



75  
CS

# FACTS

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci

ISSN 1725-7018

## Muskuloskeletální onemocnění související s prací: zpět do práce Shrnutí

### Úvod

Muskuloskeletální onemocnění (MSD) jsou nejčastějšími nemocemi z povolání v Evropě. V EU-27 si čtvrtina pracovníků stěžuje na bolesti zad a téměř čtvrtina uvádí, že má bolesti svalů. (1) Muskuloskeletální onemocnění vzbuzují velké obavy: ovlivňují zdraví pracovníků a zvyšují výrobní a sociální náklady evropských podniků i států. (2) MSD narušují práci, snižují produktivitu a mohou být příčinou krátkodobých i dlouhodobých pracovních neschopností a trvalé pracovní neschopnosti.

Boj s muskuloskeletálními onemocněními vyžaduje provádění opatření na pracovišti. Zprv je třeba provádět preventivní kroky. V případě pracovníků, kteří již muskuloskeletálními onemocněními trpí, je však důležité zachovat jejich zaměstnatelnost, udržet je v pracovním procesu a v případě nutnosti je do pracovního procesu opětovně zapojit.

Tento informační leták upozorňuje na hlavní zjištění obsažená ve zprávě Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci nazvané „Zpět do práce“, která se zaměřuje na udržení, opětovné zapojení a rehabilitaci pracovníků s muskuloskeletálními nemocemi. Skládá se ze dvou částí: z přehledu literatury o účinnosti opatření v pracovních podmínkách a z přehledu politických iniciativ v Evropě a na mezinárodní úrovni. Další zpráva agentury s názvem „Prevence muskuloskeletálních onemocnění souvisejících s prací“ se zabývá preventivními opatřeními. Mezi prevencí a rehabilitací není zřetelná hranice; uvedené zprávy se vzájemně doplňují.

### Doklady o opatřeních

Při hodnocení účinnosti opatření souvisejících s prací, jejichž cílem je pomoci lidem vrátit se do práce, vědecká literatura uvádí, že existují rozdíly mezi bolestmi postihujícími záda, horní končetiny a dolní končetiny. Hlavní zjištění jsou uvedena v rámečku níže.

#### Účinnost opatření souvisejících s prací

##### Bolesti zad:

- existují jasné důkazy o tom, že pacienti by měli zůstat aktivní a vrátit se k běžným činnostem co nejdříve;
- kombinace optimální klinické péče, programu rehabilitace a opatření na pracovišti je účinnější než jednotlivé prvky samy o sobě;

- nejslibnější výsledky má víceoborový přístup, je však třeba vyhodnotit poměr nákladů a přínosu těchto opatření,
- dočasně pozmeněná práce, je-li uplatněna spolu s dobrým pracovním řízením, představuje účinné opatření pro návrat do práce;
- některé důkazy potvrzují účinnost terapie cvičením, pomocí kurzů zaměřených na záda a na změny chování;
- opora bederní páteře (bederní pás) se při sekundární prevenci jeví jako neúčinná.

##### Bolesti horních končetin:

- nejúčinnějším druhem zásahu by mohl být víceoborový přístup zahrnující kognitivně-behaviorální složku;
- pokud jde o některé technické nebo mechanické opatření a terapii cvičením, důkazy o jejich účinnosti jsou omezené;
- ve vědecké literatuře neexistují dostatečné důkazy pro hodnocení účinnosti psychosociálních opatření.

##### Bolesti dolních končetin:

- nebyly zjištěny žádné informace o strategiích opatření při práci;
- výsledky studií týkajících se léčby dolních končetin obecně uvádějí, že programy cvičení mohou mít pozitivní účinky na problémy s kyčlemi a koleny.

I když bylo provedeno mnoho studií, důkazy o účinnosti opatření jsou poněkud omezené. Zejména je tomu tak v případě řešení onemocnění horních končetin. Možným vysvětlením této neúspěšnosti je, že kritéria kvality používaná ve vědeckých analýzách nelze použít pro časté a komplexní zásahy na pracovišti. Proto studie úspěšných opatření nemusejí být zahrnuty do vědecké analýzy nebo jim může být přisuzována nízká kvalita. I přes nedostatek hodnotných vědeckých důkazů jsou mnohé z opatření na pracovišti neoficiálně uváděny jako účinné. **Hodnocení opatření na pracovišti by patrně mělo probíhat podle odlišných kritérií, na nichž by byly založeny důkazy.** Tato kritéria v současnosti chybí, ale **tvůrci politik a zaměstnavatelé by se neměli nechat odradit od provádění preventivních kroků jen proto, že neexistuje stoprocentní vědecký důkaz o tom, že fungují.** Mimoto by primární prevence měla jít ruku v ruce s prevencí sekundární a terciární, aby se předcházelo opakovanému výskytu muskuloskeletálních onemocnění.

(1) Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek. Čtvrtý průzkum pracovních podmínek v Evropě, 2007. K dispozici na adrese: <http://www.eurofound.eu.int/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>

(2) Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Tematická zpráva o muskuloskeletálních poruchách, 2007. Zveřejnění se připravuje.

## Politické iniciativy

Přehled politik obsahoval souhrn informací z evropských i mezinárodních zdrojů, včetně vnitrostátních právních předpisů, pokynů, doporučení, akčních plánů, iniciativ a programů členských států. Lze z něj vyvodit mnoho předběžných závěrů:

- Většina zkoumaných politik členských států se zaměřuje na začleňování osob s postižením, které momentálně nejsou zaměstnány, do pracovního procesu, spíše než na zachování jejich stavu či na opětovné zapojení a rehabilitaci a začlenění pracovníků, u nichž se při práci vyvinula muskuloskeletální onemocnění. Potřebám této cílové skupiny by se mělo věnovat více pozornosti.
- Mnoho zemí má strategii pro opětovné zapojení a rehabilitaci pracovníků po nemoci nebo úrazu. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou velké. Nižší jsou uvedeny výhody a nevýhody stávajících politik:



Fyzioterapie

Výhody	Nevýhody
Důraz na včasné rozpoznání problému a na předcházení dlouhodobé pracovní neschopnosti, včetně co nejrychlejšího návratu osob s muskuloskeletálními onemocněními do práce.	Opětovné zapojení do práce a rehabilitace jsou často poskytovány pouze pracovníkům, kteří utrpěli pracovní úraz nebo u nichž byla zjištěna nemoc z povolání. Poskytování pomoci jen těžce postiženým vylučuje jednotlivce s méně závažnými muskuloskeletálními onemocněními, jimž by k návratu do práce mnohdy stačila jen malá pomoc nebo jednoduché úpravy pracovní náplně.
Poskytování komplexní péče, včetně lékařské, pracovní a sociální rehabilitace. Víceoborový přístup – posílená spolupráce mezi ošetřujícím lékařem, pracovním lékařem a posudkovým lékařem zdravotní pojišťovny. Umožnila by lepší postup v jednotlivých případech a dřívejší návrat pracovníků s muskuloskeletálními onemocněními do práce.	Bismarckovský systém sociálního zdravotního pojištění („duální systém“), který existuje v mnoha členských státech, striktně odděluje pracovní a sociální pojištění, což není slučitelné s poskytováním integrovaného poradenství a pomocí pracovníkům se zdravotními problémy.
Zavedení finančních pobídek pro zaměstnavatele, jako např. financování úprav pracovní náplně a zlepšování podmínek na pracovišti nebo povinnost vyplácet zaměstnanci mzdu během nemoci, čímž by byl zaměstnavatel motivován k poskytování pracovní rehabilitace, aby urychlil návrat zaměstnance do práce.	V zemích s právními systémy, které jsou v rozporu s tímto přístupem, se mohou zaměstnavatelé zdráhat zaměstnance opětovně začlenit do práce ze strachu, že se muskuloskeletální onemocnění ještě zhorší. Podobně se mohou zaměstnanci neochotně vracet do práce, pokud jsou sníženy jakékoli kompenzace za zdravotní újmu.

- Vzhledem ke značným hospodářským a společenským dopadům spojeným s dlouhodobou nepřítomností z důvodu nemoci je vhodné provést úpravy (s následným vyhodnocením faktorů úspěchu) systémů opětovného zapojení a rehabilitace. V rámečku níže je uveden příklad německé iniciativy.

S cílem řešit narůstající problém muskuloskeletálních onemocnění začala německá vláda přenášet závazky související se zapojením postižených osob do pracovního procesu ze státu a/nebo sociálního zabezpečení na zaměstnavatele. Záměrem je tu včasné odhalení a zabránění dlouhodobé pracovní neschopnosti. Pokud zaměstnanec není schopen práce po dobu delší než šest týdnů v roce, je třeba po dohodě s radou zaměstnanců sjednat schůzku zaměstnavatele a zaměstnance spolu se zástupci pojišťovny, aby se v další fázi dosáhlo konstruktivních a integrujících

řešení. Specializovaní pracovníci zabývající se pracovní neschopností pomáhají zaměstnavatelům v jejich nové úloze coby „systému včasného varování“.

Zvláštní zaměření na rehabilitaci a opětovné zapojení pracovníků do pracovního procesu je rovněž součástí nové strategie Společenství pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci na období 2007–2012. Tato strategie může členským státům poskytnout nový impulz pro řešení uvedeného problému.

**Více informací** o muskuloskeletálních onemocněních je k dispozici na adrese: <http://osha.europa.eu/topics/msds>

**Více informací** o muskuloskeletálních onemocněních v České republice je k dispozici na adrese: <http://cz.osha.europa.eu>.

## Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci

Gran Vía, 33, E-48009 Bilbao  
Tel. (+34) 94 479 43 60, fax (+34) 94 479 43 83  
E-mail: [information@osha.europa.eu](mailto:information@osha.europa.eu)

© Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Kopírování je povoleno pouze se souhlasem autora. Printed in Belgium, 2007

