1.6 (1.3-2.0)	1.4 (1.3-1.6)
Drug addiction Narkomania	1.9 (1.6-2.2)	1.9 (1.1-3.3)	1.9 (1.6-2.2)	1.8 (1.2-2.5)	2.0 (1.6-2.5)	1.4 (1.0-2.0)	1.6 (1.4-1.9)

PTSD Post-Traumatic Stress Disorder

Own description [based on 19]/Opracowanie własne [na podstawie 19]

the patient with the most comprehensive and effective care [19].

However, one must not overlook the direct toxic effects of substances in the case of addiction, the first of which is alcohol, being the most common addiction in Poland, and a huge burden on the health service in the context of the efficiency and health of all citizens.

■ RETIREMENT AS A POTENTIAL CAUSE OF DETERIORATION IN THE MENTAL HEALTH OF POLES

Retirement (in Poland between 59 and 65 years-of-age) is undoubtedly associated with a high psychological burden. Data from other countries suggest that up to 20-25% of people in this period of life suffer from mental and behavioural disorders. This condition affects their quality of life, general functioning and professional performance, often contributing to early retirement [20, 21]. According to the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), musculoskeletal disorders and mental disorders are the most common reasons for early retirement [22-24].

Compared to 2017, there has been an increase in the professional activity of pensioners in Poland. An increase of less than 8% was recorded in 2017, while this was as much as about 30% in the four-year perspective. This trend is even more strongly observed in other European countries. In the fourth quarter of 2018, in so called countries of the old European Union, the percentage of professionally active people or people seeking employment in the close retirement age (60-64 years) reached about 50%. In Poland, this percentage is also growing, although it is much lower at 34.8%. This fact is considered positive not only because of the national budget, but also for the mental health of Poles. Unfortunately, we are observing a slowdown in the growth of this percentage as in 2018 the recorded growth was the lowest since 2010. Although the number of retirees in Poland is increasing, the percentage of people working after 60 years of age is growing more and more slowly [25]. In the long term, this phenomenon can negatively affect and intensify the mental and behavioural disorders of the retired part of society.

rów somatycznych powinna być zintegrowana z wczesną diagnostyką i ewentualnym leczeniem wszystkich zaburzeń psychicznych, aby zapewnić pacjentowi najbardziej kompleksową i skuteczną opiekę [19].

Nie wolno jednak zapominać o bezpośrednim działaniu toksycznym substancji przyjmowanych w przypadku uzależnień – przede wszystkim alkoholu, najczęstszego w Polsce uzależnienia, stanowiącego ogromne obciążenie służby zdrowia w kontekście wydajności i zdrowia ogółu obywateli.

■ OKRES EMERYTALNY JAKO POTENCJALNA PRZYCZYNA POGORSZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW

Okres emerytalny, którego początek przypada w Polsce na wiek 59–65 lat, jest niewątpliwie związany z dużym obciążeniem psychicznym. Dane z innych krajów świata sugerują, że nawet 20–25% osób w tym okresie życia cierpi na zaburzenia psychiczne i behawioralne. Ten stan wpływa na jakość ich życia, ogólne funkcjonowanie i wydajność zawodową, niejednokrotnie przyczyniając się do wcześniejszego odejścia na emeryturę [20, 21]. Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) choroby układu mięśniowo-szkieletowego oraz zaburzenia psychiczne są najczęstszym powodem przedwczesnych emerytur [22–24].

W stosunku do 2017 r. zaobserwowano wzrost aktywności zawodowej emerytów na terenie Polski. Zanotowano wzrost o niecałe 8% w 2017 r., natomiast w perspektywie czteroletniej – aż o ok. 30%. Jeszcze silniejszy trend obserwowany jest w innych krajach europejskich. W czwartym kwartale 2018 r. w krajach tzw. starej Unii Europejskiej odsetek aktywnych zawodowo lub poszukujących zatrudnienia osób w wieku okołoemerytalnym (60–64 lat) sięgnął ok. 50%. W Polsce odsetek ten również rośnie, choć jest znacznie niższy, tj. wynosi 34,8%. Fakt ten uważany jest za pozytywny nie tylko ze względu na budżet państwa, lecz także – na zdrowie psychiczne Polaków. Niestety obserwujemy spowolnienie przyrostu tego odsetka, w 2018 r. notowany wzrost był najniższy od 2010 r. Wprawdzie liczba emerytów w Polsce wzrasta, lecz odsetek osób pracujących po 60. roku życia rośnie coraz wolniej [25]. W długoterminowej perspektywie zjawisko to może negatywnie wpłynąć i nasilić zaburzenia psychiczne i behawioralne tej części społeczeństwa.

■ CONCLUSIONS

Sick leave is a measurable parameter illustrating the state of health of the society in Poland. Therefore it seems reasonable that ZUS constantly monitors both the causes and the duration of periods of employee absence. It is worth emphasising the need for standardisation of conducted research ensuring measurable results and allowing comparison of obtained values over a number of years. It should be remembered, however, that an important component of general sick-leave absence are certificates granted in case of pregnancy, childbirth and the puerperium, as well as with somatic diseases that occur during pregnancy. This can lead to the apparent deterioration of the health of the population as a result of demographic growth. Therefore qualitative analysis of work absenteeism is an important to complement quantitative analysis.

During the analysed period (2012-2017), the total level of absence (determined on the basis of the total number of days) is constantly increasing. This may indicate an increase in patient numbers, but also a change in the culture of work and greater care for the environment of colleagues in the context of preventing the spread of diseases. On this basis, we conclude that the number of issued medical certificates of temporary incapacity for work is increasing.

The analysis of absence due to mental and behavioural disorders illustrates the progress in their detection. It seems reasonable to say that the reason for the increase in the number of medical certificates for disorders of the above-mentioned aetiology is an increase in social awareness, as numerous studies show the number of mental disorders in society over the years has either constant or close-to constant value [22]. For a long time, mental sphere dysfunctions were treated as taboo. This often resulted in deterioration of the patient's condition and manifestation of somatic symptoms leading to erroneous diagnosis of the disease [26]. The emergence of numerous programmes in recent years aimed at increasing the awareness of citizens and many social actions conducted by the Ministry of Health, foundations and associations led in 2012-2017 to change the existing situation and increase patient awareness, prompting them to seek professional medical help.

Despite the upward trend in the detection of mental and behavioural disorders, there is still

■ WNIOSKI

Absencja chorobowa stanowi wymierny parametr obrazujący stan zdrowia społeczeństwa w Polsce. Zasadne wydaje się więc stałe monitorowanie przez ZUS zarówno przyczyn, jak i długości trwania okresów nieobecności pracowniczej. Warto podkreślić potrzebę standaryzacji prowadzonych badań zapewniającą wymierność wyników i pozwalającą na porównywanie uzyskanych wartości na przestrzeni lat. Należy jednak pamiętać, że istotną składową ogólnej absencji chorobowej są zaświadczenia przyznawane w związku z ciążą, porodem i położeniem, jak również z chorobami somatycznymi, które pojawiają się w okresie ciąży. Może to prowadzić do pozornego pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa na skutek przyrostu demograficznego. Dlatego też analiza jakościowa absencji stanowi istotne uzupełnienie analizy ilościowej.

Podczas analizowanego okresu (lata 2012–2017) całkowity poziom absencji (określany na podstawie całkowitej liczby dni) stale rośnie. Może to świadczyć o wzroście liczby chorych, ale również o zmianie kultury pracy i większej dbałości o środowisko współpracowników w kontekście zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób. Tym tłumaczymy wzrost liczby wystawianych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Analiza absencji z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania obrazuje postęp w zakresie ich wykrywalności. Zasadne wydaje się stwierdzenie, że przyczyną wzrostu liczby zaświadczeń lekarskich dotyczących zaburzeń o wyżej wymienionej etiologii jest zwiększenie świadomości społecznej, jak pokazują bowiem liczne badania, liczba zaburzeń psychicznych w społeczeństwie na przestrzeni lat przyjmuje wartość stałą lub do niej zbliżoną [22]. Przez długi czas dysfunkcje sfery psychicznej były traktowane jako temat tabu. Skutkowało to niejednokrotnie pogorszeniem się stanu pacjenta i manifestacją objawów somatycznych prowadzących do błędnej diagnostyki schorzenia [26]. Pojawienie się w ostatnich latach licznych programów mających na celu zwiększenie świadomości obywateli oraz wielu akcji społecznych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia, fundacje i stowarzyszenia doprowadziły w latach 2012–2017 do zmiany istniejącej sytuacji i wzrostu świadomości pacjentów, skłaniając ich do poszukiwania profesjonalnej pomocy medycznej.

Pomimo tendencji wzrostowej w wykrywaniu zaburzeń psychicznych i behawioralnych, w Polsce

a shortage of specialised medical staff trained to take care of patients in Poland. Interestingly, compared to other European countries, there are relatively many beds designed for these patients in Poland (Table II). This results in excessive strain on the few staff available and may lead to neglect and incorrect diagnosis.

As the research conducted in 2010 on a group of 10,000 persons shows, the occurrence of mental and behavioural disorders can be described as a social problem [27]. Almost every fourth Pole experienced dysfunction in the mental sphere in his/her life, which in Poland is most often associated with alcohol abuse. This has many implications for the functioning of the Polish healthcare system and, above all, for patients' health. It seems necessary to look for a model of unified psychological and psychiatric care available to all citizens in every social group.

Despite the improvement of social awareness regarding patients with mental disorders, their stigmatisation is still a challenge and requires radical measures as the level of social exclusion of people from this circle has not significantly decreased in recent years [27].

As mental disorders occur more often among somatically ill people, implementation of programmes aimed at their detection and prevention, among others in patients with diabetes, asthma and after myocardial infarction, will measurably improve the effectiveness and quality of therapy. We often overlook this aspect, focusing only on treating the underlying disease.

The most important conclusions from the conducted analysis are:

- Between 2012 and 2017 there was a clear increase in the number of days of sick leave for any reason, with slight fluctuations in the average length of absence. This indicates an increase in the number of people using medical certificates regarding temporary incapacity for work.
- Between 2012 and 2017, the number of absence days due to mental and behavioural disorders increased by 38.2%, with slight fluctuations in the average length of absence.
- Between 2012 and 2016, expenditure on mental and behavioural disorder treatment increased by 69.3%. It was one of the highest recorded increases in comparison with expenses for other diseases.

wciąż brakuje odpowiedniej wyspecjalizowanej kadry medycznej mogącej objąć opieką pacjentów. Co ciekawe, na tle innych krajów europejskich w Polsce znajduje się stosunkowo dużo łóżek przeznaczonych dla tych pacjentów (tab. II). Skutkuje to nadmiernym przeciążeniem nielicznej kadry i może prowadzić do zaniedbań i błędnego diagnozowania.

Jak pokazują badania przeprowadzone w 2010 r. wśród grupy 10 tys. obywateli, występowanie zaburzeń psychicznych i behawioralnych może zostać określone mianem problemu społecznego [27]. Niemal co czwarty Polak doświadczył bowiem w swoim życiu dysfunkcji w sferze psychicznej, co w Polsce najczęściej jest związane z nadużywaniem alkoholu. Niesie to ze sobą wiele implikacji zarówno dla funkcjonowania polskiego systemu opieki, jak i przede wszystkim dla stanu zdrowia pacjentów. Wydaje się konieczne poszukiwanie modelu ujednoczonej opieki psychologicznej i psychiatrycznej docierającej do wszystkich obywateli, w każdej grupie społecznej.

Pomimo poprawy świadomości społecznej dotyczącej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, problem ich stygmatyzacji wciąż stanowi wyzwanie i wymaga podjęcia radykalnych środków, gdyż poziom wykluczenia społecznego osób z tego kręgu nie zmniejszył się znacząco w ostatnich latach [27].

Ponieważ wśród osób chorych somatycznie częściej występują zaburzenia psychiczne, wdrażanie programów mających na celu ich wykrywanie i prewencję, m.in. u pacjentów z cukrzycą, astmą oraz po przebytym zawale mięśnia sercowego, przyczyni się wymiennie do poprawy skuteczności i jakości terapii. Często bowiem pomijamy ten aspekt, skupiając się wyłącznie na leczeniu choroby podstawowej.

Najważniejsze wnioski z przeprowadzonej analizy:

- W latach 2012–2017 zanotowano wyraźny wzrost liczby dni absencji chorobowej z jakiegokolwiek przyczyny, przy nieznacznych wahaniami średniej długości absencji. Wskazuje to na wzrost liczby osób korzystających z zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.
- W latach 2012–2017 zanotowano wzrost liczby dni absencji o 38,2% z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, przy nieznacznych wahaniami średniej długości absencji.
- W latach 2012–2016 zanotowano wzrost wydatków na leczenie zaburzeń psychicznych i zachowania o 69,3%. W porównaniu z wydatkami na inne schorzenia był to jeden z najwyższych zanotowanych przyrostów.

- Polish medical staff is not large enough in view of the growing social needs and requirements in the field of mental health.
- The likelihood of mental and behavioural disorders increases with age. Not only do they often accompany chronic somatic diseases, they can also be their predictive factor.
- Retirement is particularly burdensome in the psychological respect. Attempting to extend one's professional career may have a positive effect on maintaining mental health.
- Polska kadra lekarska jest liczebnie niewystarczająca dla zabezpieczenia rosnących potrzeb i wymagań społeczeństwa w kwestii zdrowia psychicznego.
- Prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych i behawioralnych wzrasta wraz z wiekiem. Nie tylko często towarzyszą one przewlekłym chorobom somatycznym, lecz także mogą stanowić ich czynnik predykcyjny.
- Okres emerytalny powoduje szczególnie duże obciążenie psychiczne. Próba wydłużenia kariery zawodowej może mieć pozytywny wpływ na zachowanie zdrowia psychicznego.

Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

None declared./Nie zadeklarowano.

Ethics/Etyka

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

References/Piśmiennictwo

1. Koziół L, Muszyński Z, Koziół M. Koncepcja systemu zarządzania absencją w przedsiębiorstwie. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie* 2016; 3(31): 37-53.
2. Genowska A, Fryc J, Pinkas J, Jamiołkowski J, Szafraniec K, Szpak A, et al. Social costs of loss in productivity-related absenteeism in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 2017; 30(6): 917-32.
3. Juszczyk G, Czerw A, Augustynowicz A, Banaś T, Mikos M, Religioni U, et al. Refusal to take a sick leave as an estimate of the phenomenon of presenteeism in Poland. *Oncotarget* 2018; 9(46): 28176-84.
4. Kiejna A, Adamowski T, Piotrowski P, Moskalewicz J, Wojtyniak B, Świątkiewicz G, et al. Epidemiology of mental disorders and access to mental health care. EZOP – Poland – research methodology. *Psychiatr Pol* 2015; 49(1): 5-13.
5. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J, et al. The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatr Pol* 2015; 49(1): 15-27.
6. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Mental health in Belgium: current situation and future perspectives. In: Kessler RC, Ustun TB (eds.). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008, p. 279-304.

7. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press, 1991.
8. World Health Organization. *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. https://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf [Access: 08.04.2019].
9. Baliński P, Krajewski R. *Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna. Stan w dniu 31.12.2017 roku*. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska 2018. https://nil.org.pl/uploaded_images/1575630206_demografia-2017.pdf [Access: 20.03.2020].
10. Naczelna Izba Lekarska. *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji – stan na 31.03.2019*. In: Centralny Rejestr Lekarzy, NIL 2019. https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0019/136702/Zestawienie-nr-04.pdf [Access: 08.04.2019].
11. Karczewicz E (oprac.). *Analiza przyczyn absencji chorobowej na przestrzeni ostatnich lat*. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, ZUS. <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Analiza+przyczyn+absencji+chorobowej+w+latach+2012-2016.pdf/c045c950-143c-4b25-98d7-e0bf5d5dae2e> [Access: 08.04.2019].
12. Karczewicz E, Sikora A (oprac.). *Absencja chorobowa w 2017 r*. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych; 2018. <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2017+roku.pdf/1fae5bd6-b760-4a7e-8dec-0194b19c4cf1> [Access: 08.04.2019].
13. World Health Organization. *Monitoring mental health systems and services in the WHO European Region: Mental Health Atlas, 2017*. Copenhagen: WHO; 2019.
14. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*. Warszawa: IPiN; 2012. http://www.ezop.edu.pl/?fbclid=IwAR2qAiTRP9zepCRlwEMRCcZlf5UZqbsGh1PKHkK1_WJ5phZ43UyG_sZ7f-do [Access: 10.04.2019].
15. Richter D, Berger K. Are mental disorders increasing? Update of a systematic review on repeated cross-sectional studies. *Psychiatr Prax* 2013; 40(4): 176-82.
16. Filipiska K, Antczak A, Kędziora-Kornatowska K, Ciesielska N. The comorbidity somatic and depressive disorders in the elderly. *Gerontol Pol* 2016; 24: 58-63.
17. Piwoński J, Piwońska A, Głuszek J, Kielecki W, Pająk A, Kozakiewicz K, et al. Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol* 2005; 63: 645-8.
18. Muliyala KP, Varghese MM. The complex relationship between depression and dementia. *Ann Indian Acad Neurol* 2010; 13(2): 69-73.
19. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Association of Mental Disorders with Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys from 17 Countries. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(2): 150-8.
20. Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva: International Labour Organisation; 2000.
21. Head J, Stansfeld SA, Ebmeier KP, Geddes JR, Allan CL, Lewis G, et al. Use of self-administered instruments to assess psychiatric disorders in older people: validity of the General Health Questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale and the self-completion version of the revised Clinical Interview Schedule. *Psychol Med* 2013; 43: 2649-56.
22. OECD. *Sickness disability and work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2010.
23. Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O, Lallukka T. Common mental disorders and cause-specific disability retirement. *Occup Environ Med* 2015; 72(3): 181-7.
24. Kaila-Kangas L, Haukka E, Miranda H, Kivekäs T, Ahola K, Luukkonen R, et al. Common mental and musculoskeletal disorders as predictors of disability retirement among Finns. *J Affect Disord* 2014; 165: 38-44.
25. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. *Pracujący emeryci*. ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych; 2019. <https://www.zus.pl/documents/10182/2422424/Pracuj%C4%85cy+emeryci+raport.pdf/1e3bd82c-988c-83e4-bf8e-d60f2447d28f> [Access: 10.04.2019].

26. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms – a qualitative study. *PLoS One* 2014; 1: 1-8.
27. Tyszkowska M, Podgrodzka M. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatr Pol* 2013; 47: 1011-22.

OD REDAKCJI



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Praca została dofinansowana ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę (umowa nr 707/P-DUN/2018) w ramach zadania „Publikowanie artykułów naukowych w języku angielskim w kwartalniku *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*”.
