



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Klinika rehabilitačního lékařství

Markéta Nováková

**Vertebrogenní algický syndrom a
pracovní neschopnost v ČR**

*Vertebral algescic syndrome and sick leave in
the Czech Republic*

Bakalářská práce

Volyně, 2010

Autor práce: *Markéta Nováková*
Studijní program: *Fyzioterapie*
Bakalářský studijní obor: *Specializace ve zdravotnictví*

Vedoucí práce: *Mgr. Pavel Fuksa*
Pracoviště ved. práce: *Klinika rehabilitačního lékařství*
3. LF UK Praha

Datum a rok obhajoby: *2010*

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému (SIS 3.LF UK) jsou totožné.

V Praze dne 28.května 2010

Markéta Nováková

Obsah

I. ÚVOD	5
II. TEORETICKÁ ČÁST	7
1. ANATOMIE	7
1.1 Stavba páteře	7
1.2 Spojení na páteři	8
1.3 Svaly zad	9
1.4 Další souvislosti	10
2. VAS	12
1.1 Příčiny bolestí zad	12
1.2 Svalová dysbalance a vadné držení těla	14
III. PRAKTICKÁ ČÁST	18
1.1 Úvod	18
1. PRACOVNÍ NESCHOPNOST	19
1.1 Definice	19
2. LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA	21
1.1 Struktura	21
1.2 Posudková služba v zahraničí	23
1.3 Subjektivita	24
3. VYHLÁŠKA O POSUZOVÁNÍ INVALIDITY	25
1.1 Stupně invalidity	25
4. ERGODIAGNOSTIKA A POSTUPY PŘI VYŠETŘOVÁNÍ	27
1.1 Vymezení pojmu	27
1.2 Předpracovní rehabilitace	27
1.3 Ergodiagnostický tým	28
1.4 Ergodiagnostické metodiky	31
1.5 IWS – Isernhagen Works System	32
1.6 Test funkčních schopností	34
1.7 AMAS – Activity Matching Ability System	35
1.8 BI – Barthel index	35
1.9 Závěrečné hodnocení	36
5. VÝVOJ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI V ČR	38
1.1 Základní údaje	38
1.2 Zatížení ekonomiky v důsledku onemocnění kosterní a svalové soustavy	39
1.3 Vývoj PN na základě změn v administrativě a důkaz o zneužívání výhod systému	40
1.4 Závěry vyplývající z administrativních změn	43
HYPOTÉZA Č.1: OVLIVŇUJE LEGISLATIVA POČET PŘÍPADŮ PN?	43
HYPOTÉZA Č.2: OVLIVŇUJE LEGISLATIVA DÉLKU TRVÁNÍ PN?	44
1.5 Nemoci kosterní a svalové soustavy v dalších souvislostech	46
1.6 Jednotlivé diagnózy	49
IV. ZÁVĚR	50
V. SOUHRN	52
VI. SUMMARY	53
VII. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
VIII. SEZNAM PŘÍLOH	56

I. Úvod

Vertebrogenní poruchy jsou v dnešní době stále velkým a značně složitým problémem většiny vyspělých států. Na vzniku se podílí anatomické, patofyziologické změny a samozřejmě významnou měrou jsou zde zastoupeny i psychosociální faktory.

Tématem, kterým se chci podrobněji zabývat, je rozvoj vertebrogenních poruch v České republice v průběhu posledních deseti let. Změnil se postoj člověka k udržení zdraví v této oblasti? Je dosavadní trend v léčbě dostačující a přináší i své výsledky? Z jakého důvodu se naše generace potýká s takovými problémy? Lze dokázat teorii o zneužívání sociálního systému České republiky na modelu změn legislativy a incidence jednotlivých diagnóz z oblasti onemocnění svalové a kosterní soustavy?

Můžeme jistě říci, že dnešní způsob života je pro naši páteř zcela nevyhovující. Převážnou část dne trávíme vsedě. Sed je pro naši páteř nejvíce zatěžující poloha. Není proto ničím neobvyklým, že se bolesti zad objevují ve stále mladším věku. Dalším rysem vzniku bolestivých syndromů zad je nedostatek pohybu – akinéza. Část populace se snaží tomuto předejít sportem, ale v některých případech spíše dochází k jednostrannému přetěžování a k rozvoji svalových dysbalancí s bolestí zad v průběhu dalších let. Podstatnou měrou se uplatňuje i chronický stres, který zažívá každodenně podstatná část jedinců.

Vertebrogenní algický syndrom je jedním z nejčastějších důvodů pracovní neschopnosti a toto téma se stává i ekonomickým problémem států na celém světě. Léčba je finančně náročná a dlouhodobá, zasahuje do většiny lékařských oborů – a to například: ortopedie, rehabilitace, revmatologie, neurologie, interna ale i pediatrie. V každém oboru by proto měl být dostatečně vyškolený personál o této problematice a měl by dokázat efektivně docílit řešení.

Mnohé problémy mohou přetrvávat trvale a pacient je uznán invalidním a je ekonomice státu nepřínosný. Je tedy lepší tomuto onemocnění výhledově předcházet a prevencí si zajistit zdravější a práce schopnou populaci. Ohledně zdraví našeho pohybového aparátu se do společnosti dostává stále více informací o prevenci a nových poznatků v léčbě, přesto se nedaří vytvořit podmínky pro vybudování populace, která by ve značné míře netrpěla onemocněními kosterní a svalové soustavy.

Lze také říci, že dobře dostupná zdravotnická péče je vyhledávána některými pacienty již při nepodstatných obtížích, a proto je zdravotnictví zatěžováno daleko více. Musíme tedy najít kompromis mezi pacientem a zdravotnictvím. Náš klient by měl být ten, který se zajímá již o prevenci svého zdravotního stavu a pokud nastane problém, musí být iniciátorem svého uzdravení. A na druhé straně mu musí být dopřána maximální možná péče s nejnovějšími poznatky a postupy.

II. Teoretická část

1. Anatomie

1.1 Stavba páteře

Páteř (columna vertebralis) se skládá z obratlů, toto seskupení patří do osově kostry trupu společně s lebkou, žebry a kostí hrudní. Její funkce je pohyblivost a ochrana míchy.

Obsahuje 7 obratlů krčních C₁₋₇ , 12 hrudních T₁₋₁₂ , 5 bederních L₁₋₅ a 5 křížových S₁₋₅, které v dospělosti srůstají v kost křížovou, a 3-6 kostrčních Co₁₋₆, splývajících v kost kostrční. Celkem se tedy skládá v dospělosti z 24 samostatných obratlů, z kosti křížové a kostrční.

Každý obratel (vertebra) se skládá z těla (corpus), který má funkci nosnou, oblouku (arcus) chránící míchu, a výběžky (processus) sloužící k úponu vazů a svalů. Obratle se liší svou velikostí i tvarem.

Prvé dva se od ostatních značně liší. C₁ neboli atlas nemá tělo. Na jeho horní ploše postranní části jsou jamky pro spojení s kostí týlní. C₂, axis nebo také čepovec je typický svým vzhůru mířícím výběžkem, nazývaným dens. Dens slouží ke spojení s atlasem. C₇ je označován jako vertebra prominens. Má výrazně ztlustělý trnový

výběžek, který při flexi krční páteře vystupuje a je orientačním bodem (Čihák, 1; Doubková, 2)

1.2 Spojení na páteři

Těla obratlů jsou vzájemně spojena meziobratlovými destičkami (disci intervertebrales). Další spojení obratlů tvoří ligamenta páteře. Třetím druhem spojení (na obloucích) jsou meziobratlové klouby. Zvláštní komplex kloubů a vazů spojující kost týlní, atlas a axis se popisuje jako kraniovertebrální spojení. (Čihák, 1)

A) DISCI INTERVERTEBRALES

Meziobratlové destičky se nachází mezi dvěma těly obratlů, celkem se v páteři nachází 23 destiček – chybí mezi atlasem a axis a poslední je v oblasti mezi L₅ a S₁. Tloušťka destičky přibývá směrem kraniokaudálně. Celková výška všech destiček představuje pětinu až čtvrtinu celé délky páteře. Každý discus má okrajové destičky hyalinní chrupavky, srostlé s kostí těl obou obratlů. Vlastní disk je tvořen chrupavkou vazivovou, která na obvodu disku přechází v husté fibrosní vazivo. Anulus fibrosus tvoří prstenec cirkulárně probíhajících vláken při obvodu disku. Nucleus pulposus představuje vodnaté řídké jádro kulovitého tvaru. Struktura vláken na obvodu je adaptována na tlak a tah při pohybech páteře. (Čihák, 1)

B) LIGAMENTA PÁTEŘE

Ligamenta zahrnují dlouhé vazy, podélně poutající prakticky celou páteř, a krátké vazy spojující oblouky a výběžky sousedních obratlů.

- dlouhé vazy páteře:

Ligamentum longitudinale anterius, Ligamentum longitudinale posterius, Ligamentum sacrococcygeum posterius superficiale

- krátké vazy páteře:
Ligamenta flava (interarcualia), Ligamenta intertransversaria, Ligamenta interspinalia, Retinaculum caudale cutis (Čihák, 1)

C) ARTICULATIONES INTERVERTEBRALES

Articulationes intervertebrales jsou klouby mezi processus articulares. Kloubní plochy mají různý tvar podle úseků páteře. Tvar kloubních ploch ve spojení s relativní výškou meziobratlové ploténky určuje možnost, druh a rozsah pohybů v daném úseku páteře. (Čihák, 1)

1.3 Svaly zad

Svaly zádové (musculi dorsi) dělíme na dvě skupiny:

A) Povrchová vrstva – svalstvo hypaxiální

- systém spinohumerální: m. trapezius, m. latissimus dorsi, m. rhomboideus major, m. rhomboideus minor, m. levator scapulae
- systém spinokostální: m. serratus posterior superior, m. serratus posterior inferior

B) Hluboká vrstva – svalstvo epaxiální

- systém spinotrasnverzální: m. splenius capitis, m. splenius cervicis

- systém sakrospinální: m. longissimus thoracis, m. longissimus cervicis, m. longissimus capitis, m. iliocostalis
- systém spinospinální: m. spinalis
- systém transversospinální: mm. rotatores, mm. multifidi, m. semispinalis, m. semispinalis capitis,
- krátké svaly hřbetní: mm. interspinales, mm. intertransversarii,
- hluboké svaly šíjové: mm. suboccipitales, m. rectus capitis posterior minor, m. rectus capitis posterior major, m. obliquus capitis inferior, m. obliquus capitis superior (Doubková, 2)

C) Fascie na zádech

- Fascia superficialis dorsi, fascia nuchae, fascia thoracolumbalis (Doubková, 2)

1.4 Další souvislosti

Na stabilizaci páteře se však nepodílí jen svaly přímo kolem ní, ale jak je známo každá část těla může ovlivnit i zcela vzdálené místo. Proto je důležité znát vztahy mezi svaly a zapojování svalů při pohybu a každodenních stereotypch. „Svaly trupu tvoří definovaný celek po stránce funkční a souvisí se svaly šíje, pažního pletence a horní končetiny kraniálně a se svaly pánevního pletence a dolních končetin kaudálně.“ (Věle, 12)

Dále tedy musím zmínit práci těchto svalů:

- svaly krku – platysma, m. sternocleidomastoideus, mm. suprahyoidei (m. mylohyoideus, m. digastricus, m. stylohyoideus, m. geniohyoideus) mm. infrahyoidei,

mm. scaleni a hluboké svaly krční (m.longus capitis, m. longus colli

- svaly hrudníku – především bránice a dýchací svaly
- svaly břicha – jsou neodmyslitelnou součástí stabilizace páteře, pokud tedy dojde k oslabení břišních svalů je možné, že budou následovat problémy s páteří
- svaly pánevního dna

2. VAS

1.1 Příčiny bolesti zad

V současné době můžeme pomocí moderních vyšetřovacích technik jako je RTG (statické a dynamické snímky), CT, MR, scintigrafie a diskografie, stanovit lokální patologický nález. Existují však nálezy, které jsou klinicky němé, a naopak při značných potížích nemusíme najít žádné či jen minimální odchylky. Musíme mít na paměti, že často nejde o problém lokálního rázu a globální nahlížení na problém je namístě. Také rozeznáváme, zda jde o problém vzniklý akutně nebo zda jde o chronické onemocnění (Kolář, 4).

Podle Společnosti všeobecného lékařství se v ordinaci obvodového lékaře setkáme s výskytem bolestí souvisejících s vertebrogenním onemocněním až z 80% z akutních bolestí a ze 70% v případě chronické bolesti ze všech vyšetřovaných případů.

Můžeme se setkat se strukturální nebo funkční příčinou vertebrogenního algického syndromu. Strukturální se objevují na svalech, kloubech, kostech, vazech a nervech. Na postižených místech vznikají reflexní změny z bolestivého podnětu a ovlivňují tím své okolí. Reflexní změny se projeví jako hyperalgické kožní zóny, spasmy, bolestivé body na periostu, omezení pohybu v postiženém segmentu páteře a mohou ovlivnit i funkci vnitřních orgánů. Při špatném držení těla, vadných stereotypch, hypermobilitě, svalové dysbalanci nebo při nadměrném zatěžování pohybového systému je možný vznik funkčních blokády, přetížení svalů a vazů. Další mechanismem vzniku bolestí zad jsou úrazy,

vrozené vady, revmatická onemocnění, získané deformity (např. skolióza) atd.

Do strukturálních příčin patří (Kolář, 4):

- postižení meziobratlové ploténky
- degenerace intervertebrálních kloubů
- spinální stenóza
- abnormality páteřního kanálu
- spondylolistéza
- osteoporóza
- ankylující spondylitida
- záněty
- nádory

Do funkčních poruch řadíme takové příčiny, které nelze konkrétně anatomicky definovat. A to je (Kolář, 4):

- porucha řídicí funkce CNS
- porucha ve zpracování nocicepce
- porucha psychiky

1.2 Svalová dysbalance a vadné držení těla

„Držení těla je jev dynamický, který se mění v závislosti na vnějších a vnitřních podmínkách a vyvíjí se od narození po celou dobu života. Je jedním z charakteristických znaků člověka. Každý jedinec má své individuální držení jako výraz somatické a psychické osobnosti.“ (Véle, 11)

Správně držení těla popisuje mnoho autorů a každý má své specifika. Klidový stoj by měl vyvolávat minimální napětí všech svalů a zaujímat oboustranně souměrnost s centrací kloubů, kdy lze vykonávat motorické i posturální funkce s ekonomickým předpokladem pro tělo.

Nejčastěji vyšetřujeme zakřivení páteře pomocí olovnice. V rovině sagitální spouštíme olovnici od zevního zvukovodu a její linie spojuje, při správném držení, zvukovod a tělo sedmého krčního obratle s oblastí přechodu Th/L, dále prostupuje středem kyčelního kloubu a končí 1cm před vnějším kotníkem.

Vertikála ve frontální rovině za fyziologické situace prochází od záhlaví, kde spouštíme olovnici, dotýká se hrudní kyfózy, prostupuje intergluteální rýhou a dopadne do středu mezi paty.

„Forma i průběh zakřivení páteře je velmi variabilní a záleží na mnoha faktorech. Je to nejen aktivní svalové napětí a elastické napětí ligament, ale také forma jednotlivých obratlů i postavení pánve a křížové kosti“ (Rychlíková, 7)

Z toho vyplývá, že při kontrolním vyšetření rentgenových snímků i olovnice každého z nás, se objeví časté odchylky, které však

nemusí být zatím příčinnou problému. „Za chybné označujeme takové držení těla, při kterém se vyskytují odchylky od správného držení s předozadní nebo stranovou osovou deviací, které však nejsou způsobené strukturální chybou. Jde o funkční poruchu posturálního systému, při čemž změny se dají aktivním volným úsilím vyrovnat, ačkoli jen přechodně a s námahou, na rozdíl od skutečných deformit a ortopedických poruch.“ (Gúth - M. Molnárová: Postura, význam, diagnostika a poruchy, 3)

Diferenciace skupin s vadným držením těla je značně nejednotná. Patří sem například: chabé držení těla, plochá záda, hyperkyfóza hrudní páteře, hyperlordóza bederní páteře, skolióza, kyfolordotické držení. „Vadné držení těla bývá zdrojem různých funkčních poruch posturálního systému, které při dlouhodobém výskytu mohou přecházet i ve změny strukturální.“ (Véle, 12)

Svalová dysbalance je stav, kdy je porušena funkční rovnováha svalového systému a to fázického i tonického. „Svaly, které inklinují k oslabení, jsou ve své funkci (z pohledu zajišťování držení) z fylogenetického, resp. ontogenetického hlediska mladší než svaly s tendencí ke kontrakturám.“ (Kolář, 4)

Podle V. Jandy, který zavedl první systematické dělení, se člení poruchy svalového napětí na horní a dolní zkřížený syndrom a na syndrom vrstvý. Určil, jaké svaly mají tendenci k oslabení – jsou tedy v útlumu a jaké svaly jsou v hypertrofii. Příčinou může být jak nedostatečné zatěžování svalů, tak i jejich přetěžování nebo nestejněměrné zatěžování svalových skupin či změna hybných stereotypů.

Dolní zkřížený syndrom

„Při tomto syndromu zjišťujeme dysbalanci mezi těmito svalovými páry:

- slabými glutei maximi a zkrácenými flexory kyčlí,
- slabými přímými břišními a zkrácenými bederními vzpřimovači trupu,
- slabými glutei medii a zkrácenými tenzory fascie latae i quadrati lumborum.“ (Lewit, 5)

V důsledku tohoto syndromu je zvýšená anteverze pánve a bederní hyperlordóza. Je poškozena statika i dynamika páteře v lumbální oblasti a pánve, přetěžování lumbosakrálního přechodu (vzniká tzv. instabilní kříž) a bývá zkráceno ischiokrurální svalstvo.

Horní zkřížený syndrom

Svalová dysbalance se objevuje v těchto oblastech:

- mezi horními a dolními fixátory ramenního pletence,
- mezi pectorales a mezilopatkovým svalstvem,
- mezi hlubokými flexory šíje (longus cervicis, longus capitis a omo- a thyreohyoidei) na jedné a extenzory šíje (krční část vzpřimovače trupu a m. trapezius) na druhé straně. (Lewit, 5)

Důsledky nerovnováhy jsou: zkrácení horních vláken m. trapezius a m. levator scapulae, m. sternocleidomastoideus, horní krční hyperlordóza, protrakce ramena, předsunuté držení hlavy i krku s přetíženým cervikokraniálním přechodem. Objevují se kulatá záda ze zvýšeného napětí prsních svalů. Mění se hybné stereotypy a u takto nemocných často nacházíme horní typ dýchání.

Vrstvový syndrom

Tento syndrom je charakteristický střídáním vrstev hypertrofických s vrstvami svalů oslabených. Na dorzální straně pozorujeme hypertrofická horní vlákna m. trapezius a m. levator scapulae, hypotrofické mezilopátkové svalstvo, hypertrofické vzpřimovače thorakolumbální oblasti, hypotrofické bederní vzpřimovače trupu a chabé hýžďové svalstvo, naposled se objevují hypertrofické ischiokrurální svaly.

Z ventrální strany je oslabené břišní svalstvo a hypertrofické m. pectoralis major a m. sternocleidomastoideus. Nakonec hypertonické m. iliopsoas a m. rectus femoris. (Kolář, 4)

U vrstvého syndromu se může objevit hypermobilní oblast, která se střídá s oblastí se zvýšeným napětím.

III. Praktická část

1.1 Úvod

V této části je vysvětlen pojem pracovní neschopnost, popsán a objasněn proces, který musí podstoupit každý pacient s dlouhodobým onemocněním vertebrogenního původu při postupu získávání sociálních výhod. Naleznete zde seznámení s postupem, který se řídí zákony České republiky. Jednotlivé části se zabývají lékařskou posudkovou komisí a její organizací, ergodiagnostikou a novou vyhláškou o posuzování invalidity.

Hlavní částí je otázka vývoje pracovní neschopnosti z důvodů vertebrogenních obtíží v průběhu let v České republice. A zda lze vysledovat zneužívání sociálního systému v případě uznání pracovní neschopnosti, a jaké diagnózy ze skupiny svalových a kosterních onemocnění se vyskytují nejčastěji.

1. Pracovní neschopnost

1.1 Definice

Pracovní neschopností je stav poruchy zdraví, která je způsobena nemocí nebo úrazem a jejímž následkem je neschopnost člověka pracovat. (16)

Občan je neschopen pracovat, pokud lékař zjistí a uzná, že není schopen nadále dočasně vykonávat současnou činnost – tedy zaměstnání. Ve většině případů je to ošetřující praktický lékař – libovolné odbornosti nebo popřípadě lékař okresní správy sociálního zabezpečení. Podmínkou uznání pracovní neschopnosti je skutečnost, že na základě vykonaného vyšetření a svých znalostí o druhu pracovní činnosti pacienta je lékař přesvědčen, že pacient není schopen pro takovou změnu svého zdravotního stavu dále pracovat.

Pokud tento ošetřující lékař na základě svého opětovného vyšetření a skutečností, které jsou mu známy, neshledá důvody k následující pracovní neschopnosti, je povinen trvání další pracovní neschopnosti ukončit. Občan, který vykonává několik odlišných činností, může pro některou z nich být neschopen a pro jinou dále schopen.

Občan, který se bez závažného důvodu nedostavil ke kontrole u ošetřujícího lékaře v určený den, je uznán práce schopným. V případě, že má vážné argumenty k tomuto činu a důvody pracovní neschopnosti dále trvají, lékař uzná trvání pracovní neschopnosti posléze, nejvýše ale 3 dny nazpátek.

Dočasná pracovní neschopnost nemůže trvat neomezeně dlouho, nýbrž maximálně jeden rok, v opačném případě už jde o dlouhodobou resp. trvalou pracovní neschopnost čili plnou nebo částečnou invaliditu. Dočasná pracovní neschopnost (a podpůrní doba pro poskytování nemocenského) však může být delší jednoho roku, jestliže je možno na základě vyjádření okresní správy sociálního zabezpečení očekávat, že zaměstnanec v krátké době nabude pracovní schopnosti. Takto je však možno prodloužit pracovní neschopnost nejdéle o jeden následující rok. (14,17,18)

2. Lékařská posudková služba

Nedílnou součástí procesu při posuzování pracovní neschopnosti je lékařská posudková služba. Tato státní složka má hlavní slovo při rozhodování o udělení invalidního důchodu a také o jeho následném prodloužení nebo i ukončení.

1.1 Struktura

Od roku 2009 došlo ke sloučení lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení a lékařské posudkové služby úřadů práce. Tím došlo k vzniku jednotné lékařské posudkové služby a k uspořené nákladů na provoz. Celá složka patří nadále pod Českou správu sociálního zabezpečení. Strukturálně se člení na dva obory (metodika lékařské posudkové služby a odbor právní) a na oddělení regionální. Pět regionálních oddělení je vytvořeno podle spádových oblastí a to ve městech: Praha, Plzeň, Hradec Králové, Brno a Ostrava. Dále se člení do 81 referátů lékařské posudkové služby. Ti již zajišťují posouzení konkrétního zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů.

Lékařská posudková služba je formována posudkovými lékaři, kteří mají specializaci v oboru posudkového lékařství. To se zabývá zvláště posuzováním zdravotního stavu klientů pro účely sociálních dávek a služeb umožňující sociální začleňování. Lékař vychází ze znalosti zdravotního stavu občana a přihlíží i k jeho kvalifikaci a oboru zaměstnání. (18)

Lékař posudkové služby zhotoví posudek na základě zdravotnické dokumentace pacienta. Má také v kompetenci provést opětovné

vyšetření nemocného na svém pracovišti nebo v přirozeném prostředí občana. Poté vyhodnotí jeho stav a vypracuje posudek. Proti posudku lze podat návrh na opravné řízení nebo na přezkoumání krajským úřadem či podat žalobu k soudu.

Před rokem 2006 hodnotili zdravotní stav lékaři na okresní správě sociálního zabezpečení. Posudky vytvářeli pro vlastní potřebu České správy sociálního zabezpečení, ale i pro jiné orgány sociálního zabezpečení. Šlo o dobrý systém ve smyslu jednotného metodického vedení, ale šlo o celkově špatně kontrolovatelný nesystémový fenomén.

Ze strany nemocného se jedná o velmi stresující záležitost. Každý pacient není vždy ve stejné situaci a je těžké ze strany lékaře posoudit a rozhodnout spravedlivě. Pokaždé bude toto posouzení ovlivněno lidským faktorem a nebude tak nikdy stoprocentní. V systému samém však také nalezneme mnoho nedostatků. Na každém posudkovém lékaři leží velká zodpovědnost, proto se také systém potýká s nedostatkem odborného personálu. Jedním z faktorů k tomu přispívajícím je nevyhovující finanční ohodnocení. Posudkové lékařství patří do oborů, v kterých je zapotřebí splnit atestaci, které předchází šestiletá příprava. Pět let praxe v klinickém oboru a rok praxe na posudkovém pracovišti. Samozřejmostí je poté celoživotní vzdělání.

Alarmující stav v roce 2005, kdy bylo v celém systému pouze 12 lékařů s atestační zkouškou (Odbor posudkové služby MPSV, 18), bylo nutné vylepšit, a proto byl přijat plán na vzdělání lékařů s názvem Koncepce o jednotném vzdělání posudkových lékařů.

Posudkový lékař musí pomoci tam kde je to zapotřebí, ale také rozpoznat případy, kdy je onemocnění dokonce fingované. Reforma

z roku 2009 se zaměřuje také na zvýšení kvality podávaných posudků. Tím lze dosáhnout úspor nákladů na dávky osob, které nesplňují kritéria pro přiznání podpory. Rozhoduje se o vysokých částkách a některým pacientům to může zcela ovlivnit život. V roce 2007 se v celém systému sociální podpory vyplatily dávky v minimální hodnotě 80 miliard (18). Úprava systému by měla přinést uspoření až v řádech miliard korun. Stále však roste počet žádostí o dávky. Změnu by měl přinést i nově schválený systém vymezení invalidity do třech stupňů, zmiňovaných v této práci v kapitole s názvem Vyhláška o posuzování invalidity.

1.2 Posudková služba v zahraničí

V každé zemi s rozvinutým sociálním systémem na světě lze nalézt strukturu podobnou naší lékařské posudkové službě. Převážně pracují ve státních službách a ve strukturách sociálního zabezpečení a ve zdravotních pojišťovnách (revizní lékaři). V oblasti Evropské unie není navrhnout jednotný systém. Hlavní princip však zůstává vždy obdobný – zajistit objektivní posouzení stavu se zachováním individuálního přístupu ke každému konkrétnímu projednávanému případu.

Mezinárodní sdružení EUMASS sjednocuje posudkové lékaře z Evropské unie. Česká republika (konkrétně ministerstvo práce a sociálních věcí) je také jeho členem.

1.3 Subjektivita

V posuzování konkrétních případů pracovní neschopnosti a zdravotního stavu u nemocí svalové a kosterní soustavy je nutné zvážit, jak je pacient schopný vykonávat dlouhodobě výtěžnou činnost. Musí se rozlišit reverzibilní a ireverzibilní změny jako příčiny pracovního handicapu. Nedílnou součástí je posouzení podle účinných diagnostických testů pro hodnocení funkce (dále v kapitole Ergodiagnostika). V této kategorii onemocnění může být časté subjektivní zabarvování pocity pacienta při dotazování posudkové komise na aktuální nebo dlouhodobý zdravotní stav, které může značně ztížit a znesnadnit zpracování posudku.

3. Vyhláška o posuzování invalidity

Pokud je pracovní neschopnost občana posuzována z dlouhodobého hlediska, musíme určit, o jaké procento klesla pracovní schopnost a poté ustanovit do jaké skupiny z pohledu invalidity patří. O tomto problému nás informuje Vyhláška 359/2009 Sbírky uvedená v příloze této práce.

Každý druh zdravotního postižení z oblasti kosterních a svalových onemocnění je zařazen podle závažnosti do skupiny s přiřazenou procentuální hodnotou, o kterou klesne pracovní schopnost občana a je zaznamenán v příloze Vyhlášky.

1.1 Stupně invalidity

Zákon určuje rozmezí **35 - 49 %** poklesu pracovní schopnosti pacienta je invalidita prvního stupně, **50 - 69%** poklesu se označuje invalidita druhého stupně a **70%** poklesu náleží invalidita třetího stupně. Podle této hranice se rozděluje, zda je pojištěnec schopen pracovat za lehčích podmínek nebo za zcela mimořádných podmínek. Míra poklesu pracovní schopnosti je závislá na funkčním postižení pojištěnce. (17)

Z hlediska postižení v oblasti kosterních a svalových onemocnění jsem se zaměřila na problematiku dorzopatií a spondylopatií, jejichž procentuální míra poklesu pracovní schopnosti je jednotlivě rozdělena v příloze k Vyhlášce. Je zde rozepsáno hodnocení vycházející z funkčního postižení hybného systému. Hodnotíme zda jde o zánětlivé, systémové nebo degenerativní postižení, jeho

lokalizaci, rozsah a tíži, aktivitu, stupeň strukturálního postižení, zda je postižen jeden nebo více kloubů, postižení funkce kloubů, přítomnost mimokloubních příznaků, stupeň alterace celkového stavu. Musíme brát v úvahu i vývoj postižení neboli rychlost progresu, zda je léčba úspěšná a eventuálně ostatní komplikace léčby. Rozhodující je dopad onemocnění na celkovou výkonnost, pohybové schopnosti, zvládnání běžných denních aktivit a kvalita života. Pro zjištění jak je pojištěnec postižen se využívají dotazníky na hodnocení funkce, kvality života, posouzení funkčních důsledků postižení pohybového a nosného ústrojí a funkčních schopností podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.

V této kategorii pro posuzování invalidity jsou dále uvedeny i artropatie, osteopatie a chondropatie, postižení měkké tkáně a systémová postižení pojiva.

4. Ergodiagnostika a postupy při vyšetřování

1.1 Vymezení pojmu

Ergodiagnostika je charakterizována podle slovníku cizích slov jako:

Odborné diagnostické posouzení aktuálního (resp. zbytkového) pracovního potenciálu a psychofyzické zatížitelnosti zejména u osob v produktivním věku a v předpracovní rehabilitaci. (19)

Celkově se tedy ergodiagnostika týká zhodnocení psycho-senzomotorického potenciálu. Je také nedílnou součástí předpracovní rehabilitace. Předpracovní rehabilitace se především vztahuje na osoby v produktivním věku, kdy můžeme svojí účastí zajistit návrat do aktivního pracovního procesu. U vertebrogenních poruch řešíme nejčastěji omezení pracovních aktivit v zaměstnání a zaměřujeme se na úpravu stavu, kterým by se úspěšně vyřešila situace. Úpravou pracovních návyků a ergonomií pracovního prostředí se může preventivně předcházet onemocnění a snížit jejich výskyt.

1.2 Předpracovní rehabilitace

Předpracovní rehabilitace mimo jiné zahrnuje poradenskou činnost, která je zaměřena na výběr vhodného povolání. Může doporučit zaměstnání s vyloučením nevhodných pracovních činností - například s jednostranným přetěžováním horních končetin, těžkou ruční manipulací či práci v dlouhodobě nezměněných pracovních polohách (sed, předklon, ruce ve výši

ramen). Předpracovní příprava obsahuje teoretickou a praktickou přípravu pro zvolené zaměstnání. Tato činnost je podporována a koordinována úřadem práce. Do předpracovní rehabilitace může být však zařazen pouze klient, který je v pracovní neschopnosti více jak jeden rok. Po této době je nutné vyvodit z pracovní neschopnosti závěry a zařadit osobu do původního zaměstnání, do původního zaměstnání s modifikací, do nového zaměstnání s modifikací, přiznat status osoby se změněnou pracovní schopností, a tím zajistit méně náročné zaměstnání, rekvalifikaci na jiné zaměstnání či po vyzkoušení všech těchto variant zajistit sociální podporu - invalidní důchod.

V ergodiagnostice můžeme vymezit složku morfológickou, kde určujeme negativní hodnocení – to znamená, že se zabýváme všemi omezeními a kontraindikovanými činnostmi plynoucí z postižení či nemoci pacienta. Dále složku funkční, kdy hledáme pozitivní způsobilost jedince – jeho schopnosti a dovednosti. (6)

1.3 Ergodiagnostický tým

Do primárního ergodiagnostického týmu řadíme: lékaře, ergoterapeuta, fyzioterapeuta a psychologa. K této základní skupině se přidružuje i sociální pracovník, logoped a podle typu onemocnění lze zapojit i lékaře specialistu, v našem případě často ortopeda.

Lékař stanoví základní diagnosu, a z té vyplývající omezení a činnosti, které pacient takto nemocný nesmí vykonávat. Tímto vyjádřením se řídí zbytek týmu při dalších vyšetřeních. Například je-li zakázána flexe páteře ohrožující meziobratlovou ploténku, musí se toto omezení přísně respektovat. Je však problematické určit, co všechno takový klient naopak zvládne v plném pracovním

zatížení, a proto musí být podroben detailnějšímu vyšetření a ergodiagnostickým testům, které neprovádí již lékař ale ergoterapeut a fyzioterapeut. Lékař používá ke stanovení diagnózy běžné medicínské postupy a zobrazovací metody. Ve vstupním vyšetření samozřejmě nesmí chybět anamnéza (hlavně osobní a pracovní, sociální). V jeho kompetenci je také hodnotit míru bolestivosti při vyšetřování. Lékař sám určuje, jaké konkrétní testy budou provedeny v rámci ergodiagnostiky.

Na základě výsledných zpráv a doporučení od vyšetřujícího fyzioterapeuta a ergoterapeuta zhotoví závěrečnou zprávu. Při konečném vyhodnocování se uskuteční konference všech členů rehabilitačního týmu. V závěru by měla nastat shoda mezi subjektivními obtížemi pacienta a objektivním nálezem, pokud se objeví výraznější rozdíly, musí se vyhledat chyba. Důvody pro vědomě nedostatečný výkon klienta, které ovlivní jeho přístup, jsou například: strach z obnovení zranění nebo zhoršení nemoci, úzkost, deprese, nepochopení terapeutovým pokynům při zadání úkolu, bolest během testu a v neposlední řadě i snaha o klamavý závěr testu z důvodu finančního zisku z podpory v nezaměstnanosti.

Výsledkem ergodiagnostiky je slovní popis hodnocení pro jednotlivé aspekty práce ve smyslu pozitivního a negativního doporučení. V případě vertebrogenních poruch se týká hlavně: pracovní polohy (sed, chůze, stoj) a jejich četnosti během pracovní doby, manipulace s břemeny, fyzikální zatížení, pohyb na pracovišti, vhodnost typu pracovní činnosti a doporučení o zařazení do pracovního procesu.

Fyzioterapeut hodnotí jaký je stav pohybového aparátu klienta. Zjišťuje, jaké úsilí věnuje klient zadávanému úkolu, do jaké míry a

kde vybrané pracovní úkony vyvolávají bolestivost a jak zvládá testované polohy a pohyby. Vyhotoví podrobný kineziologický rozbor. Dále se věnuje vyhodnocením stoje, chůze, sedu a rovnováhy. Nesmí opomenout vyšetřit hybné stereotypy, pohyblivost páteře a končetin, držení těla, rozsah pohybů a svalovou sílu. Zaznamená všechny odchylky od normy. Testuje v různých pracovních polohách - jak statických tak i dynamických.

Ergoterapeut má za úkol zhodnotit pracovní potenciál klienta. Pracuje podle předem daných postupů a metodik (podrobněji v kapitole ergodiagnostické metodiky). Ke svému vyšetření používá modelové činnosti, které hodnotí a zaznamenává jejich provedení. Všimá si při provádění činností vytrvalosti, soustředěnosti a úsilí pacienta.

Důležitá a často opomíjená skutečnost je vyšetřování klienta při vstupní prohlídce, tak v průběhu spolupráce ale i na jejím konci. Existují dva koncepty ergodiagnostiky. Ergodiagnostika prvního sledu, kdy se stanovuje diagnostika u nejzákladnějších onemocnění. K těmto nemocím vedle vertebrogenních poruch patří dále i neurologická onemocnění a choroby oběhového systému. První skupina zahrnuje testování v základním a rozšířeném stupni. V každé úrovni je nastavena jiná náročnost testování.

Ergodiagnostika druhého sledu má již vyšší specializaci a týká se onemocnění méně častých nebo nemocí se složitým průběhem. Dnes zajišťují testování ergodiagnostická centra. (6)

1.4 Ergodiagnostické metodiky

„Každý z těchto způsobů odpovídá svému účelu, některý z nich slouží k hodnocení zbytkového pracovního potenciálu, některý pro stanovení funkční kapacity jedince, jiný pro funkční kapacitu pro účely zaměstnanosti, některé jsou koncipovány jako testy nebo testové baterie, jiné jako prakticky prováděná cvičení atd.“ (13)

Metodik, které se užívají ke stanovení pracovních schopností, existuje celá řada. Zabývají se například: jemnou motorikou ruky, silou stisku, koncentrací a pozorností při práci, kognitivními funkcemi, řešením pracovních problémů, základní sebeobsluhou, mentálními schopnostmi, vyšetřením paměti, schopnostmi zvládat zadané úkoly, atd. Představíme si detailně jen postupy významné pro vyšetřování vertebrogenních poruch.

Jedna z velmi spolehlivých metod se nazývá **Isernhagen Works System**, kterou se budu zabývat nejpodrobněji.

1.5 IWS – Isernhagen Works System

Test fyzické stránky pracovního potenciálu včetně testování pracovních poloh

Tento test pochází z USA, kde byl vyvinut v 80. letech a v letech 90. se dostal do Evropy. Základním principem je vyšetření pracovních schopností pacienta v činnostech, které se nejčastěji objevují při fyzické práci. Hodnotí se provedení v předem daných úkolech, pro které jsou stanovena přesná biomechanická kritéria. (VÚPSV, 21)

Testu musí předcházet ujištění o stabilizaci stavu pacienta, odebrání anamnézy a strukturovaný rozhovor zaměřen na psychosociální stránku. Hodnocení je rozděleno do dvou dnů. Jednotlivé části testu mají svůj sled a testující terapeut musí dodržovat posloupnost. Jeho funkce je nejen zadávat úlohy a hodnotit provedení, ale pozorovat klienta i mimo vykonávané úkoly – může si povšimnout například fingovaného chování pacienta během testování. Základem testu je 29 úloh, viz dále. První den pacient absolvuje úkoly v tomto pořadí: odebrání anamnézy (hodnotí se, jak pacient zvládá dlouhodobý sed), test bolesti, klinické vyšetření, zvedání podlaha – pas, zvedání pas – hlava, zvedání horizontální (krátké nesení), tlačení, tažení, nesení pravou rukou, nesení levou rukou, nesení obouruč, práce s rukama nad hlavou, stoj a sed s předklonem, rotace trupu doprava a doleva vsedě a vstoje (Vávra, A. a kolektiv, 10). Zakončení prvního dne a test bolesti.

Druhý den: dotazník o bolesti, zvedání podlaha – pas, zvedání pas – hlava, zvedání horizontální, plazení, klek, dřep, opakované flexe kolen, delší sed, koordinace rukou, chůze, schody, žebřík,

rovnováha, dlouhé stání (30 minut – během něhož probíhá závěrečný pohovor), test bolesti. (Vávra, A. a kolektiv, 10) Každý den provedení testu trvá asi 3 hodiny. Pro lepší představu průběhu zkoušky jsem do přílohy této práce zařadila fotografie z některých modelových činností. Jedná se o tyto úkony v pořadí: zvedání pas – hlava, stoj s předklonem, tažení, dřep, zvedání podlaha – pas, zvedání horizontální.

Při zadaných úkolech se používají pracovní pomůcky. Například při zvedání břemene je k dispozici lehká zátěž – prázdná bednička, do které se během testu přidává závaží, až se dojde do maxima¹ a test končí.

Konce dosáhneme za těchto okolností: dosažení kritické tepové frekvence, překročení časového limitu úkolu, přerušeni ze subjektivních důvodů klienta, nekontrolovatelnost pohybu, extrémní pohyby trupu (nebezpečná flexe, extenze nebo rotace).

Dále se hodnotí: zapojení hlavních svalů, zapojení pomocných svalů, stabilita těžiště, stabilita rovnováhy, šířka báze, plynulost pohybu, činnost srdce a dechu, bolestivost. (Vávra, A. a kolektiv, 10) Někdy se můžou objevit rozdíly ve stejné činnosti, která byla prováděna první den při porovnání s druhým dnem. Příčina může být v unavenosti nebo vyvolané bolestivosti z předešlého dne. Někdy však dojde ke zlepšení z důvodu zdokonalení techniky provedení, nabytí jistoty před terapeutem atd. Veliké rozdíly by se ovšem neměly objevit.

¹ Podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb. pro ochranu zdraví při práci je pro zdravé jedince stanoven limit váhy břemene: muži - občasné zvedání a přenášení do celkově 30 minut v 8 hodinové pracovní době je stanoveno 50 kg váhy břemene, při častém nad 30 minut přesahující době klesá váha břemene na 30 kg. U žen občasné přenášené a zvedané břemeno může mít maximálně 20 kg a často zvedané břemeno jen 15 kg.

Podle dosažených výsledků stanoví vyšetřující terapeut závěrečnou zprávu, konečnou podobu schválí lékař. Ve zprávě jsou obsaženy nejen všechny výsledky z testu, ale musí se určit závěry v podobě stanovení celkové fyzické zátěži organismu, četnost pracovních úkonů v denní pracovní náplni a hodnocení bolesti. Frekvence úkonů se hodnotí v procentech: příležitostně – jen mimořádně ve směně – do 5%, občas – časově omezené činnosti – 10%, převážně – zkrácená pracovní doba 4-6hodin – 51 – 90%, trvale – plná pracovní doba – přes 90% osmihodinové pracovní doby. Fyzická zátěž je stanovena dle klasifikace na čtyři stupně – lehká, střední, těžká a velmi těžká. (MVCR, 17)

Důležité je, aby testující terapeut byl dostatečně v této metodice vyškolen. Zkušenost terapeuta vést projekt se může promítnout do výsledku testu. Nedílnou součástí řádného výsledku je dobrá spolupráce pacienta!

1.6 Test funkčních schopností

Testování je určeno pro osoby, které uvádějí, že nemohou pracovat. Pomocí výsledků se stanoví, zda má testovaný nárok na podporu. Jde tedy o zjištění, jak jeho nemoc ovlivňuje schopnost vykonávat zadané úkoly. Využíváme dotazníku, ale i praktických testovacích úkolů. Při úkolech hodnotíme, zda má problémy tuto činnost zvládnout sám nebo je zcela samostatný. Objevuje se například: vzpřímený sed, vstávání ze židle, předklon, klek, stoj bez opory, chůze po rovině a po schodech, zvedání a přenášení, zručnost a dosahování. Část testu je zaměřena i na psychické testování. (Vávra, A. a kolektiv, 10)

1.7 AMAS – Activity Matching Ability System

Pod tímto názvem je uváděn dotazník, který slouží k porovnání schopností jedince s požadavky pracoviště. Testovaný sám hodnotí, zda aktivitu uvedenou v dotazníku může vykonávat bez problémů, má určitě potíže (slovně popíše problém) nebo tuto činnost nemůže provést. Jedná se tedy o sebehodnocení schopnosti pracovat, o zájem a ochotu jedince. Test je zcela subjektivním názorem jednotlivce na jeho problematiku.

„Dotazník zjišťuje ochotu jedince přizpůsobit se určitým pracovním podmínkám, konkrétnímu pracovnímu prostředí a pracovním činnostem atd.“ (VÚPSV, 21)

Tento test je vhodné doplnit u vertebrogenních onemocnění dalšími praktickými testy. Je pouze doplňkovou možností.

1.8 BI – Barthel index

Hodnotí základní sebeobsluhu, denní činnosti a osobní nezávislost. Pro naši problematiku méně vhodný. Jedná se o posouzení deseti primárních činností: příjem potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence stolice a moči, užívání WC, přesuny, lokomoci a chůzi po schodech.

Podobným testováním se zabývá **FIM – Functional Independence Measure – test funkční soběstačnosti**. Přidružuje hodnocení komunikace a sociálních aspektů.

V zahraničí je dostupná celá řada testů používajících velké množství způsobů na hodnocení vertebrogenních poruch. V naší ergodiagnostice se však nepoužívají. Např. BLANKENSHIP FCE, The Physical Work Performance Evaluation (Vávra, A. a kolektiv, 10)

1.9 Závěrečné hodnocení

V závěrečném hodnocení ergodiagnostiky a doporučení pro zařazení klienta do pracovního procesu je možné pracovní činnosti rozdělit podle energetického výdeje a zatíženosti testovaného do pěti základních skupin. Řídí se nařízením vlády č. 361/2007 Sb. pro ochranu zdraví zaměstnanců při práci. Pro ochranu zdraví je také stanoveno, že podmíněně přijatelná pracovní poloha nesmí přesáhnout kontinuálně 160 minut. V nepříjemné pracovní poloze se doba zkracuje na 30 minut.

I, Práce vsedě s minimální celotělovou pohybovou aktivitou

- charakteristické pro osoby s omezením v pracovních polohách ve stoje a v chůzi, typické pro těžké vertebropatie a nemoci hybného systému.

IIa, Práce spojená s lehkou manuální prací rukou a paží, přesouvání lehkých břemen a překonávání lehkých odporů, práce ve stoje, pomalá chůze

- pro osoby s omezením v pracovních polohách krom sedu a stoje. Klienti, kteří nemohou zvedat těžší břemena cca 10 kg převážně a 5 kg trvale. Do této skupiny se nejčastěji zařazují právě vertebrogenní pacienti.

IIb, Práce ve stoje se zapojením obou rukou, paží a nohou

- pro klienty s lehčím omezením

IIIa, Práce vstoje s trvalým zapojením obou horních končetin občas v předklonu nebo vkleče, chůze, přenášení břemen do 15 kg

- zde se uplatní v podstatě zdraví jedinci s malým omezením

IIIb, Práce vstoje s trvalým zapojením obou horních končetin, trupu, chůze

IVa, Práce spojená s rozsáhlou činností svalstva trupu, horních i dolních končetin, přenášení břemene o váze 25 kg

IVb, Práce spojená s rozsáhlou a intenzivní činností svalstva trupu, HKK a DKK

V, Práce spojená s rozsáhlou a velmi intenzivní činností svalstva trupu, HKK a DKK

(Zdroj: **Ministerstvo vnitra České republiky, Sbírka zákonů: Nařízení vlády** č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky pro ochranu zdraví, 17)

Nejdůležitějším aspektem ergodiagnostiky do budoucnosti pro kvalitní hodnocení je odstranění subjektivního hlediska z testů a nahrazením objektivními, přesnými a měřitelnými výsledky. Měřitelné výsledky jsou důležité pro možnost souhrnného porovnávání.

K provádění testů je nutné zajistit kvalifikovaný a dobře školený personál se zkušeností s funkčním testováním. Předpokladem je také materiální a věcné zabezpečení testovací místnosti.

V České republice stále není koncepce uceleného postupu diagnostiky. Jednotlivá hodnocení se používají v předpracovní rehabilitaci v rámci rehabilitačních center, klinik, úřadů práce a zdravotnických zařízení, ale dosud chybí jednotný systém hodnocení pacientů. Začínají se však vytvářet postoje, při kterých je snaha o jednotné výstupy testů a zlepšení přístupu ke klientům. Probíhá řada školení a konferencí. Jedním z požadavků je i zjednodušení testovacích procesů.

5. Vývoj pracovní neschopnosti v ČR

1.1 Základní údaje

V této kapitole se budu zabývat vývojem pracovní neschopnosti v České republice. Lze získat řadu zajímavých informací. Český statistický úřad shromažďuje veškeré údaje o zdraví a nemoci v České republice. Data zpracovává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Zaznamenávána jsou všechna onemocnění a jsou rozdělena do kapitol podle klasifikace MKN , která je vytvořená ve spolupráci s organizací WHO. Zkratka MKN znamená mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, v angličtině se uvádí jako International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Obsah MKN umožní systematické zaznamenávání, analýzu, výklad a porovnávání dat o úmrtnosti a nemocnosti, shromážděných v zemích a oblastech v různých dobách. Z vyhodnocování dat vychází nejen zdravotnictví v plánování svého hospodaření, ale slouží i jako zdroj informací o zdravotní situaci obyvatel. Tyto data jsou zaznamenávány každým lékařem a posílány do databáze. Hlavní část podléhá povinnému mezinárodnímu hlášení. (ÚZIS, 20)

Konkrétně o pracovních neschopnostech v důsledku nemoci či zranění se zajímá Česká správa sociálního zabezpečení. Od roku 1993 bylo dosaženo v České republice 100% zachycení pracovní neschopnosti (dříve jen výběrová skupina okolo 20%).

1.2 Zatížení ekonomiky v důsledku onemocnění kosterní a svalové soustavy

Od roku 1975, kdy jsou zaznamenávány informace o pracovní neschopnosti, jsou nejčastější diagnózy zaznamenány z oblasti dýchací soustavy. Představují téměř 50 % PN vztaženo na 100 000 pojištěnců. Pokud to porovnáme s onemocněním svalové a kosterní soustavy, ta tvoří asi 10 % PN na 100tisíc pojištěnců. Tyto hodnoty se ale postupně zvyšují. V roce 2001 již připadá na svalové a kosterní soustavy 17 %. V porovnání se tedy nezdá, že by bylo toto onemocnění alarmující, ale zda vezmeme průměrnou délku trvání PN, dojdeme k závěru, že zatěžuje ekonomiku o mnoho více. Pokud se podíváme na délku jednoho případu pracovní neschopnosti od roku 1975, kdy byla délka jednoho případu průměrně 21,7 dne, značně se prodloužila a v roce 2001 vystoupala až k délce 43, 4 dne. (ÚZIS)

I když je tedy počet případů menší, v celkovém počtu prostonaných dnů se poté vyrovná, až navýší zátěž pro stát a zdravotnictví. Tento trend dále pokračoval, a v roce 2009 dosáhlo průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti dokonce délky 72,9 dne! V roce 2002 poprvé převýšily celkové výdaje příjmy systému nemocenského pojištění, a proto bylo nutné udělat legislativní změny.

1.3 Vývoj PN na základě změn v administrativě a důkaz o zneužívání výhod systému

Česká republika má sociální systém založen na vysokém stupni solidarity a společenské jistoty pro nemocné. Na případech pracovní neschopnosti v oblasti nemocí svalové a kosterní soustavy se budu snažit dokázat, jak počet případů a vývoj PN reaguje na výhodnost systému a zda jeho štědrost neláká ke zneužívání. Legislativa se v průběhu let několikrát změnila. Tyto změny často nebyly v kladném smyslu pro osoby v pracovní neschopnosti.

Onemocnění svalové a kosterní soustavy má jako jedna z několika skupin nemocí svoje specifikum – často zde nehraje roli jen objektivní posouzení zdravotního stavu lékařem (zjistitelné a dokazatelné nálezy a výsledky vyšetření), ale často je zatíženo negativním subjektivním pohledem nemocného. Sociální jistoty státu mohou v některých případech podporovat například rizikové chování občanů a neochotu zamezit zhoršování zdravotního stavu vlastním přičiněním – tzv. „Jsem nemocný, ale vy mě musíte vyléčit.“ U onemocnění jako jsou dorzalgie je více než kde jinde potřeba aktivní spolupráce pacienta a jeho snaha o rychlé uzdravení i prevenci.

Změny v systému začnu, podle získatelných dat mapovat od roku 1993, kdy došlo k výraznému zlepšení a zvýhodnění. Informace jsem čerpala od Českého statistického úřadu, z publikací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a ze zákonů České republiky.

1993

Podpora v nemocnosti se vypočítává z hrubé, nikoliv čisté mzdy jako doposud. Od tohoto roku jsou dávky vypláceny za kalendářní dny, do té doby byly vypláceny za dny pracovní, a proto byl vyvíjen tlak na lékaře, aby ukončili pracovní neschopnost v pátek. Nyní se pobíraly nemocenské dávky i v sobotu a neděli a bylo výhodné ukončit PN o dva dny déle. To se projevilo na prodloužení PN průměrně o dané dva dny.

1994

Je zvýšena maximální hranice možného hodinového výdělku, z kterého se vypočítává dávka – a to z hranice 190 Kč na 270 Kč.

1999

V závislosti na zvyšování průměrné mzdy se tato hranice (tzv. redukční hranice) dále stupňovala. Postupně se vyvíjela, až byla valorizace v roce 2002 ukončena.

2004

1. ledna vstoupil v platnost zákon č. 421/2003 Sb., kterým se zavedlo snížení procentní sazby nemocenského za první tři dny pracovní neschopnosti z 50% na 25% denního vyměřovacího základu.

2008

Rozsáhlé změny v nemocenském systému proběhly během roku 2008 celkem třikrát v rámci zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů. Za první tři kalendářní dny PN není možno pobírat nemocenskou, sjednotila se redukce vyměřovacího základu pro stanovení nemocenské, od 4. do 30. kalendářního dne PN se stanovila sazba výše nemocenské na 60% z vyměřovacího základu a 66% pokud se jednalo o 31. až 60. kalendářní den PN, 72% od

61. kalendářního dne PN (ÚZIS, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2008, 9).

Poté byla nemocenská na první tři kalendářní dny změněna na výši 25% denního vyměřovacího základu.

2009

Od 1. ledna začal platit nový zákon, který přinesl tyto změny: prvních 14 kalendářních dnů poskytuje náhradu mzdy zaměstnavatel ve výši 60% denního vyměřovacího základu (DVZ), poté hradí nemocenskou již stát a to: od 15. do 30. kalendářního dne náleží 60% DVZ, od 31. do 60. kalendářního dne dále 72% DVZ.

(18)

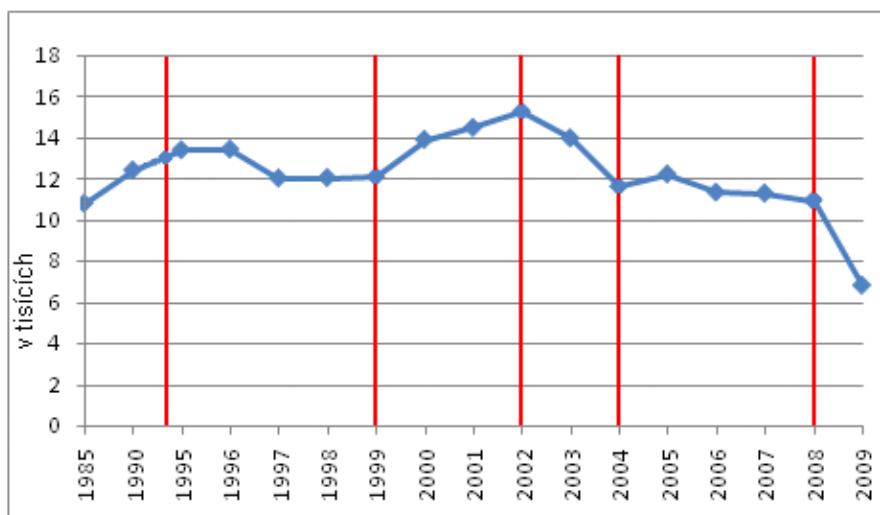
1.4 Závěry vyplývající z administrativních změn

Hypotéza č.1: Ovlivňuje legislativa počet případů PN?

V roce 1994 se objevil nárůst pracovní neschopnosti, který pokračoval i nadále. Zvýšil se počet případů i průměrná délka jednoho případu pracovní neschopnosti. Na průběhu tabulky číslo 1 můžeme pozorovat (u onemocnění kosterní a svalové soustavy), že vývoj reaguje na změny systému a na jeho výhodnost. Ukazuje se, že v letech 1993 až 1995 a v letech 1999 až 2002 nastává nárůst počtu pracovní neschopnosti jako reakce na výhodnější situaci vyplývající ze změn v legislativě. Naopak si můžeme všimnout, že po ukončení zvyšování redukční hranice v roce 2002 výskyt výrazně klesá. V roce 2008 se projevila změna zákona ve smyslu snížení počtu PN hlavně u krátkodobé nemocnosti z důvodů nevyplácení nemocenské v prvních 3 dnech. Změny v roce 2009, kdy musí zaměstnavatel platit prvních 14 dní nemocenské, značně ovlivnily počet případů, což vidíme i na grafu vypracovaného z údajů ÚZIS.

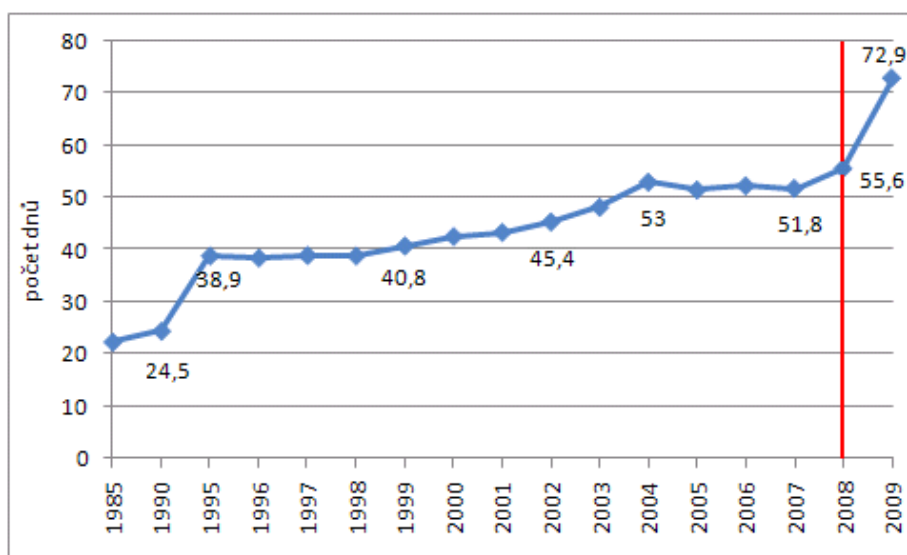
Tabulka číslo 1

**počet případů PN nemocí kosterní a svalové soustavy
na 100 000 pojištěnců**



Hypotéza č.2: Ovlivňuje legislativa délku trvání PN?

Tabulka číslo 2
průměrná délka trvání jednoho případu PN
nemoci kosterní a svalové soustavy



Na grafu číslo 2 (údaje z ÚZIS) bych ráda demonstrovala, jak se projevila změna legislativy v průměrné délce trvání jednoho případu pracovní neschopnosti onemocnění kosterní a svalové soustavy. Nejvýraznější je rozdíl z roku 2008 a 2009. Zde se projevila zákon o vyplácení nemocenské v prvních 14 dnech zaměstnavatele. Dá se usuzovat, že zaměstnanci raději krátkodobé bolesti řeší „přecházením“, vlastní léčbou během volna nebo dovolenou.

Tuto variantu volí raději než návštěvu lékaře a žádost o pracovní neschopnost. Také z pohledu zaměstnavatele je krátkodobá pracovní neschopnost nevýhodná. Nárůst délky jednoho případu PN se může také projevit v případě, kdy někteří zaměstnanci využívají dlouhodobou PN k oddálení ukončení pracovního poměru a to někdy až o jeden rok. Nejvíce jsou zastoupeny u dlouhodobých

onemocnění případy pro diagnózu ze skupiny deformující dorzopatie, spondylopatie a dorzalgie.

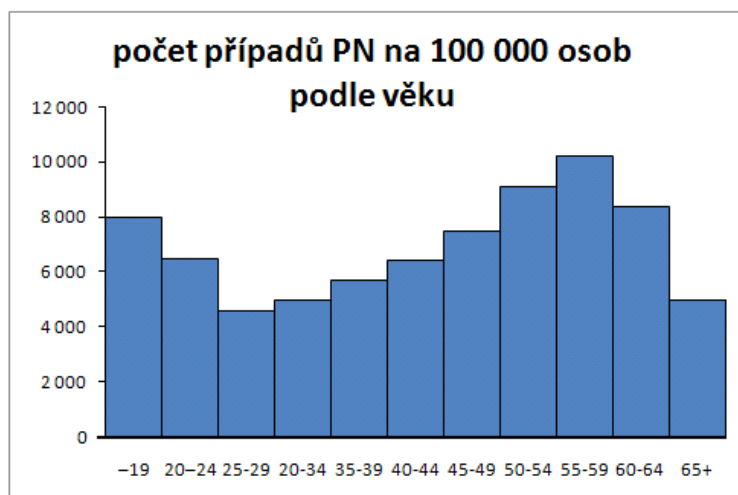
Snížení nemocenských dávek se tedy pravděpodobně projevilo ve snížení zneužívání systému. Nemusí se vždy jednat o podvod, ale bylo podle grafu dokázáno, že pracovní neschopnost výrazně reaguje na změnu legislativy.

1.5 Nemoci kosterní a svalové soustavy v dalších souvislostech

Zajímavé je podívat se i na jiné aspekty ovlivňující pracovní neschopnost. Co se týká věku, je pravděpodobné předpovídat, že s postupem věku budou onemocnění kosterní a svalové soustavy postupně přibývat na četnosti.

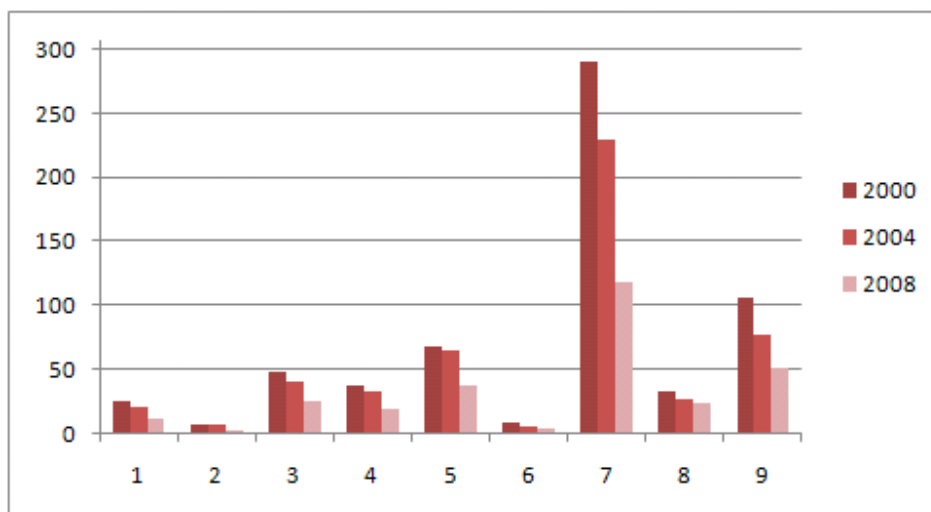
Když vytvoříme výčet v rozmezí 4 let věku osob, které onemocněly, ukáže se nám graf číslo 3. Z něho opravdu vychází, že nejvíce případů se objevuje v rozmezí 50 - 59 let. Tabulka je tvořena z údajů za rok 2009 (ÚZIS), ale průběh je ve všech letech shodný.

Tabulka číslo 3



Intenzita počtu případů PN se také liší podle základních tříd zaměstnání². Nejvyšší počet případů vychází u osob, které pracují v kategorii: *Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři* (kromě obsluhy strojů a zařízení) a následuje ji kategorie *Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci*. Tyto dvě skupiny pracujících nejčastěji trpí nemocemi svalové a kosterní soustavy.

Tabulka číslo 4
Počet případů PN podle základních tříd zaměstnání



Jedním ze zajímavých náhledů je porovnat počet nemocí svalové a kosterní soustavy v různých krajích v České republice. Nejmenší počet průměrného výskytu má hlavní město Praha a za ní kraj Plzeňský. Nejvíce je toto onemocnění zastoupeno ve Zlínském a

² 1 Zákodníci, vedoucí a řídicí pracovníci
 2 Vědeční a odborní duševní pracovníci
 3 Techničtí, zdravotničtí, pedagogičtí pracovníci a pracovníci v příbuzných oborech
 4 Nižší administrativní pracovníci (úředníci)
 5 Provozní pracovníci ve službách a obchodě
 6 Kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech
 7 Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři
 8 Obsluha strojů a zařízení
 9 Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (17)

Olomouckém kraji. V tomto srovnání však může hrát důležitou roly procento celkové nezaměstnanosti v kraji, výše mzdy a procento jedinců pracujících v náročnějších třídách zaměstnání.

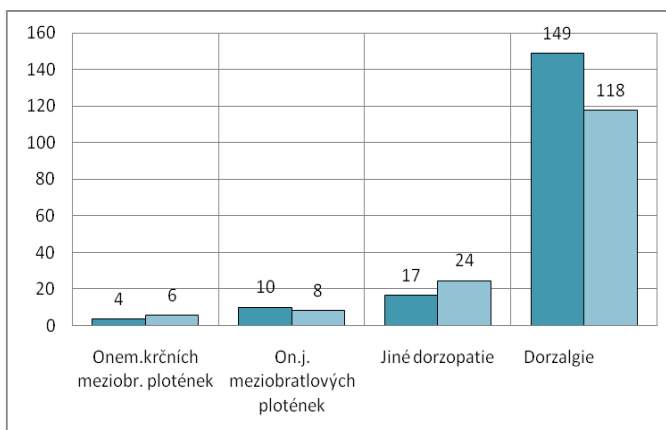
Podle sezónního výskytu se průměrně nejčastěji pracovní neschopnost z důvodu onemocnění svalové a kosterní soustavy objevuje v srpnu. „Jedním z důvodů je pravděpodobně zvýšená fyzická aktivita u sezónních prací a v době dovolených (cyklistika, práce na zahradě a chalupách,...), která může být příčinnou počátku problémů s pohybovým aparátem například bolesti zad.“ (ÚZIS: Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2008, 9)

1.6 Jednotlivé diagnózy

Onemocnění kosterní a svalové soustavy se dělí na další diagnózy, které se monitorují. A to na : onemocnění krčních meziobratlových plotének, onemocnění jiných meziobratlových plotének, deformující a jiné dorzopatie a spondylopatie, dorzalgie.

V počtu případů PN se v každém roce nejvíce objevují dorzalgie. Na grafu číslo 5 vytvořeném z dat z roku 2008 je to zřetelně k vidění. V tabulce jsou znázorněny dva sloupce za každou oblast onemocnění – první ukazují počet mužů a druhý počet žen.

Tabulka číslo 5
počet případů pracovní neschopnosti
podle kategorií onemocnění



IV. Závěr

Cílem mé práce bylo objasnit situaci ohledně pracovní neschopnosti v České republice z důvodů bolesti zad. Je to jeden ze dvou nejčastějších problémů (vedle onemocnění dýchací soustavy) nezpůsobilosti k práci ve všech vyspělých zemích. Mým úkolem bylo zmapovat cestu dlouhodobě nemocného člověka s bolestmi svalové a kosterní soustavy. Jak jsem se ze získaných informací ujistila, české zdravotnictví má mnohá úskalí a nedostatky ve značné části systému.

Hlavní otázka, kterou jsem si položila – lze dokázat zneužívání nemocenského systému v oblasti onemocnění kosterní a svalové soustavy – má jednoznačnou odpověď. Stále existuje řada lidí, kteří využívají zdravotnictví v přehnané míře. Důkaz o vývoji pracovní neschopnosti v souvislosti s legislativními změnami nám to objasňuje.

Stále se ale jedná o větší procento pacientů, kteří prokazatelně trpí tímto onemocněním, a je naším prvořadým úkolem jim pomoci. Do budoucna by se naším cílem měla stát primární prevence a osvěta. Toho však nedocílíme, pokud lidé sami nebudou hlavním činitelem svého zdraví. Navrhnout můžeme oblasti jako: ergonomie, kompenzační cvičení, škola zad, vhodné denní aktivity a různé druhy metodik, které mají prokazatelný pozitivní vliv na pohybový systém. Pokud budeme řešit problémy až v akutní fázi, nebude nikdy dosaženo stanoveného cíle a kolotoč neúčelných procedur ve zdravotnictví jen tak neskončí.

Každý fyzioterapeut by měl znát okolnosti a podmínky klienta, který řeší dlouhodobou pracovní neschopnost. Je nutné pochopit jeho situaci a mít snahu mu dostatečně poradit nejen v terapii, ale i v celkové životní situaci.

V. Souhrn

Moje práce se zabývá tématem pracovní neschopnosti v souvislosti s onemocněním kosterní a svalové soustavy – specificky bolestí zad v České republice.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoretická a praktická část.

První část je věnována popisu základní anatomie, patofyziologie páteře a vertebrogennímu algickému syndromu. V druhé části práce jsou definovány základní pojmy spojené s pracovní neschopností a v několika kapitolách jsou rozebrány složky procesu při posuzování pracovní neschopnosti. Detailněji je rozebrána kapitola s ergodiagnostickými postupy a kapitola o lékařské posudkové službě.

V praktické části je rozpracovaná odpověď na hypotetickou otázku vyřčenou v úvodu.

Doufám, že jsem svou práci prezentovala srozumitelně a obsáhla hlavní úkoly, které jsem si předsevzala.

VI. Summary

My bachelor thesis deals with the topic of the sick leave in the connection of skeletal and muscular system disease – specifically backache, in the Czech Republic.

The work is divided into two main sections – the theoretical one and the practical one.

The first part covers the description of the basic anatomy, pathophysiology of the vertebral column and vertebral algesic syndrome. In the second part, the basic terms dealing with the sick leave are defined and in several chapters, all the constituents of the process of deciding on the sick leave are examined. The chapter about ergodiagnostic procedures and the chapter about medical advisory service are analysed in more detail.

In the practical part, the answer to the hypothetical question posed in the introduction is elaborated.

I hope, that I presented my work in the comprehensible way and that it incorporated the main tasks I assigned.

VII. Seznam použité literatury

Knihy:

1. **Čihák, R.;** Anatomie I, Avicenum, Praha 1987
2. **Doubková, A.;** Anatomie hybnosti I, Karolinum, Praha 1999
3. **Gúth, A. a kol.;** Rehabilitácia 4, Liečreh Gúth, Bratislava 2009, článek: M. Molnárová: Postura, význam, diagnostika a poruchy
4. **Kolář, P. et al.;** Rehabilitace v klinické praxi, Galén, Praha 2009
5. **Lewit, K.;** Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace, Nakladatelství dopravy a spojů, Praha 1990
6. **Ministerstvo práce a sociálních věcí,** Iniciativa Společenství EQUAL – Ergodiagnostika a principy ICF v předpracovní a pracovní rehabilitaci 2008
7. **Rychlíková, E.;** Manuální medicína, Avicenum, Praha 1987
8. **Státní zdravotní ústav Praha,** Manuál prevence v lékařské praxi, V. Prevence nepříznivého působení faktorů pracovního prostředí a pracovních procesů, Fortuna 1997
9. **Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR,** ročenky z roku 2000 – 2009, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2000 – 2009, osobně získané informace
10. **Vávra, A. a kolektiv;** Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha 2005

11. **Véle, F.;** Kineziologie posturálního systému, Karolinum, Praha 1995
12. **Véle, F.;** Kineziologie pro klinickou praxi, GRADA Publishing, Praha 1997

Internetové zdroje:

13. **Asistence o.s.;** Centrum pracovní rehabilitace, Zpracování zkušeností s pracovní diagnostikou, dostupné na: www.asistence.org/dokumenty
14. **Česká lékařská komora,** dostupné na: www.clk.cz
15. **Česká správa sociálního zabezpečení,** Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, dostupné na: www.cssz.cz
16. **Definice** pracovní neschopnosti dostupná na: www.krstedocesky.cz/portal/odbory/zdravotnictvi
17. **Ministerstvo vnitra České republiky, Sbírka zákonů: Nařízení vlády** č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky pro ochranu zdraví, **Vyhláška** č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity; dostupné na: www.mvcr.cz
18. **Ministerstvo práce a sociálních věcí,** dostupné na: www.mpsv.cz
19. **Slovník cizích slov;** dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>
20. **Ústav zdravotnických informací a statistiky;** MNK- 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, Praha 2008; dostupné na: www.uzis.cz
21. **Výzkumný ústav práce a sociálních věcí,** dostupné na: www.vupsv.cz

VIII. Seznam příloh

1. **Vyhláška** 359/2009 Sbírky (převzato z: Ministerstvo vnitra České republiky, Sbírka zákonů: Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, 17)
2. **Dorzopatie a spondylopatie** (převzato z: MNK- 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, Praha 2008, 20)
3. **Obrázková příloha** – testování pacienta v ergodiagnostice

359

VYHLÁŠKA

ze dne 9. října 2009,

kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity)

Ministerstvo práce a sociálních věcí stanoví podle § 108 odst. 1 písm. b) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění zákona č. 306/2008 Sb., a podle § 127 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění zákona č. 479/2008 Sb.:

§ 5

Způsob zhodnocení a využití zachované pracovní schopnosti u invalidity prvního a druhého stupně

V případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o **35 %** a nejvíce o **69 %** se stanoví, zda je pojištěnec schopen

a) vykonávat po vzniku invalidity prvního nebo druhého stupně výdělečnou činnost jen

1. s podstatně menšími nároky na tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti,

2. s podstatně menšími nároky na kvalifikaci,

3. v podstatně menším rozsahu a intenzitě;

za podstatně menší nároky, rozsah nebo intenzitu se přitom v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 49 % považuje snížení alespoň o třetinu a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 50 % a nejvíce o 69 % snížení alespoň o polovinu,

b) rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti, pokud není schopen využít dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti nebo pokračovat v předchozí výdělečné činnosti.

§ 6

Zcela mimořádné podmínky

Zcela mimořádnými podmínkami, za nichž je pojištěnec schopen výdělečné činnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o **70 %**, se rozumí zásadní úprava pracovních podmínek, pořízení a využívání zvláštního vybavení pracoviště, zvláštní úpravy stávajících strojů, nástrojů, používání zvláštních pracovních pomůcek nebo každodenní podpora nebo pomoc na pracovišti formou předčitatelských služeb, tlumočnických služeb nebo pracovní asistence.

DORZOPATIE A SPONDYLOPATIE

1. Druh zdravotního postižení:

**Bolestivý syndrom páteře včetně stavů po operaci páteře
nebo po úrazech páteře, degenerativní změny páteře,
výhřezy meziobratlových plotének**

Posudkové hledisko:

Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti se hodnotí funkční postižení páteře a z toho vyplývající omezení celkové výkonnosti a pohyblivosti a dopad na schopnost vykonávat denní aktivity. Přitom se vychází z rozsahu a lokalizace postižení (monosegmentální, plurisegmentální poruchy), časového průběhu funkčně významných strukturálních změn (komprese, dislokace a nestabilita, osteoporóza, degenerativní změny), funkčně významné neurologické symptomatologie (zpravidla hypo až areflexie, poruchy cití, iritační projevy, parézy, snížený tonus, poruchy trofiky v segmentu, svalové atrofie, dlouhodobá bolest v příslušném segmentu s reflexními změnami), nálezu EMG, svalové dysbalance apod. Tíži periferní parézy je nutno stanovit svalovým testem. Stejně tak je nutno objektivizovat případné poruchy funkce svěračů.

I. postižení s minimálním funkčním postižením,

postižení jednoho či více úseků páteře, občasné blokády s přechodným omezením pohyblivosti páteře, svalové dysbalance, bez projevů kořenového dráždění

míra poklesu pracovní schopnosti **5 %**

II. s lehkým funkčním postižením,

postižení zpravidla více úseků páteře, polytopní blokády s omezením pohyblivosti, svalové dysbalance, porucha statiky a dynamiky páteře s občasnými projevy kořenového dráždění, s recidivujícím lehkým neurologickým nálezem, bez známek poškození nervu, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi

míra poklesu pracovní schopnosti **10-20 %**

III. se středně těžkým funkčním postižením,

závažné postižení jednoho nebo více úseků páteře, se závažnou poruchou statiky a dynamiky páteře, insuficiencí svalového korzetu, s často recidivujícími projevy kořenového dráždění, s funkčně významným neurologickým nálezem, s poškozením nervu, popř. symptomatologie neurogenního močového měchýře, se závažným snížením celkové výkonnosti při běžném zatížení, některé denní aktivity omezeny

míra poklesu pracovní schopnosti **30-40 %**

IV. s těžkým funkčním postižením,

těžké postižení více úseků páteře, s trvalými projevy kořenového dráždění, trvalým funkčně významným neurologickým nálezem s těžkým poškozením nervů závažné parézy, svalové atrofie, poruchy hybnosti končetin, závažné poruchy svěračů, pokles celkové výkonnosti při lehkém zatížení, některé denní aktivity značně omezeny

míra poklesu pracovní schopnosti **50-70 %**

zvedání břemene od pasu výš



práce v mírném předklonu



statický tah



práce v dřepu



zvedání břemene z podlahy



krátkodobé přenášení břemene

