

Utrata produktywności w następstwie chorób reumatycznych – absencja i prezenteizm

Productivity loss as a result of rheumatic diseases – absenteeism and presenteeism

Filip Raciborski¹, Magdalena Władysiuk², Magdalena Bebrysz², Bolesław Samoliński³

¹Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

²Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)

³Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Słowa kluczowe: utrata produktywności, absencja, prezenteizm.

Key words: productivity loss, absenteeism, presenteeism.

Streszczenie

Choroby reumatyczne wpływają nie tylko na zdrowie chorego, lecz także na jego życie prywatne i zawodowe. Wyniki badań pokazują, iż schorzenia te powodują zarówno zwiększoną absencję (opuszczanie dni pracy), jak i nieefektywną obecność w pracy (prezenteizm), co przekłada się na ogólną utratę produktywności. W ciągu 10 lat od wystąpienia pierwszych objawów choroby pracę przerywa 32–50% chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Szacuje się, że prezenteizm w RZS generuje stratę 3,2 dnia, a absencja 0,2 dnia na każde 20 dni roboczych. Badania dotyczące utraty produktywności opierają się głównie na narzędziach kwestionariuszowych. W chorobach reumatycznych do najczęściej stosowanych należą: *Rheumatoid Arthritis Specific Work Productivity Survey* (WPS-RA), *Workplace Activity Limitations Scale* (WALS), *Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis* (RA-WIS), *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) oraz *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI).

Wstęp

Choroby reumatyczne stanowią poważne wyzwanie nie tylko w wymiarze zdrowotnym, lecz także społecznym i ekonomicznym. Jak zauważyli autorzy raportu *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce*, dane uzyskane w ramach projektu *Fit for Work* w pełni uzasadniają pilną potrzebę potraktowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego jako jednego z priorytetów polityki zdrowotnej w nadchodzących latach [1].

Wyniki poszczególnych badań dotyczące częstości występowania niepełnosprawności różnią się między sobą,

Summary

Rheumatic diseases affect not only patient's health, but also their life and work. The study results show that these conditions not only increase absenteeism (being absent from work), but also presenteeism (being present at work but working at reduced capacity) which result in an overall productivity loss. Between 32% to 50% of patients with RA cease their work after 10 years from the first symptoms of the disease. It is estimated that presenteeism and absenteeism caused by RA generates a loss of 3.2 and 0.2 absenteeism day for every 20 days, respectively.

Studies on productivity loss are based mainly on questionnaire tools. In rheumatic diseases most commonly used instruments are: *Rheumatoid Arthritis Specific Work Productivity Survey* (WPS-RA), *Workplace Activity Limitations Scale* (WALS), *Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis* (RA-WIS), *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) and the *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI).

co wynika z zastosowanej metodologii, ale wszystkie wskazują na bardzo dużą skalę zjawiska. Główny Urząd Statystyczny podał, że w Polsce pod koniec 2009 r. żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych (liczonych wg metodologii Eurostatu), czyli osób, które z powodu problemów zdrowotnych deklarowały ograniczoną zdolność wykonywania czynności. Prawie 4,2 mln z nich posiadało orzeczenie o niepełnosprawności. Jeśli zawęzi się grupę niepełnosprawnych jedynie do osób w wieku 15 lat i więcej, mających orzeczenie prawne lub ograniczoną zdolność wykonywania czynności (ale wyłącznie w stopniu poważnym), to uzyska się liczbę 5,1 mln (ok. 2,3 mln w przedziale wieku 15–59 lat). W tej

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Filip Raciborski, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, e-mail: filip.raciborski@ir.ids.pl

Praca wpłynęła: 8.08.2013 r.

grupie osoby pracujące stanowią zaledwie 648 tysięcy, a bezrobotni 162 tysiące. Pozostałe osoby, czyli prawie 4,3 mln (84% ogółu), są określane jako bierni zawodowo. Spośród 5,1 mln niepełnosprawnych dorosłych ok. 2,8 mln deklaruje uszkodzenie i choroby narządu ruchu. Były to najczęściej występujące schorzenia w tej grupie (56%). Na drugim miejscu wśród przyczyn niepełnosprawności znalazły się choroby układu krążenia, które podało 50% osób niepełnosprawnych [2].

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wydał w 2012 r. 44 465 orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy; 12,2% dotyczyło chorób układu kostno-stawowego. Stanowiły one trzecią w kolejności przyczynę przyznawania świadczeń rentowych [3].

Wydatki poniesione przez ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wynikającą z chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99) wyniosły w 2009 r. 3 584 890 zł. Stanowiło to 12,6% ogółu wydatków ZUS przeznaczonych na ten cel. Wyższe kwoty generowały jedynie choroby układu krążenia oraz zaburzenia psychiczne, łącznie z zaburzeniami zachowania [4].

Wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia chorego zwiększa się ryzyko przedwczesnego opuszczenia rynku pracy. Jest to szczególnie widoczne w przypadku schorzeń reumatycznych o podłożu zapalnym, w których postęp choroby jest znacznie szybszy w porównaniu z chorobami o charakterze niezapalnym. Należy jednak zauważyć, że relacja ta w pewnych sytuacjach może być dwukierunkowa – nie tylko choroba wpływa na pracę, lecz także praca na chorobę. Rodzaj wykonywanych czynności zawodowych, środowisko i organizacja pracy są czynnikami, które mają istotne znaczenie dla przebiegu choroby [5]. Rozwój choroby wiążącej się z przewlekłym bólem oraz postępującą niepełnosprawnością prowadzi do obniżania jakości życia. Temat ten był przedmiotem wielu badań i analiz opisanych w literaturze światowej. W Polsce problematyka ta również została w ostatnich latach szczegółowo opisana [6–12].

Absencja i nieefektywna obecność w pracy

Każda choroba wiąże się z kosztami bezpośrednimi, pośrednimi oraz społecznymi. Koszty pośrednie wynikają m.in. z utraty produktywności. Można tu wyróżnić koszty związane z przedwczesnym opuszczeniem rynku pracy, absencją oraz prezenteizmem (nieefektywną obecnością w pracy). Ostatni z wymienionych czynników budzi najwięcej kontrowersji, gdyż zagadnienie nieefektywnej obecności

w pracy od niedawna jest przedmiotem badań i analiz, a samo pojęcie prezenteizm dopiero wchodzi do użycia.

Absencja (*absenteeism*) w najprostszym ujęciu odnosi się do liczby opuszczonych dni roboczych przez osoby pracujące [13]. Takie podejście umożliwia łatwe przełożenie tego terminu, a co za tym idzie – stworzenie prostego i jednocześnie przejrzystego wskaźnika. Ta cecha w istotny sposób ułatwia prowadzenie badań empirycznych dotyczących absencji i przyczynia się do popularyzacji tego rodzaju analiz. Część definicji zawęża znaczenie tego terminu do nieobecności w pracy, będącej następstwem stanu zdrowia – w języku polskim najbliższym określeniem byłaby w tym wypadku absencja chorobowa. Przy takim ujęciu problemu utrata produktywności (w wyniku absencji) jest następstwem stanu zdrowia [14–16]. W szerszym ujęciu uwzględnia się nie tylko liczbę opuszczonych dni roboczych, lecz także skrócony czas pracy oraz liczbę dni (roboczych), kiedy dana osoba była bezrobotna w następstwie swojego stanu zdrowia [17]. Przyczyną nieobecności w pracy może być zarówno stan zdrowia samego pracownika, jak i osoby, którą się opiekuje (np. dziecka). Absencja może również wynikać z konieczności przeznaczenia przez osobę zatrudnioną czasu na leczenie bądź kontrolę swojego stanu zdrowia.

Z danych opublikowanych w raporcie Eurofound na podstawie piątych Europejskich Badań Warunków Pracy (*European Working Conditions Survey – EWCS*) wynika, że Polska należy do krajów o najwyższej średniej liczbie dni absencji chorobowej w Europie. W większości państw wyższe wskaźniki nieobecności w pracy obserwuje się wśród kobiet [18]; dotyczy to także Polski.

Według danych ZUS za 2012 r. (z Rejestru Zaświadczeń Lekarskich KSI ZUS) łączna liczba dni absencji chorobowej osiągnęła poziom 246,4 mln, przy średniej długości trwania zwolnienia lekarskiego 13,31 dnia. Wśród osób pracujących skumulowana absencja wyniosła blisko 136,4 mln dni, przy przeciętnej długości 11,89 dnia. Dla pracujących kobiet wskaźniki te wyniosły odpowiednio prawie 79 mln dni oraz 12,76 dnia. Dane ZUS na temat absencji chorobowej z tytułu opieki nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny są dostępne jedynie na poziomie ogólnym, bez wyszczególnienia osób pracujących. Łączna liczba dni absencji chorobowej z tego tytułu osiągnęła poziom 8,7 mln, z czego 6,9 mln dni było zgłaszane przez kobiety [19].

Prezenteizm, czy też prezentyzm¹ (*presenteeism*), jest stosunkowo nowym zagadnieniem – jeszcze mało poznany. Przeważnie prezenteizm jest definiowany jako nie-

¹Obie wersje tłumaczenia terminu *presenteeism* są obecnie stosowane. Z uwagi na niewielką liczbę publikacji w języku polskim na ten temat nie udało się sprecyzować, które tłumaczenie jest obowiązujące. W niniejszym artykule autorzy będą posługiwać się terminem *prezenteizm* jako tłumaczeniem słowa *presenteeism*. W przypadku alternatywnego tłumaczenia terminu *presenteeism*, jako *prezentyzm*, należy wspomnieć, że termin *prezentyzm* jest w odmiennym znaczeniu stosowany także na gruncie metodologii nauk społecznych. W naukach społecznych najczęściej pojęcie to jest stosowane do interpretowania przeszłych zdarzeń i procesów z perspektywy współczesności.

efektywna obecność w pracy bądź przyjscie do pracy mimo choroby [20]. Jest to sytuacja, w której pracownik przychodzi do pracy, ale z powodu choroby lub złego stanu zdrowia nie jest w pełni produktywny na skutek zaistniałych dolegliwości [21]. Następstwem tego jest spadek wydajności w trakcie pracy [13, 15, 22, 23]. Zjawisko prezenteizmu nie jest tak dobrze opisane w literaturze naukowej (szczególnie w zakresie chorób reumatycznych), jak absencja [16], ale szacuje się, że w jego następstwie utrata indywidualnej produktywności może przekroczyć nawet jedną trzecią jej wartości [21]. W tym kontekście porusza się również kwestię nie tylko samej produktywności, lecz także jakości wykonywanej pracy [14]. Prezenteizm nie dotyczy jedynie chorób przewlekłych, ale wszelkiego rodzaju problemów ze zdrowiem. Możliwe jest również szersze podejście do problemu. Niektórzy badacze próbowali zdefiniować to zjawisko, uwzględniając przyjscie do pracy nie tylko mimo choroby, lecz także innych zdarzeń powodujących absencję chorobową, np. opieki nad dzieckiem. W skrajnym przypadku uwzględnione mogą zostać także przyczyny, które mogą powodować rozproszenie uwagi pracownika i jego nieefektywną pracę [20].

Prezenteizm w niektórych sytuacjach stanowi źródło zagrożeń w miejscu pracy. Zjawisko to z uwagi na wpływ na koncentrację pracownika oraz jakość podejmowanych przez niego zadań może istotnie zwiększać ryzyko popełnienia błędu oraz wypadku. W przypadku chorób zakaźnych dochodzi ryzyko transmisji choroby na współpracowników. Przemiany na rynku pracy (np. tendencja do zatrudnienia z nienormowanym czasem pracy), wysoki poziom bezrobocia oraz obawa o utrzymanie posady będą sprzyjać upowszechnianiu się prezenteizmu w Polsce.

Jak przedstawiono wcześniej, zjawisko nieefektywnej obecności w pracy (prezenteizmu) – z uwagi na brak obiektywnych wskaźników – jest trudne do pomiaru. Zagadnienie to zostanie szerzej omówione w dalszej części artykułu. W odróżnieniu od badań dotyczących absencji, przedstawienie informacji pochodzących z oficjalnych rejestrów nie jest tu możliwe. Większość analiz poświęconych tej problematyce opiera się na deklaracjach dotyczących przebywania w pracy w czasie choroby. W ten sposób prezenteizm został również ujęty w badaniu EWCS z 2010 r. Wyniki wskazują, że w naszym kraju poziom prezenteizmu jest stosunkowo niski, w odróżnieniu od wysokiego poziomu absencji [18]. Wyniki badań wskazują, iż czynniki zmniejszające absencję chorobową jednocześnie wpływają na zwiększenie poziomu nieefektywnej obecności w pracy [20].

Pomiar utraty produktywności

Największe kontrowersje dotyczące problematyki zjawiska utraty produktywności związane są z jego pomia-

rem. Najczęściej w badaniach naukowych z tego obszaru wykorzystywane są narzędzia kwestionariuszowe. Standardową procedurą badawczą jest zadawanie respondentom (w trakcie wywiadu lub przy użyciu kwestionariusza do samodzielnego wypełnienia) pytań dotyczących pracy zawodowej oraz wpływu choroby na pracę. Z uwagi na złożoność zjawiska oraz różnice w przebiegu poszczególnych chorób w użyciu znajduje się wiele standardów kwestionariuszy.

Prasad i wsp. w opublikowanym w 2004 r. przeglądzie literatury zidentyfikowali 6 podstawowych narzędzi wykorzystywanych do oceny utraty produktywności w następstwie problemów zdrowotnych wśród osób pracujących [24]. Były to: *Endicott Work Productivity Scale* (EWPS), *Health and Labor Questionnaire* (HLQ), *Health and Work Questionnaire* (HWQ), *Health and Work Performance Questionnaire*, *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) oraz *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire* (WPAI). Dodatkowo w publikacji przedstawiono 6 narzędzi stosowanych w konkretnych jednostkach chorobowych, z czego 4 bazowały na kwestionariuszu WPAI. W innym przeglądzie literatury opublikowanym w 2007 r. przez Mattke i wsp. wymieniono 17 narzędzi służących do oceny utraty produktywności w związku ze stanem zdrowia [25].

Omówione kwestionariusze różniły się między sobą w sposób istotny zarówno pod względem liczby pytań (od 3 do 44), jak i zakresu tematycznego. Część z nich koncentrowała się jedynie na wybranych jednostkach chorobowych lub grupach chorób (5 narzędzi), natomiast inne nie miały tego rodzaju ograniczeń lub odnosiły się do wielu różnych schorzeń (12 narzędzi). W przedstawionych kwestionariuszach pomiar absencji polegał na pytaniu respondentów o liczbę dni opuszczonych w pracy z powodu stanu zdrowia. Ocena nieefektywnej obecności w pracy (prezenteizmu) wymaga bardziej złożonego podejścia. Najczęściej uwzględniano trzy podstawowe elementy: ocena postrzeganej ograniczonej sprawności wynikającej z problemów zdrowotnych; porównanie produktywności, jakości i efektywności pracy względem innych osób oraz przyjętych norm; szacowanie bezproduktywnego czasu spędzanego w pracy [25].

Jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi w badaniach dotyczących utraty produktywności z powodu stanu zdrowia jest kwestionariusz WPAI, który w zmodyfikowanych wersjach z powodzeniem był wykorzystywany w różnych jednostkach chorobowych. Z tego względu na jego przykładzie można przedstawić podstawową koncepcję funkcjonowania tego rodzaju narzędzi.

Kwestionariusz WPAI został opracowany w 1993 r. do oceny wpływu ogólnego stanu zdrowia oraz konkretnych jednostek chorobowych na produktywność w pracy i poza nią [26]. Narzędzie to występuje obecnie w dwóch podstawowych wariantach. Pierwszy z nich uwzględnia ogóln-

ny stan zdrowia (*general health*, WPAI-GH), a drugi – konkretną jednostkę chorobową (*specific health problem*, WPAI-SHP). W niektórych sytuacjach stosuje się również kwestionariusz stanowiący połączenie dwóch wspomnianych powyżej (WPAI-GH/SHP) [24]. Podstawowe narzędzie (WPAI-GH) opiera się na 6 prostych pytaniach zadawanych respondentowi [27]:

1. Czy jest Pani/Pan obecnie zatrudniona/zatrudniony (pracuje za wynagrodzeniem)?
2. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, ile godzin pracy opuściła/opuścił Pani/Pan z powodów związanych z Pani/Pana problemami zdrowotnymi?
3. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, ile godzin pracy opuściła/opuścił Pani/Pan z innych powodów, takich jak urlop, święta, zwolnienie w celu uczestniczenia w tym badaniu?
4. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, ile godzin Pani/Pan pracowała/przepracowała?
5. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, w jakiej mierze problemy zdrowotne wpłynęły na Pani/Pana wydajność w trakcie wykonywania pracy?
6. W ciągu ubiegłych siedmiu dni, w jakiej mierze problemy zdrowotne wpłynęły na Pani/Pana zdolność wykonywania codziennych czynności, poza pracą zarobkową?

Każde z pytań jest uzupełnione instrukcją oraz komentarzem ułatwiającym jego zrozumienie. W pytaniach 2–4 ankietowani udzielają odpowiedzi, podając konkretną liczbę godzin. W pytaniach 5 i 6 odpowiedź zaznaczają na 11-punktowej skali (0–10). W tym przypadku 0 oznacza brak wpływu problemów zdrowotnych na pracę lub codzienne czynności, a 10 – całkowitą niezdolność do wykonywania pracy lub codziennych czynności z powodu stanu zdrowia. Na podstawie udzielonych odpowiedzi możliwe jest obliczenie wskaźników: absencji, prezenteizmu, utraty produktywności oraz ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności [27].

Do upowszechnienia kwestionariusza WPAI przyczynił się fakt, że jest on udostępniany przez autorów bez żadnych opłat licencyjnych. Co więcej, nie jest wymagane uzyskanie żadnej zgody na jego wykorzystanie. Autorzy proszą jedynie o zgłaszanie informacji na temat publikacji oraz prezentacji, w których dane zostały zgromadzone przy użyciu opracowanego przez nich narzędzia. Na stronach *Reilly Associates* zaprezentowanych jest ponad 260 publikacji, do których przygotowania wykorzystano WPAI. Znajdują się tam również wersje kwestionariusza odnoszące się do wybranych jednostek chorobowych wraz z oficjalnymi tłumaczeniami, m.in. wersja kwestionariusza WPAI-GH (v 1.0) [27].

Utrata produktywności w chorobach reumatycznych

Choroby reumatyczne są jedną z głównych przyczyn niezdolności do pracy i generują znaczne koszty społeczno-

-ekonomiczne oraz obciążenia zdrowotne dla populacji w wieku produkcyjnym [16]. Prowadzą do stopniowego ograniczania sprawności, a co za tym idzie – powodują trudności w codziennym funkcjonowaniu. Ich wpływ widoczny jest zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym chorych. Choroby o podłożu zapalnym w krótkim czasie mogą prowadzić do niepełnosprawności i inwalidztwa. Z tego powodu głównym celem opieki nad chorym jest utrzymanie wydolności funkcjonalnej, hamowanie aktywności choroby i zapobieganie związanej z nią niepełnosprawności [28].

Wpływ chorób reumatycznych na utratę produktywności jest przedmiotem wielu prac badawczych. Jednak publikowane wyniki w sposób istotny różnią się między sobą w zakresie oceny skali zjawiska. W artykułach uwzględnionych w przeglądzie systematycznym opublikowanym przez Lenssinck i wsp. w 2013 r. odsetek osób z zapalną chorobą reumatyczną, które doświadczyły utraty produktywności, wahał się od 17% do 88% [29]. Rozróżnienie wyników nie tylko jest efektem różnic metodologicznych, lecz także wynika z dużej złożoności badanego zjawiska.

Większość omawianych przez Lenssinck i wsp. prac koncentrowała się na chorobach zapalnych, przede wszystkim na reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). Absencja oraz utrata pracy w następstwie RZS są dobrze udokumentowane w literaturze. Całkowite zaprzestanie pracy w ciągu 10 lat od wystąpienia pierwszych objawów choroby dotyka od 32% do 50% chorych [16]. Na rycinie 1 przedstawiono analizę przeżycia przeprowadzoną dla danych opisujących osiągnięcie niezdolności do pracy z powodu RZS w wybranych 5 krajach. W zależności od badania 50-procentowe prawdopodobieństwo bycia niezdolnym do pracy występowało w czasie od 4,5 roku do 22 lat, licząc od chwili wystąpienia pierwszych objawów (mediana wyniosła 13 lat). Część publikacji wskazuje, że największy przyrost prawdopodobieństwa wystąpienia niezdolności do pracy zachodzi w pierwszym roku od chwili postawienia diagnozy [30].

Jak już wcześniej wspomniano, nieefektywna obecność w pracy (prezenteizm) w chorobach reumatycznych nie jest tak dobrze opisana w literaturze naukowej jak zjawisko absencji. Dostępne badania wskazują, iż utrudnienia w wykonywaniu pracy wynikające z choroby powodują istotny spadek produktywności. Szacuje się, iż prezenteizm w RZS generuje stratę 3,2 dnia na każde 20 dni roboczych. Dla porównania: straty z powodu absencji określa się na 0,2 dnia [16].

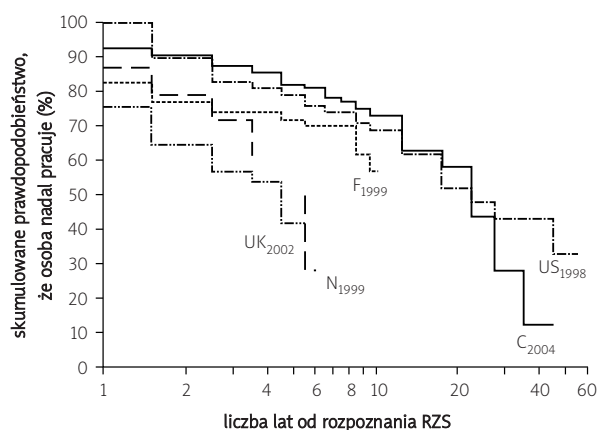
W części przeprowadzonych badań dotyczących utraty produktywności udało się wyodrębnić czynniki ryzyka niezdolności do pracy u chorego. Były to: praca wymagająca większej aktywności fizycznej, większa niepełnosprawność (mierzona *Health Assessment Questionnaire* – HAQ), starszy wiek oraz niższy poziom wykształcenia [29]. Czynniki te powiązane są również z częstością zwolnień lekarskich oraz ograniczoną wydajnością w pracy.

Pomiar utraty produktywności w chorobach reumatycznych

W opublikowanych w 2007 r. (Escorpizo i wsp.) oraz 2009 r. (Beaton i wsp.) przeglądach literatury wyodrębniono łącznie 24 narzędzia wykorzystywane do oceny wpływu chorób reumatycznych na pracę zawodową chorych [16, 31], jednak tylko mniej niż połowa z nich używana jest do dzisiaj [23]. Z tego zbioru Tang i wsp. wyselekcjonowali 5 narzędzi badawczych, szczególnie przydatnych w reumatologii, które poddane zostały szczegółowej analizie. Wśród wybranych narzędzi badawczych znalazły się: *Rheumatoid Arthritis Specific Work Productivity Survey* (WPS-RA), *Workplace Activity Limitations Scale* (WALS), *Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis* (RA-WIS), *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) oraz *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI). Mimo iż wszystkie wymienione narzędzia umożliwiały ocenę utraty produktywności w następstwie chorób reumatycznych, to stworzone one były w różnych celach i mierzyły badaną problematykę w odmienny sposób. Jako kryterium wyboru przyjęto dostępność dowodów potwierdzających odpowiednią swoistość narzędzia w chorobach reumatycznych (w chorobie zwyrodnieniowej stawów lub chorobach reumatycznych o charakterze zapalnym) oraz wykorzystanie narzędzia w badaniach dotyczących chorób reumatycznych. Wszystkie wymienione kwestionariusze zostały ocenione pozytywnie, chociaż każde z narzędzi miało swoje ograniczenia. W zakresie użyteczności w badaniach bardzo wysoko oceniony został kwestionariusz WLQ oraz RA-WIS [23].

Podobne porównanie dostępnych narzędzi służących do oceny wpływu schorzenia reumatycznego na produktywność chorych zostało przeprowadzone i opublikowane rok wcześniej przez Beaton i wsp. [32]. W tym przypadku jednak oceny dokonano nie na podstawie dostępnej literatury, lecz badania zrealizowanego w grupie 250 pacjentów. Wśród 5 ocenianych kwestionariuszy znalazły się RA-WIS, WALS, WLQ oraz 6-elementowy *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) i *Endicott Work Productivity Scale* (EWPS). Pomimo zaobserwowanych w badaniu różnic niemożliwe było jednoznaczne wskazanie, które z wymienionych narzędzi jest najlepsze do pomiaru utraty produktywności w chorobach reumatycznych. Jednak wyniki wskazują na nieznaczną przewagę kwestionariuszy WALS i RA-WIS nad pozostałymi wymienionymi [32].

Mimo iż w użyciu znajduje się stosunkowo duża liczba narzędzi służących do oceny utraty produktywności, do tej pory żadne z nich nie stało się powszechnym standardem. Obecna sytuacja sprzyja powstawaniu nowych instrumentów do pomiaru absencji i nieefektywnej obecności w pracy. Przykładem nowego narzędzia może być opublikowany w 2011 r. kwestionariusz *Valuation of Lost Productivity* (VOLP) [15, 33]. Jednak zanim wejdzie on do



Ryc. 1. Analiza przeżycia wykonana dla niezdolności do pracy w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) na podstawie badań prowadzonych w: Kanadzie (C), Finlandii (F), Holandii (N), Wielkiej Brytanii (UK) oraz Stanach Zjednoczonych (US). Liczby reprezentują rok publikacji wyników badań [30] (za zgodą wydawcy Oxford University Press).

Fig. 1. Survival analysis of work disability. Studies are identified by country (letter: C, Canada; F, Finland; N, the Netherlands; UK, United Kingdom and US, United States). The numbers represent the year of publication [30] (with permission of publisher Oxford University Press).

szerszego użycia, jego użyteczność musi zostać zweryfikowana w niezależnych badaniach, podobnie jak to było w przypadku innych kwestionariuszy.

Wpływ leczenia na zachowanie produktywności

Analiza utraty produktywności jest wykorzystywana nie tylko do oceny wpływu choroby na sytuację danej osoby czy liczenia kosztów z tym związanych, lecz także do określania skuteczności leczenia. Dotyczy to także chorób reumatycznych. Burton i wsp. w opublikowanym w 2006 r. przeglądzie systematycznym odnieśli się do kwestii wpływu leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh) na niezdolność do pracy [30]. W wielu badaniach stosowanie LMPCh było uwzględnione jako niezależny czynnik dotyczący utraty produktywności. Okazało się jednak, że w wielorakich (wielozmiennowych) analizach regresji wpływ tej zmiennej był nieistotny statystycznie. Nie stwierdzono ani pozytywnego, ani negatywnego wpływu LMPCh na ryzyko opuszczenia rynku pracy [30]. Tylko w jednym artykule związek okazał się istotny statystycznie [34], ale prawdopodobnie było to efektem zależności między aktywnością chorobą a stosowanym leczeniem [30].

W przypadku leczenia biologicznego wyniki części badań wskazują na wpływ terapii na zmniejszenie ryzyka wyjścia z rynku pracy i utraty produktywności. W przeprowadzonym przez ter Wee i wsp. systematycznym przeglądzie literatury (obejmującym 19 publikacji dotyczących RZS) status zatrudnienia poprawił się w 4 z 13 przypadków. Pozytywny wpływ zaobserwowano również w stosunku do absencji (we wszystkich 10 publikacjach, które uwzględniały ten aspekt) oraz prezenteizmu (w 7 z 9 badań) [35]. Należy jednak zauważyć, że w niektórych przypadkach wyniki nie były spójne wewnętrznie i np. różniły się w zależności od analizowanego przedziału czasu lub używanego wskaźnika.

Wyniki najnowszego badania PRESERVE z 2013 r., które objęło m.in. 67 chorych z RZS z Polski, zdają się również potwierdzać pozytywny wpływ leczenia biologicznego (w tym przypadku etanerceptu stosowanego razem z metotreksatem) na ryzyko opuszczenia rynku pracy. Po 36 tygodniach terapii wyniki uzyskane przy użyciu kwestionariusza WPAI-RA wykazały istotną statystycznie poprawę w zakresie ograniczania utraty produktywności [36].

Dyskusja

Prace badawcze dotyczące utraty produktywności w związku ze stanem zdrowia są prowadzone na całym świecie, a ich wyniki publikuje się w kluczowych czasopiśmie naukowych. Mimo iż wykorzystywane narzędzia badawcze są powszechnie akceptowane, to sama koncepcja pomiaru na podstawie zestawu prostych pytań kwestionariuszowych (w szczególności prezenteizmu) budzi kontrowersje.

Podstawowym zarzutem wobec wszelkich analiz dotyczących utraty produktywności jest stwierdzenie, że żadne z dostępnych narzędzi nie ujmuje tego zjawiska kompleksowo [37]. Co więcej, krytycy zwracają uwagę, że dla każdego rodzaju pracy spadek wydajności przebiega w nieco inny sposób, co należałoby uwzględnić w narzędziach badawczych. Konsekwencją takiego podejścia byłby jednak brak ujednoczonych narzędzi pomiaru, a w dalszej perspektywie brak możliwości porównywania wyników różnych badań.

Przeprowadzone analizy wskazują na zaledwie umiarkowany poziom skorelowania poszczególnych narzędzi ze sobą [23], co częściowo dowodzi, iż mierzą różne aspekty utraty produktywności. Użycie różnych narzędzi może w tym przypadku prowadzić do różnych wniosków, zwłaszcza gdy podejmuje się próbę przeliczenia otrzymanych wyników na wartości pieniężne. Dla przykładu: w jednym z badań średni tygodniowy koszt (w przeliczeniu na pacjenta) wynikający z prezenteizmu w grupie chorych na RZS wahał się od 79 do 318 dolarów w zależności od użytego kwestionariusza [38].

Dyskusyjna jest także kwestia stosowania narzędzi zawierających stosunkowo niewielką liczbę ogólnych

pytań o ograniczonej szczegółowości. Zarzut ten dotyczy większości dostępnych kwestionariuszy. Jednak prostota narzędzia badawczego jest jego niewątpliwym atutem, szczególnie w przypadku korzystania z kwestionariuszy do samodzielnego wypełniania. Podniesienie poziomu ich szczegółowości mogłoby się przyczynić do dużej liczby błędów oraz rezygnacji respondentów, a tym samym obniżyć jakość całego badania.

Osobną kwestią jest problem walidacji dostępnych instrumentów badawczych. Dotyczy to w mniejszym stopniu absencji niż prezenteizmu. W przypadku tego pierwszego zjawiska możliwe jest przeprowadzenie prostej weryfikacji narzędzia na podstawie danych z miejsca pracy (rejstry, zestawienia itp.). Pozwala to na określenie, na ile deklaracje pracowników są skorelowane z oficjalnymi danymi. W przypadku nieefektywnej obecności w pracy podstawową trudność może stanowić już samo określenie wskaźników rzeczywistej produktywności oraz wydajności [25]. Badania prezenteizmu nie uwzględniają również elastyczności form pracy oraz różnych metod kompensacji ograniczonej wydajności (np. pracując samodzielnie w nadgodzinach) [20]. Różnorodność związana z typem wykonywanej przez chorego pracy (np. indywidualna czy zespołowa; zadaniowa czy ciągła itd.) sprawia, że użyteczność każdego narzędzia służącego do pomiaru nieefektywnej obecności w pracy będzie ograniczona. Problem uniwersalności przyjętych wskaźników oraz ogólnie prezenteizmu budzi wiele zastrzeżeń, szczególnie ze strony świata korporacji [22, 39]. Próba nadmiernego dopasowania kwestionariusza do specyfiki danej grupy wyklucza standaryzację, a co za tym idzie – wartość całego badania z uwagi na nieporównywalność wyników.

Istotnym wyzwaniem metodologicznym jest również określenie, jaki okres powinien zostać uwzględniony (raportowany) w badaniu. Z jednej strony powinien być na tyle krótki, by nie obciążał wyników ze względu na ograniczenia pamięci respondentów. Z drugiej strony – na tyle długi, by umożliwił generalizowanie [39]. Nie ma prostej reguły dotyczącej optymalnego okresu, stąd też różnice między poszczególnymi narzędziami badawczymi.

Krytykowany jest również sposób szacowania kosztów utraty produktywności. Szczególnie dotyczy to braku ustalonych i zwalidowanych metod przeliczania utraty produktywności na jednostki pieniężne [25].

Podsumowanie i rekomendacje

Nasza wiedza na temat utraty produktywności wynikającej ze stanu zdrowia stale się poszerza. Mimo istniejących ograniczeń, wraz z kolejnymi badaniami i analizami, uzyskujemy dostęp do nowych informacji. Wiedza ta w dalszej perspektywie przyczyni się do skutecznego przeciwdziałania utracie produktywności i jej następstwom.

Dlatego tak istotne jest dalsze prowadzenie prac badawczych w tym kierunku.

W Polsce w obszarze reumatologii główne zainteresowanie w zakresie społecznych aspektów choroby koncentruje się na problematyce jakości życia. Brakuje pogłębionych badań, a co za tym idzie – publikacji dotyczących wpływu schorzeń reumatycznych na utratę produktywności, które opierałyby się na wspomnianych w niniejszej publikacji narzędziach. Temat ten poruszany jest na razie jedynie w kontekście oceny skuteczności leczenia, np. nowych leków biologicznych [40]. Konieczne jest podjęcie prac badawczych, które pozwolą uzyskać wyniki umożliwiające włączenie się do dyskusji na temat omawianych zjawisk.

W najbliższym czasie należy spodziewać się publikacji wyników projektu badawczego *Move to Work* (M2W), stanowiącego kontynuację *Fit for Work*. Projekt M2W ma na celu ocenę kosztów utraconej produktywności z powodu przewlekłych chorób zapalnych w Polsce (w tym również RZS), ze szczególnym uwzględnieniem prezenteizmu. Będzie to niewątpliwie ważny głos w dyskusji, ale z całą pewnością można stwierdzić, że ten kierunek badań powinien być rozwijany i kontynuowany.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Zheltoukhova K, Bevan S, Reich A. Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. The Work Foundation, London 2011; 24.
- Koehne N, Lednicki B, Piekarczyńska M i wsp. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
- Łabęcka M, Kania A. Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2012 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013.
- Karczewicz E, Łabęcka M. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2011.
- Jędryka-Góral A, Łastowiecka E, Bugajska J. Jakość życia w chorobach reumatycznych a praca zawodowa. *Reumatologia* 2004; 42: 458-466.
- Wiśłowska M, Kanecki K, Tyszko P, Kapała A. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia* 2010; 48: 104-111.
- Sierakowska M, Sierakowski S, Wróblewska M, Krajewska-Kułak E. Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. *Reumatologia* 2010; 48: 372-379.
- Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Sierakowski S. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia* 2012; 50: 16-23.
- Stowińska I, Małydk P. Losy chorych na reumatoidalne zapalenie stawów leczonych metodą endoprotezoplastyki w obrębie stawów kończyn dolnych. *Reumatologia* 2012; 50: 403-409.
- Kowalczyk K, Głuszko P. Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą badań ankietowych. *Reumatologia* 2009; 47: 4-9.
- Bączny G. Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2008; 46: 372-379.
- Koligat D, Leszczyński P, Pawlak-Buś K i wsp. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów leczonych leflunomidem – przegląd literatury. *Reumatologia* 2012; 50: 227-232.
- Bansback N, Zhang W, Walsh D, et al. Factors associated with absenteeism, presenteeism and activity impairment in patients in the. *Rheumatology* 2012; 51: 375-384.
- Boles M, Pelletier B, Lynch W. The relationship between health risks and work productivity. *J Occup Environ Med* 2004; 46: 737-745.
- Zhang W, Bansback N, Boonen A, et al. Development of a composite questionnaire, the valuation of lost productivity, to value productivity losses: application in rheumatoid arthritis. *Value Health* 2012; 15: 46-54.
- Escorpizo R, Bombardier C, Boonen A, et al. Worker productivity outcome measures in arthritis. *J Rheumatol* 2007; 34: 1372-1380.
- Anis A, Zhang W, Emery P, et al. The effect of etanercept on work productivity in patients with early active rheumatoid arthritis: results from the COMET study. *Rheumatology* 2009; 48: 1283-1289.
- Ardito C, d'Errico A, Leombruni R, et al. Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions. Eurofound, Dublin 2012.
- Karczewicz E, Sikora A. Absencja chorobowa w 2012 roku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2013.
- Malińska M. Prezenteizm – zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. *Medycyna Pracy* 2013; 64 (3). <http://medpr.imp.lodz.pl>
- Hemp P. Presenteeism: at work – but out of it. *Harv Bus Rev* 2004; 82: 49-58.
- Pauly MV, Nicholson S, Polsky D, et al. Valuing reductions in on-the-job illness: 'presenteeism' from managerial and economic perspectives. *Health Econ* 2008; 17: 469-485.
- Tang K, Beaton DE, Boonen A, et al. Measures of work disability and productivity: Rheumatoid Arthritis Specific Work Productivity Survey (WPS-RA), Workplace Activity Limitations Scale (WALS), Work Instability Scale for Rheumatoid Arthritis (RA-WIS), Work Limitations Questionnaire (WLQ). *Arthritis Care Res* 2011; 63 Suppl: S337-349.
- Prasad M, Wahlqvist P, Shikier R, et al. A review of self-report instruments measuring health-related work productivity: a patient-reported outcomes perspective. *Pharmacoeconomics* 2004; 22: 225-244.
- Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G, et al. A review of methods to measure health-related productivity loss. *Am J Manag Care* 2007; 13: 211-217.
- Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993; 5: 353-365.
- Reilly Associates. [Online] [Zacytowano: 28. 07. 2013]. Dostępne na: http://www.reillyassociates.net/WPAI_Translations.html.
- Filipowicz-Sosnowska A, Rupiński R. Złożoność procesu niepełnosprawności u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2005; 43: 138-146.

29. Lenssinck ML, Burdorf A, Boonen A, et al. Consequences of inflammatory arthritis for workplace productivity loss and sick leave: a systematic review. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 493-505.
30. Burton W, Morrison A, Maclean R, et al. Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occup Med (Lond)* 2006; 56: 18-27.
31. Beaton D, Bombardier C, Escorpizo R, et al. Measuring worker productivity: frameworks and measures. *J Rheumatol* 2009; 36: 2100-2109.
32. Beaton DE, Tang K, Gignac MA, et al. Reliability, validity, and responsiveness of five at-work productivity measures in patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 28-37.
33. Zhang W, Bansback N, Kopec J, Anis AH. Measuring time input loss among patients with rheumatoid arthritis: validity and reliability of the Valuation of Lost Productivity questionnaire. *J Occup Environ Med* 2011; 53: 530-536.
34. Merkesdal S, Ruof J, Schöffski O, et al. Indirect medical costs in early rheumatoid arthritis: composition of and changes in indirect costs within the first three years of disease. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 528-534.
35. ter Wee MM, Lems WF, Usan H, et al. The effect of biological agents on work participation in rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: 161-171.
36. Pavelka K, Szekanecz Z, Damjanov N, et al. Induction of response with etanercept-methotrexate therapy in patients with moderately active rheumatoid arthritis in Central and Eastern Europe in the PRESERVE study. *Clin Rheumatol* 2013; 32: 1275-1281
37. Her M, Kavanaugh A. Critical analysis of economic tools and economic measurement applied to rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2012; 73 (Suppl): S107-S111.
38. Braakman-Jansen LM, Taal E, Kuper IH, van de Laar MA. Productivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA. *Rheumatology (Oxford)* 2012; 51: 354-361.
39. Brooks A, Hagen SE, Sathyanarayanan S, et al. Presenteeism: critical issues. *J Occup Environ Med* 2010; 52: 1055-1067.
40. Wiland P, Świerkot J, Maśliński W. Certolizumab pegol w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2011; 49: 253-263.