

AKTUALITY PRO LÉKAŘSKOU POSUDKOVOU SLUŽBU

Praha 2011



Motto:

**„Člověka je třeba si vážit pro poklad, jež v sobě chrání,
jako si vážíme sami sebe“.**

(A. de Saint-Exupery)

Obsah

Úvod	4
Posuzování stupně závislosti v rámci Sociální reformy 2011	8
Sociální reforma 2011 a návrh novely zákona o sociálních službách	13
Posuzování invalidity a stupně závislosti v roce 2010	22
Úrazové pojištění	26
Jsou posudkové lékařky více ohroženy syndromem vyhoření než posudkoví lékaři	32
Technologie a systematika lékařského posudku	39
Vybrané statistické údaje z oblasti osob se zdravotním postižením, osoba zdravotně znevýhodněná	47
Činnost prvoinstanční lékařské posudkové služby v letech 2005–2010 ve statistických údajích	51
Změny v systému posuzování lékařskou posudkovou službou, jejich nová úskalí a návrh možných směrů	55
Úroveň sociálního šetření při hodnocení stupně závislosti	67
Posudek posudkové komise v soudním řízení	71
Chyby a mýty v uvažování o svalech ve stáří	76
Farmakoterapie ve vyšším věku	79
Poznámky k aktualizaci Seznamu nemocí z povolání	83
Nejčastější postižení pohybového aparátu a nervů horních končetin jako nemocí z povolání	89
Salmonelóza a kampylobakteriόza	96
Problematika transplantace kmenových buněk krvetvorby v posudkovém lékařství	102
Děti s poruchami autistického spektra	107
Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě	117
Zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci lékařské posudkové služby	120

Úvod

Motto:

„Nevěřím v osud, který člověka ovládá, ať udělá cokoliv.
Věřím však v osud, který ho ovládne, když neudělá nic.“
(G. K. Chesterton)

Lékařská posudková služba jako součást sociálních reforem

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Jak se žije posudkovým lékařům po padesátce?

Lékaři posudkové služby jsou takřka všichni ve věku 50 plus. Jaké je to po padesátce? A jak se vyrovnáváme se situací sociální reformy. I a následnou sociální reformou II? Švancara tvrdí, že stáří zaskočí člověka stejně nepřipraveného jako pubertální tělesné změny. Zaskočí nás posudkové lékaře sociální reformy a naše stáří? Stáří je období, v němž bezesporu ubývá tělesných i duševních sil. Cesty jsou však různé a složité. Někteří posudkoví lékaři už klesají pod tíhou svých pracovních povinností a vyhlížejí důchod a druzí si dělají odvážné plány. Lidé se stáří bojí, neboť má špatný zvuk a jaký zvuk má a hlavně bude mít tolik potřebná sociální reforma dopad na posudkové lékaře a jaký?

Tabulka uvádí věkové složení LPS k 31. 12. 2010

Věkové pásmo	PK MPSV		ČSSZ	
	PL	%	PL	%
do 40-ti let	1	2,13	11	2,47
41 – 50 let	4	8,51	61	13,71
51 – 60 let	26	55,32	163	36,63
61 – 70 let	15	31,91	157	35,28
nad 70 let	1	2,13	53	11,91
Celkem	47	100,00	445	100,00

Tedy nejdříve si zopakujme cíle reformy:

- 1) Lepší zacílení a adresnost sociálních dávek
- 2) Dosažení maximální účelnosti dávek
- 3) Zefektivnění práce orgánů státní správy
- 4) Snížení administrativní zátěže pro uživatele služeb
- 5) Zkvalitnění systému péče o ohrožené děti
- 6) Podpora sladění rodinného života a pracovního života u rodin s dětmi

A následně si připomeňme hlavní pilíře reformy:

- I. Sjednocení výplaty dávek
- II. Změny v oblasti péče a zabezpečení zdravotně postižených osob
- III. Změny v oblasti zabezpečení osob v hmotné nouzi
- IV. Změny v oblasti práce a zaměstnanosti
- V. Změny v oblasti rodinné politiky a péče o děti

Lékařské posudkové služby se týká především I a II pilíř reformy. Ale od začátku. Dnem „D“ se stal 18. květen 2011, kdy MPSV předložilo vládě ČR novely tří zákonů, označovaných jako Sociální reforma I:

Návrh zákona, kterým se mění některé dávky v souvislosti se sjednocením výplaty nepojistných systémů dávek

Jedná se o zákon o pomoci v hmotné nouzi, zákon o sociálních službách zákon o státní sociální podpoře. Např. Příspěvek na péči bude vyplácen oprávněné osobě, avšak bude nutné na požádání doložit správnost čerpání, pokud nebude k placení použita Karta sociálních systémů. Navrhuje se zvýšit příspěvek na péči pro osoby od 1 do 18-ti let ve II, stupni závislosti z 5 000 na 6 000 Kč. Zavádí se institut asistenta sociální péče.

Návrh zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Sloučením nyníjších dávek do větších celků vzniknou dvě agregované dávky, měsíčně vyplácený příspěvek na mobilitu a jednorázový příspěvek na zvláštní pomůcky. *Příspěvek na mobilitu* se bude poskytovat osobám starším jednoho roku, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace. *Příspěvek na zvláštní pomůcky* je určen osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením. Dávka se zaměřuje na pomoc v oblasti pomůcek, které umožňují sebeobsluhu, zakoupení a úpravy motorového vozidla a úprav bytu. Zvyšuje se tak dostupnost pomůcek pro osoby se zdravotním postižením. Zákon upravuje také průkaz osoby se zdravotním postižením.

Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 435/2004 sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů a související zákony.

Omezuje se zneužívání právní úpravy v oblasti poskytování příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením a upravuje poskytování tzv. náhradního plnění povinného podílu osob se zdravotním postižením (OZP). Institut chráněné dílny se sjednocuje s institutem chráněného pracovního místa.

Návrhy zákonů by měly nabýt účinnost od 1. ledna 2012. Státní výdaje budou kráceny snížením nákladů na administraci dávek, nikoliv na úkor příjemců dávek. Cílem navržených reformních kroků je zjednodušení systému, jeho zlevnění i zefektivnění, rozšíření možností kontroly a v neposlední řadě také komfortnější přístup pro příjemce dávek.

Také bych rád připomenul stanovisko

Vědecké lékařské rady ministra práce a sociálních věcí pro aplikaci poznatků lékařské vědy do oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti:

Cílem navržených legislativních úprav MPSV je agregace spektra dávek, jejich smyslu i okruhu osob, kterým má být dávková pomoc poskytována. Domníváme se, že navrhované změny mají potenciál pozitivně regulovat použití veřejných prostředků v systému sociálního zabezpečení, umožnit lepší cílení a individualizaci dávek. Zjednodušení řízení a racionalizace procesů na úřadech práce povede k poklesu nákladů na jejich administraci. Sjednocení výplaty nepojistných dávek sociální ochrany do jednoho správního orgánu přináší i menší časové a psychické zatížení klientů.

Rada považuje návrh za logický a věcně vyvážený se zachováním potřebné míry sociální ochrany klientů systému.

Z medicínského hlediska podporujeme zrušení statusu osoby zdravotně znevýhodněné, neboť systém pracovně lékařské péče dostatečně zajišťuje, aby osoby trpící pouze funkčně lehkými poruchami, poruchami kompenzovanými, které nepůsobí omezení či snížení pracovní schopnosti, byly zařazeny na zdravotně vhodnou práci.

Za přínosné je považováno rozdělení dávek na dvě položky:

- a) příspěvek na mobilitu;
- b) příspěvek na zvláštní pomůcky.

Vyhovující je i rozdělení do věkových skupin. Z hlediska vývoje lidského organismu vyhovuje i věková hranice tří let. Z hlediska sociálního je diskuse o nastavení věkové hranice 1–3 roky relevantní.

Rada souhlasí se změnou posuzování závislosti a s transformací 36 úkonů na 10 ucelených úkonů v oblasti každodenního života. Tím dojde ke zjednodušení, zpřehlednění a menší administrativní zátěži pro všechny strany, přičemž je zachován čtyřstupňový model a jsou zachovány věkové kategorie.

Zejména je důležité kritérium určující nepříznivý zdravotní stav v době trvajícím déle než jeden rok.

Při konkrétním hodnocení vyhovuje čtyřstupňová škála, věkové rozdělení i popis schopností zvládat základní životní potřeby i hodnocení funkčního dopadu. Výhodou je posuzování člověka jako celku.

Slovo závěrem

Množství práce posudkových lékařů zvyšuje i roztržitost sociálních systémů a nejednotnost kritérií pro posuzování zdravotního stavu v jednotlivých sociálních systémech. Tato roztržitost je však dána současným složitým systémem dávek, z nichž každý vyžaduje hodnocení zdravotního stavu ze specifického pohledu. Např. dopad na mobilitu, dopad na schopnosti péče o vlastní osobu, dopad na výdělečné schopnosti, dopad na ztížené pracovní podmínky, dopad na krátkodobou pracovní neschopnost apod. Každý systém má své specifické potřeby a svá specifická posudková kritéria. Řešení

nabízí právě agregování systému dávek v resortu ministerstva práce a sociálních věcí, v rámci sociální reformy. I když více dávek nahradí dávka jediná anebo jejich menší počet, nároky na posouzení zdravotního stavu zůstanou nadále vysoké.

Lékařskou posudkovou službu považuji za náročnou profesi a to jak vzhledem k jiným lékařským tak i nelékařským oborům. Vysoké pracovní zatížení, řešení pracovních podmínek formální ukotvení posudkové služby jako celku, stejně jako absence provozních, komunikačních nebo etických standardů vede ke statisticky i klinicky významné hladině stresové zátěže, syndromu vyhoření a dalších jevů.

Proběhlá dotazníková šetření zaměřená na personální zdroje lékařské posudkové služby však jednoznačně potvrdila, že lékařská posudková služba za stávajícího personálního stavu je schopna nároky sociální reformy zvládnout.

Za nejdůležitější považuji v nastávajících měsících psychické zvládnutí všech připravovaných změn. A navíc zvládnutí ve stáří. Neznám čistě psychologickou teorii stárnutí, ale laická myšlenka je obsažena v Čapkově hře Věc Makropulos. Elinu stále znovu omlazuje elixír mládí, který objevili středočeští alchymisté. Pacovský s oblibou zdůrazňuje, že stárnutí není pouhý úbytek tělesných a duševních sil, ale spočívá v účelném přeprogramování organismu. **A tak prosím vážení a milí kolegové, objevme v sobě dosti společných sil, které nám nahradí elixír mládí.**

MUDr. Bc. Rostislav Čevela
ředitel odboru posudkové služby MPSV

Posuzování stupně závislosti v rámci Sociální reformy 2011

MUDr. Bc. R. Čevela, MUDr. A. Zvoníková, MUDr. Bc. L. Čeledová, Ph.D.
MPSV – odbor posudkové služby

Úvod

V roce 2001 Světová zdravotnická organizace (SZO) vydala Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF/ ICF, kterou lze považovat za vyhlášení nového paradigmatu zdraví a disability a zrod sociálního modelu zdravotního postižení. Uvedený materiál SZO vychází z celkového fungování jedince v jeho prostředí; disability (znevýhodnění s různou úrovní schopností jedince v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu) vnímá jako produkt interakce charakteristik jedince a prostředí (zdravotní stav, kvalita osobnosti, motivace, aktivit a participací a sociálního prostředí architektonického a kulturního). Rozhodující je tedy vnímání kvality života jedince v kontextu prostředí, ve kterém žije.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, přijata v roce 2006 v New Yorku, vstoupila v platnost 3. května 2008. Jménem České republiky byla Úmluva podepsána dne 30. března 2007 a ratifikována dne 28. října 2009 (Sbírka Mezinárodních smluv č. 10/2010, částka 4), definuje v Článku 1 sociální model zdravotního postižení následujícím způsobem: „Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“

Nové paradigma sociálního modelu zdravotního postižení reflektuje v České republice již řada předních odborníků a pracovišť, např. *Matoušek (2003)*: „zdravotní postižení, disability, je postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnosti navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost člověka pracovat“ nebo *Švestková (2009, 2010)*: „ICF neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje disabilní situace každého člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví“. *Janečková a Hnilicová (2009)* prosazují schéma: „od nemoci k pacientovi, od postižení ke klientovi, od léčení k rehabilitaci, od biologického přístupu k sociálnímu.“

Medicinsko posudková kritéria posuzování stupně závislosti

Pro posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti platí obecné principy posudkové činnosti. Lékař LPS vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření. Podle § 3 písmeno c) je třeba prokázat dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav fyzické osoby jako prvotní podmínku pro posouzení stupně závislosti. Podle § 9 odst. 1 a 2 zákona o sociálních službách se pro posouzení stupně závislosti vyhodnocuje schopnost zvládnout 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Jde o úkony, z nichž každý obsahuje několik činností vymezených v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Posouzení je tedy výsledkem hodnocení 129 činností (71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti) pro 36 jednotlivých úkonů. Neschopnost zvládat úkon může být zjištěna v oblasti psychické – roz-

poznání potřeby úkonu, v oblasti fyzické – úkon provést nebo v oblasti psychické či smyslové – ověřit správnost provedení úkonu. Obsahem jednoho úkonu je vždy řada činností a k prokázání neschopnosti postačuje prokázání neschopnosti zvládat alespoň jednu z činností. Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony se posuzuje schopnost dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost prováděného úkonu. Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné osoby ve čtyřech stupních závislosti stanovených dle počtu nezvládnutých úkonů.

Nová medicínsko posudková kritéria posuzování stupně závislosti

V souvislosti se stávající přípravou novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo poprvé v legislativě sociálního zabezpečení k promítnutí nového paradigmatu zdravotního postižení. V procesu posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti pro účely příspěvku na péči byl zcela opuštěn princip etiopatogeneze. V oblasti posuzování důsledků zdravotního postižení na schopnost nezávislého života byl zvolen princip hodnocení kvality života prostřednictvím schopností zvládat úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti, který vychází z řady aktivit a participací uvedených v klasifikaci MKF/ICF.

Současně je nově pro účely zákona o sociálních službách definován dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav jako: zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Oproti dosavadní definici dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, se mění princip omezení duševních, smyslových a tělesných schopností na princip omezení funkčních schopností.

Při posuzování stupně závislosti se bude hodnotit schopnost zvládat

10 základních životních potřeb:

- mobilitu,
- orientaci,
- komunikaci,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesnou hygienu,
- výkon fyziologické potřeby,
- péči o zdraví,
- osobní aktivity,
- a péči o domácnost.

Do deseti základních životních potřeb jako do vyšších funkčních celků jsou tak vlastně sdruženy obdobně zaměřené a obdobně náročné dosavadní úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Žádný dosavadní úkon ani žádné dosavadní posuzovaná činnost nebudou vynechány, pouze agregovány do vyšších celků.

Tím se docílí rovnovážného a věcně kontinuálního řešení i plynulého přechodu z jedné věcné a právní úpravy na novou. Schopnost péče o zdraví se bude hodnotit ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. Schopnost zvládat péči o domácnost se nebude hodnotit u osob do 18-ti let věku. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě bude muset existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se budou pak hodnotit s využíváním zachovaných funkčních potenciálů

a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. U osoby do 18-ti let věku se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a při hodnocení potřeby mimořádné péče porovná rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením, s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18-ti let věku se nebude přihlížet k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Mimořádná péče je chápána jako péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný ke každodennímu zvládnutí základní životní potřeby.

Za schopnost *mobility* se pro účely navrhované právní úpravy považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, chůze. Za schopnost orientace se považuje stav, kdy osoba je schopna orientovat se zrakem, sluchem a pomocí psychických funkcí. Za schopnost *komunikace* se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou řečí i psanou zprávou. Za schopnost *stravování* se považuje stav, kdy osoba je schopna stravu naporcovat, najíst se a napít, dodržovat dietní režim/dietu. Za schopnost *obouvání a oblékání* se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí, oblékat a obouvat se, svlékat se, zouvat se. Za schopnost *tělesné hygieny* se považuje stav, kdy osoba je schopna umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu. Za schopnost *výkonu fyziologické potřeby* se považuje stav, kdy osoba je schopna používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky. Za schopnost *péče o zdraví* se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření.

Za schopnost provádět *osobní aktivity* se považuje stav, kdy osoba je schopna stanovit si a dodržet denní program, zapojit se přiměřeně do aktivit odpovídajících věku. Za schopnost *péče o domácnost* se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin a dalších běžných věcí, nosit běžné předměty, ovládat běžné domácí spotřebiče, připravit si jednoduché jídlo, vykonávat domácí práce jako umývat nádobí, pečovat o prádlo, udržovat pořádek.

Diskuse

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, respektive jeho dopady na soběstačnost a schopnost pečovat o vlastní osobu, je základním kritériem pro určení míry závislosti osob na pomoci jiné osoby. Zpřehledněním posuzování stupně závislosti ze stávajících 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života tj. základních životních potřeb bude i nadále zachován objektivní a komplexní přístup k posouzení potřeb klientů – jejich každodenních běžných životních aktivit nutných pro sociální začlenění z hlediska jejich schopnosti nezávislého života a potřeby péče a pomoci druhé osoby.

Nové posuzování vychází z konceptu hodnocení Activity of Daily Living (ADL), které je již od poloviny 60 let minulého století užíváno u pacientů s hendikepem/disabilitou. Dle hodnocení ADL není rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, ale především funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivity a participace. Bazální ADL se týkají sebeobsluhy. Hodnotí se např. přemísťování, koupání. Instrumentální ADL (IADL) se týkají složitějších činností, které umožňují nezávislou existenci jedince, podmiňují jeho soběstačnost. Patří sem např. nakupování, vedení do-

mácnosti nebo nakládání s penězi (Kalvach 2008). Změna medicínsko posudkových kritérií při posuzování stupně závislosti navazuje na již užívané hodnocení ADL a využívá i nadále principy MKF/ICF, zejména oblast aktivit a participací. Funkční schopnosti by se měly hodnotit s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. Toto hodnocení přináší právě International Classification of Functioning, Disability nad Health (ICF), která byla vydaná Světovou Zdravotnickou Organizací již před deseti lety. Jde o konstrukci funkčního zdraví, které je podstatně odlišné od diagnózy etiologické. Funkční diagnóza a funkční zdraví jsou v průběhu porušeného zdravotního stavu (nemoci, úrazu, vrozené vady) stejně důležité jako diagnóza etiopatogenetické a s odstupem času je v mnoha situacích i důležitější. Dle Sdělení č. 431/2009 Sb. Českého statistického úřadu ze dne 18. listopadu 2009 o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) je Klasifikace MKF součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu. Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. Navrhované řešení předchází plošnému používání klasifikace MKN/ICF ošetřujícími lékaři, kteří stojí na počátku procesu osvojování si znalostí MKF/ICF. Současné lékařské zprávy a jejich obsah, tradičně pojímaný v duchu etiopatogeneze, bohužel, zejména v případě osob se zdravotním postižením a určitým stupněm disability neposkytuje dostatek informací o funkčním postižení, omezení aktivit jedince a kvality jeho života jako prostředku pro další poskytování zdravotních a sociálních služeb, zejména pak dlouhodobé péče.

Závěr

Agregace současných 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnost (129 činností) do 10 základních životních potřeb – mobilita; orientace; komunikace; stravování; oblékání a obouvání; tělesná hygiena; výkon fyziologické potřeby; péče o zdraví; osobní aktivity; péče o domácnost – podstatně zjednoduší posuzování stupně závislosti, sníží časovou a administrativní náročnost vypracování posudku při zachování objektivitu posuzování. Ve svém důsledku to bude znamenat pružnější řízení směrem ke klientovi a zvýšení efektivity činnosti posudkové služby zejména tím, že bude více prostoru pro jednání s klientem a posudek o stupně závislosti bude využitelný i pro poskytování dávky mobility pro osoby se zdravotním postižením. Nová medicínsko posudková kritéria vychází z osvědčeného hodnocení aktivit denního života a současně jsou dalším krokem na cestě k přijetí MKF odbornou veřejností. Začleněním prvků Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, která v sobě obsahuje všechny složky lidského zdraví a některé složky životní pohody, do nových medicínsko posudkových kritérií pro posuzování stupně závislosti, se tak mění pohled zdra-

votnické veřejnosti na zdravotní postižení. Směřuje k užívání funkčních schopností, funkčního zdraví a salutogenetickému přístupu ke zdraví, tedy ke sledování kvality života našich klientů.

Použitá literatura:

1. Janečková H., Hnilicová H.: Úvod do veřejného zdravotnictví, Portál, 2009, s. 294, ISBN 978-80-7367-592-9
2. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2009, Grada Publishing, s. 280, ISBN 978-80-247-1587-2
3. Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., Závazalová H., Holmerová I. a kol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Grada Publishing, 2008, s.336, ISBN 978-80-247-2490-4
4. Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb., o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)
5. Švestková O. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) WHO a její praktické využití. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR. 2010, roč. 20, č. 2, s. 40–49
6. Švestková O., Pfeiffer J. Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci. Praktický lékař. 2009, 89, 5, s. 268–271
7. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
8. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Sociální reforma 2011 a návrh novely zákona o sociálních službách

Výtah z důvodové zprávy k návrhu novely zákona o sociálních službách

MUDr. Julie Wernerová, MUDr. Alena Zvoníková, MPSV – odbor posudkové služby

Návrh novely zákona o sociálních službách byl předložen jako součást sociální reformy 2011 s cílem upravit systém sociálních služeb tak, aby byly zohledněny poznatky z praxe a provedených analýz, jež odhalily některé neefektivní a ne hospodárné postupy upravené ve stávajícím znění předmětného zákona, a to především v následujících oblastech:

- vymezení nároku a způsobu použití příspěvku na péči,
- zajištění efektivního způsobu výplaty příspěvku na péči,
- provádění posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pro účely stanovení míry závislosti osoby na pomoci jiné osoby,
- poskytování finančních prostředků ze státního rozpočtu a územních rozpočtů na zajištění základních činností při poskytování sociálních služeb (dotace),
- upřesnění způsobu zajištění kvalifikačního a dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Zákon o sociálních službách je účinný od 1. ledna 2007. Ministerstvo práce a sociálních věcí trvale sleduje jeho implementaci a pečlivě vyhodnocuje všechny pozitivní i negativní jevy, které jej doprovázejí. Do zákona za tuto dobu zasáhlo již dvanáct novelizací. Zásadnější věcné změny vnesla do zákona novelizace v souvislosti se zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů a vládní novelou zákona v roce 2009; ostatní novelizace byly přijaty v souvislosti se změnou jiných zákonů. Změny provedené v souvislosti se stabilizací veřejných rozpočtů byly prvním krokem k nyní navrhovaným úpravám.

Cílem navrhovaných úprav zákona o sociálních službách je především zvýšení efektivity a hospodárnosti systému sociálních služeb a dalších způsobů zajištění péče, tj. péče poskytované především fyzickými osobami, které nejsou registrovanými poskytovateli sociálních služeb.

Základním východiskem pro dosažení uvedeného cíle je jednoznačné posílení účelovosti finančních prostředků z veřejných rozpočtů (především státního rozpočtu) určených k zajištění péče. Jedná se především o speciální dávku – příspěvek na péči a dále pak o opatření, která směřují ke zvýšení a stabilizaci participace dalších zdrojů nezbytných k zajištění péče. Dalšími zdroji rozumíme především soukromé zdroje osob, které potřebují péči, a osob k nim povinným výživou a stejně tak výdaje státního a územních rozpočtů, které jsou směřovány k registrovaným poskytovatelům sociálních služeb formou dotací a příspěvků.

Z hlediska objektivizace důvodů, na jejichž základě je lidem poskytován příspěvek na péči, je možné konstatovat, že stávající metoda posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu již

není ani z medicínského hlediska ani z hlediska faktických potřeb lidí vhodná. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, respektive jeho dopady na soběstačnost a schopnost pečovat o vlastní osobu, je základním kritériem pro určení míry závislosti osob na pomoci jiné osoby. V současném pojetí je metoda posouzení „svázána“ příliš exaktním bodovým hodnocením schopností posuzované osoby, což vede jednak k paušálnímu zhodnocení potřeb a současně neumožňuje celostní posouzení potřeb člověka.

Současná situace ve způsobech zajištění péče je charakteristická tím, že vytváří prostředí, ve kterém jsou způsoby zajištění péče registrovanými poskytovateli sociálních služeb a neformálními pečujícími (rodina, přátelé, jiné osoby) od sebe izolovány. Nedochozí tak k žádoucímu propojení kapacit způsobů v zajištění péče a takto izolované systémy jsou pak „přetěžovány“. Přetížením rozumíme to, že neformálně pečující osoby jsou natolik zaangažovány péčí, že se již fakticky nemohou uplatnit v jiných společenských oblastech, tj. především v účasti na trhu práce a na druhou stranu systém registrovaných sociálních služeb je přetěžován v oblasti pobytových služeb sociální péče, které jsou poptávány v případech, kdy neformálně pečující již péči doma nezvládají. Východiskem z této situace je provedení takových opatření, které vytvoří podmínky pro zajištění péče v domácím prostředí na základě sdílení péče mezi poskytovateli sociálních služeb (terénní a ambulantní forma) a neformálně pečujícími. Tato opatření se zaměřují především na rozšíření možností zajištění péče a současně tlakem na větší aktivitu pečujících osob především v uplatnění na trhu práce.

Negativním důsledkem aplikace stávajícího znění zákona jsou především ekonomické dopady na veřejné rozpočty, respektive na státní rozpočet, proto navrhované změny mají za cíl efektivně regulovat použití veřejných prostředků v systému.

Správci veřejných rozpočtů a lidé, kteří hradí péči, musí mít společný zájem na maximální efektivitě systému.

Systém zajištění péče prostřednictvím sociálních služeb a prostřednictvím péče blízkých či jiných osob je vždy zajišťován jak ze zdrojů veřejných, tak soukromých. Absence soukromých zdrojů výrazně snižuje efektivitu zajištění péče.

Příspěvek na péči – celkové kvantitativní údaje

- Celkové měsíční výdaje na výplatu PnP vykazují stabilní objem cca 1,6 mld. Kč, což v predikci celkového ročního čerpání znamená 19,2 mld. Kč. Údaje uváděné v tabulkách níže v textu jsou očištěny od dříve vzniklých nároků, které jsou vyplaceny zpětně a tudíž jsou objemy prostředků zhruba o 1 mld. Kč nižší.
- Celkový počet uznaných nároků na dávku se pohybuje mezi 295 až 299 tisíci osob měsíčně.
- Největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje I. stupeň, tj. cca 112 tis. dávek, což představuje 38 % z celkového počtu dávek, II. stupeň 90 tis. (30 %), III. stupeň 60 tis. (20 %), IV. stupeň 38 tis. (13 %).
- Největší objem měsíční výplaty dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje III. stupeň, tj. cca 480 mil. Kč, což představuje 31 % z celkového objemu čerpání. I. stupeň vykazuje 237 mil. Kč (16 %), II. stupeň 361 mil. Kč (24 %), IV. stupeň 451 mil. Kč (29 %). V I. stupni by mělo v roce 2011 dojít ke snížení objemu vyplacených dávek na úroveň cca 120 mil. Kč za měsíc.

- Z hlediska základní věkové struktury podílí se:
 - o Děti do 18-ti let – 7 %
 - o Dospělí 19 až 65 let – 24 %
 - o Mladší senioři 65 až 75 let – 14 %
 - o Starší senioři 75 let a více – 55 %
- Z hlediska regionálního rozložení PnP nejsou evidovány žádné významné odchylky a počet PnP v podstatě odpovídá velikosti kraje.
- Z hlediska způsobu využití PnP, tak jak jej uvádějí oprávněné osoby, jsou uváděny následující způsoby využití:
 - o Péče zajištěna blízkou nebo jinou osobou – cca 72 %
 - o Péče zajištěna sociální službou – cca 18 %
 - o Péče je zajištěna formou sdílené péče, tj. sociálními službami v kombinaci s osobou blízkou nebo jinou – cca 10 %.

Počet příjemců PnP – děti

- V roce 2010 bylo dětem vypláceno celkem 20 695 dávek, což představuje zhruba 7 % z celkového počtu vyplacených dávek.
- Z hlediska pohlaví převažují u dětských příjemců PnP příjemci mužského pohlaví, kteří reprezentují více než 60 % příjemců PnP.
- Z hlediska struktury příjemců PnP dle stupně závislosti je v I. stupni 31 %, ve II. stupni 19 %, ve III. stupni 25 % a ve IV. stupni 25 % příjemců.

Regionální výskyt

- Z hlediska regionálního je nejvyšší absolutní výskyt PnP u dětí v Moravskoslezském kraji. V indexovaném počtu na 10 000 obyvatel v dané věkové kategorii je pak výskyt PnP – dětí nejvyšší v Pardubickém kraji, tj. 158 v kraji a nejnižší v Praze, tj. 96. Indexovaný počet příjemců PnP za celou ČR je pak 129.

Objem vyplacených prostředků na PnP – děti

- V roce 2010 se dětem vyplátilo celkem 1,8 mld. Kč, což představuje zhruba 10 % z celkového objemu prostředků.
- Z hlediska struktury objemu vyplacených prostředků dle stupně závislosti představuje v I. stupni 13 %, ve II. stupni 13 %, ve III. stupni 32 % a ve IV. stupni 42 % z celku.

Počet příjemců PnP – dospělí

- V roce 2010 bylo dospělým vypláceno celkem cca 276 335 dávek měsíčně.
- Z hlediska pohlaví převažují u příjemců PnP – dospělí ženy, které reprezentují téměř 67 % příjemců PnP.
- Z hlediska struktury příjemců PnP dle stupně závislosti je v I. stupni 38 %, ve II. stupni 31 %, ve III. stupni 20 % a ve IV. stupni 11 % příjemců.
- Z hlediska regionálního je nejvyšší absolutní výskyt PnP u dospělých v Moravskoslezském kraji. V indexovaném počtu na 10 000 obyvatel v dané věkové kategorii je pak výskyt PnP – dospělých

nejvyšší ve Zlínském kraji, tj. 405 a nejnižší v Praze, tj. 201. Indexovaný počet příjemců PnP za celou ČR je pak 312.

Objem vyplacených prostředků na PnP – dospělí

- V roce 2010 se vyplatilo dospělým celkem 16 353 mil. Kč.
- Z hlediska struktury objemu vyplacených prostředků dle stupně závislosti představuje v I. stupni 15 %, ve II. stupni 25 %, ve III. stupni 32 % a ve IV. stupni 28 % objemu vyplacených prostředků.

Změny ve výši příspěvku na péči

- Měsíčně obvykle zemře 2 000 až 2 500 osob pobírajících PnP, tj. zhruba 24 000 až 30 000 osob ročně.
- Měsíčně dochází obvykle k 500 až 700 změnám ve výši PnP, a to na základě řízení z titulu individuální žádosti či z moci úřední. Obvykle jde o snížení stupně závislosti, a to přibližně v poměru 3 ku 7, což znamená, že ročně dojde ke snížení PnP ve zhruba 4 000 až 5 800 případech a ke zvýšení ve zhruba 1 800 až 2 500 případech.

Struktura žadatelů o PnP z pohledu příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

Z dat lékařské posudkové služby, programu Posudky, lze sledovat zdravotní příčiny uznání stupně závislosti. Jako příklad uvádíme nejčastější zdravotní příčiny uznání stupně závislosti v roce 2009. V tabulce je uvedený celkový počet žádostí o posouzení a následně stanovený stupeň závislosti dle druhu zdravotního postižení a procento vyjadřující míru uznaných závislostí z počtu podaných žádostí v dané kategorii. Údaj v posledním řádku tabulky hovoří o celkovém počtu všech diagnóz, pro které byl zdravotní stav pro účely stupně závislosti posouzen.

Zdravotní příčiny uznání stupně závislosti v roce 2009

Poř.	Zdrav. postižení	Poč. žádostí	Neuznáno	Uznán SZ	% uznaných
1.	Oběhové	44 525	5 350	39 175	88 %
2.	Svalové a kost.	27 255	5 406	21 849	80 %
3.	Duševní	21 921	1 977	19 944	91 %
4.	Nervové	13 852	1 026	12 826	93 %
5.	Onkologické	9 277	1 085	8 192	88 %
	Celkem	141 811	19 896	121 915	86 %

Posuzování stupně závislosti lékařskou posudkovou službou

Posuzování stupně závislosti se nyní provádí prostřednictvím hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat zákonem vymezené úkony. V současném systému podle § 9 odst. 1 a 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se vyhodnocuje schopnost zvládnout 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Jde o úkony, z nichž každý obsahuje několik činností vymezených v příloze č. 1 vyhlášky

č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výsledkem je, že v rámci těchto jednotlivých 36 úkonů se hodnotí celkem 129 činností – 71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti.

Cílem navrhovaných změn v zákoně o sociálních službách je posílit proklientské přístupy, zefektivnit provádění systému, zachovat posuzování skutečností, rozhodných pro nezávislý život jednotlivce a vytvořit prostor pro jednání s posuzovanou osobou za účelem individualizace a zpřesnění posudkových výstupů. Současně je cílem umožnit i další využití posudku pro účely dávek pro osoby se zdravotním postižením a tím zvýšit jejich „sociální komfort“. Žadatelé o dávky sociálního zabezpečení se pak nebudou muset opakovaně podrobovat zjištění a posouzení svého zdravotního stavu.

Podstatou návrhu je zřehlednění posuzování stupně závislosti na základě transformace a agregace stávajících 36 úkonů do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života – základních životních potřeb. Jedná se o pohyblivost, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o své zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Do základních životních potřeb se de facto v obecné rovině promítají všechny dosavadní úkony. Tím se posudkový systém podstatně zjednodušuje. Přitom se zachovává ucelený pohled na každodenní běžné životní aktivity nutné pro sociální začlenění, včetně hodnocení funkčních schopností, aktivit a participací dle MKF/ICF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví). Při návrhu nové úpravy se vychází i z mezinárodně používaného systému ADL (Activities of Daily Living), který obvykle člení nezbytné životní aktivity na bazální, vyjadřující sebeobsahu a instrumentální, vyjadřující soběstačnost. Určitým problémem současného stavu posuzování stupně závislosti je nekompatibilita podkladových nálezů ošetřujících lékařů. Ošetřující lékaři, kteří zpracovávají podklady pro posouzení zdravotního stavu, zatím v roce 2010 klasifikaci MKF/ICF nepoužívali, ale postupně si ho osvojují (klasifikace MKF/ICF byla zavedena Sdělením Českého statistického úřadu od 1. 7. 2010 jako paralelní klasifikace k dosavadní Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN/ICD)).

Změna v posudkově rozhodných skutečnostech s sebou nese zároveň nutnost nového vymezení stupňů závislosti vazbou na základní životní potřeby i počty jejich nezvládnutí jako podmínku uznání příslušného stupně závislosti. Nadále se zachovává diferenciací posuzování podle věkových kategorií a vyjadřují se odlišnosti posudkových přístupů při posuzování stupně závislosti u dětí a to zakotvením principu hodnocení potřeby mimořádné péče. Současně se upravují posudkové postupy související s citovanými změnami.

V oblasti vymezení jednotlivých stupňů závislosti se navrhuje nadále zachovat dosavadní čtyřstupňové řešení stupně závislosti a tomu odpovídající čtyřstupňový model příspěvku na péči, který se považuje za dostatečně diferencovaný ve vztahu k rozlišení potřeb klientů systému. Doplňující řešení formou přechodných ustanovení zajišťuje plynulý dávkový přechod při změně právní úpravy tak, aby nedošlo k ohrožení sociálních jistot posuzovaných osob.

U věkové kategorie osob do 18-ti let věku se setrvává na možnosti vstupu dětí se zdravotním postižením od jednoho roku věku. Toto řešení je ponecháno i s vědomím, že v řadě případů u dětí uvedeného věku nelze lékařskými prostředky spolehlivě objektivizovat rozsah a tíži poruchy (je známa pouze diagnóza) nebo je ošetřujícím lékařem vysloveno podezření na poruchu nebo zpomalení či

opoždování vývoje bez bližších konsekvencí na poruchy funkčních schopností. Rovněž přesné rozlišení fyziologické/běžné péče o dítě do tří let věku bez zdravotního postižení a případné „vícepéče a její kvantifikace“ o stejně staré dítě se zdravotním postižením je velmi obtížné, a to i z důvodu velmi variabilního vývoje dítěte bez zdravotního postižení.

U osob 1–18 let věku se vychází z principu potřeby mimořádné péče, a to z důvodu, že péče zahrnuje širší přístupy v situaci, kdy vlastní schopnosti dítěte nejsou dostatečně vyvinuty nebo nejsou z důvodů biopsychosociálních ještě plně rozvinuty a dítě potřebuje nejen dohled a pomoc, ale i takové formy péče, které mají protektivní a edukační zaměření.

Doplňují se i další skutečnosti, významné pro posouzení stupně závislosti, a to princip kauzality dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a závislosti a nehodnocení pomoci, dohledu nebo péče, která nesouvisí s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (např. hyperprotektivní péče nebo pomoc/péče, jejíž četnost nesouvisí s fyziologickou frekvencí výkonu některých potřeb nebo vyplývá z rozdílných přístupů některých mužů a žen k aktivitám při péči o domácnost).

Navrhuje se také zpřesnění hodnocení jedné základní životní potřeby – péče o zdraví, kdy se pomoc, dohled nebo potřeba mimořádné péče vymezuje cíleně ke konkrétnímu zdravotnímu stavu posuzované osoby. Ve věkové skupině 1–18 let se z hodnocení vylučuje péče o domácnost jako skutečnost, která není adekvátní předškolnímu věku a věku povinné školní docházky a kdy i ve věkové skupině 15–18 let existují velké rozdíly v dovednostech v důsledku rodinné výchovy.

Do právní úpravy se dále doplňuje potřebný hodnotící princip s tím, že schopnost zvládat základní životní potřeby musí být hodnocena v souladu s dostupnými schopnostmi a kompetencemi posuzované osoby a s facilitujícími prostředky. Jde např. o schopnost využívat jiných stereotypů činností, schopnost využívat dostupné prostředky v domácnosti (např. sedák na vaně, upravený otvírák, lžice na obouvání), jednoduché úpravy předmětů denní potřeby nebo v bytě (např. odstranění prahů, instalace madel na WC nebo v koupelně), zdravotnické prostředky (např. protéza, ortéza, sluchadlo, brýle, hůl), při chůzi po schodech opora o zábradlí, apod.

Zvládání základních životních potřeb v přijatelném standardu vychází z toho, co je v daném sociokulturním prostředí v dané oblasti očekáváno. Princip zvládání základních životních potřeb v přijatelném standardu postihuje ty skutečnosti, kdy by fyzická osoba byla sice schopna svými fyzickými schopnostmi potřebu vykonat, ale pro disabilitu v duševní nebo smyslové oblasti ji zvládne „nestandardně, nekvalitně, neuspokojivě“.

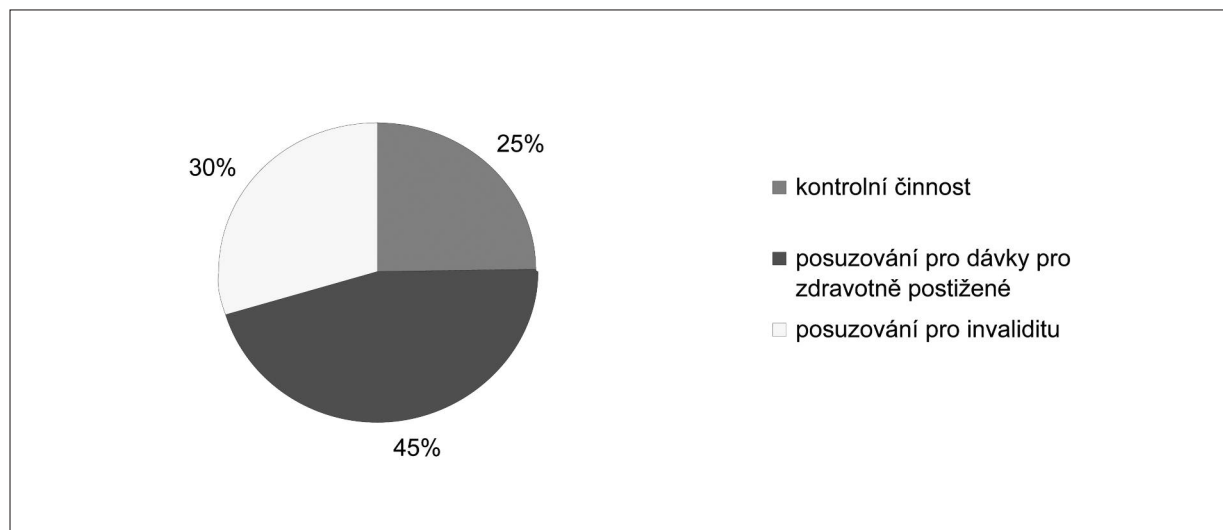
V oblasti právní úpravy se uvedenými kroky sníží míra právní regulace

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že návrh zachovává posuzování skutečností, které jsou rozhodné pro schopnost samostatného života fyzické osoby z hlediska každodennosti potřeby pomoci a dohledu při péči o vlastní osobu, při zohlednění potřeby každodenní pomoci nebo dohledu při péči o domácnost a aktivit pro sociální začlenění.

Data o činnosti prvoinstanční lékařské posudkové služby

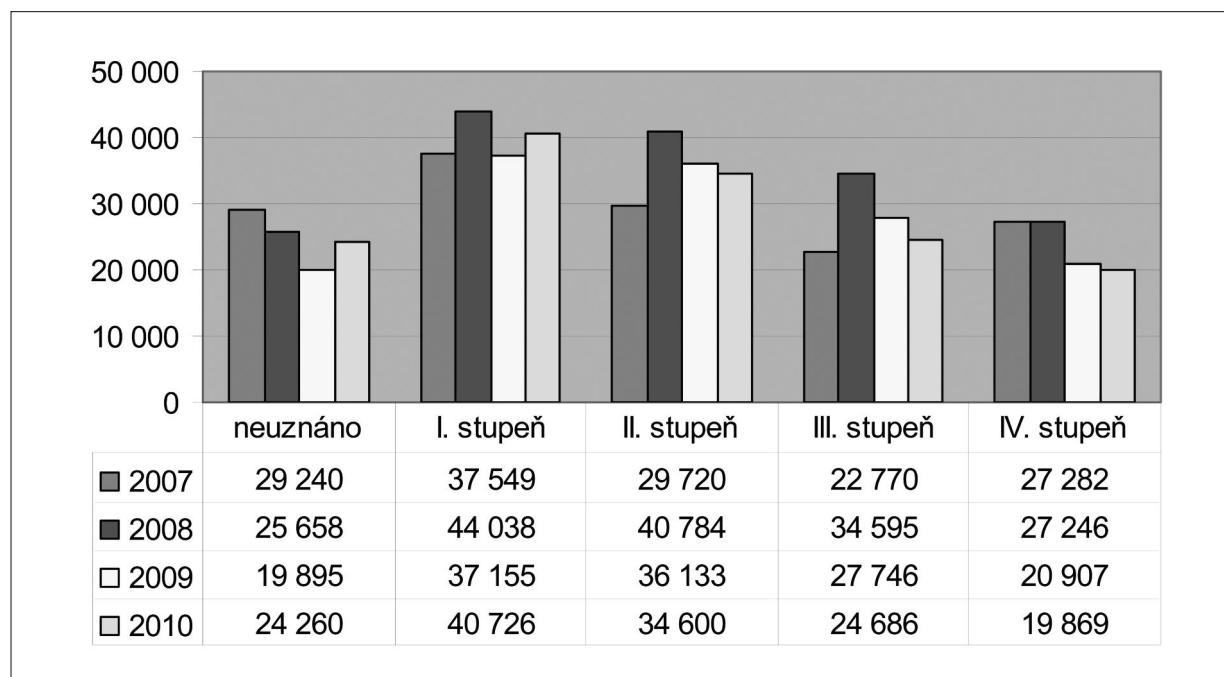
Podíl jednotlivých posudkových agend na činnosti prvoinstanční lékařské posudkové služby v letech 2009–2010 uvádí následující graf č. 1, přehled o výsledku posuzování stupně závislosti a mimořádných výhod v letech 2007–2010 uvádí grafy č. 2 a 3.

Graf č. 1: Podíl jednotlivých posudkových agend na činnosti prvoinstanční lékařské posudkové služby v letech 2009–2010



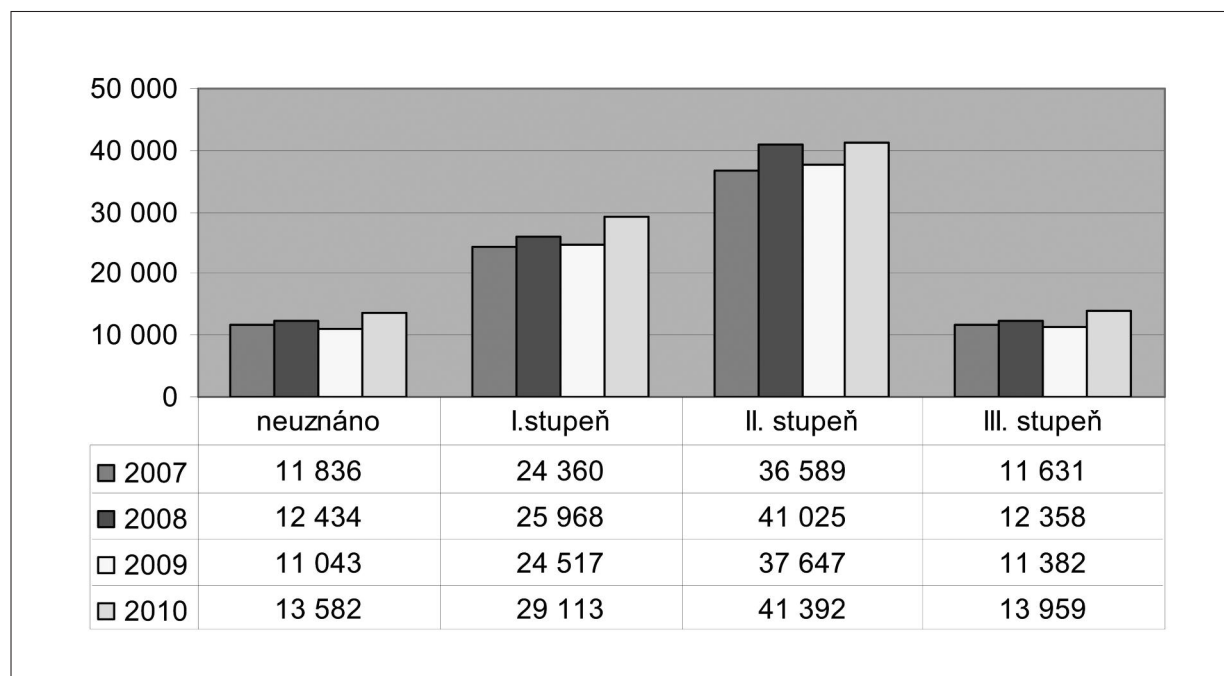
Zdroj: ČSSZ, MPSV

Graf č. 2: Statistika posuzování stupně závislosti v letech 2007–2010



Zdroj: ČSSZ, MPSV

Graf č. 3: Statistika posuzování mimořádných výhod v letech 2007–2010



Zdroj: ČSSZ, MPSV

Závěr

Změna posuzování ve smyslu zpřehlednění systému posuzování stupně závislosti povede ke snížení časové a administrativní náročnosti vypracování posudku při zachování objektivit posuzování. Ve svém důsledku to bude znamenat pružnější řízení směrem ke klientovi a zvýšení efektivity činnosti posudkové služby. Posuzování dle nového systému přinese zkrácení doby potřebné k administrativnímu zpracování jednoho případu o cca 20–30 minut. Získaný čas bude využit k objektivnímu zkoumání zdravotního stavu a potřeb klienta při jednání.

Zpřehlednění posuzování stupně závislosti umožní i další využití posudku pro účely dávek pro osoby se zdravotním postižením. Posouzení základní životní potřeby mobility a orientace se stane podkladem pro poskytování příspěvku na mobilitu. Tím lékařské posudkové službě ubude ročně více než 100 tis. posudků, které se nyní vydávaly pro účely mimořádných výhod a další dávky.

Návrh novely zákona o sociálních službách s agregací úkonů do vyšších celků – základních životních potřeb a víceúčelovým využitím posudku naplňuje zadání „Sociální reformy 2011“ a jejich cílů – lepší zacílení, snížení administrativní zátěže pro uživatele dávek, zefektivnění práce orgánů státní správy a zkvalitnění systému.

Posuzování invalidity a stupně závislosti v roce 2010

MUDr. Alena Váňová, MUDr. Alena Zvoníková, MPSV – odbor posudkové služby

Úvod

Odbor posudkové služby sleduje činnost prvoinstanční lékařské posudkové služby na základě zpráv, informací a analýz vedení lékařské posudkové služby ČSSZ a prostřednictvím samostatného sledování a vyhodnocování informací získaných z programu LPS ČSSZ POSUDKY.

Kritérium kvantity

Při obrovském objemu lékařské posudkové činnosti, vykonávané na OSSZ v oblasti pojistných i nepojistných sociálních systémů je dlouhodobým a zcela zásadním kritériem činnosti prvoinstanční lékařské posudkové služby množství vykonané práce tj. kvantitativní hledisko. Pro účely dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem jde tedy především o počty podaných posudků na jedno lékařské místo na okresní/Pražské správě sociálního zabezpečení. K tomu přistupuje i požadavek na včasnost vypracování posudku (tj. vypracování posudku ve lhůtě stanovené právním předpisem).

V případě nemocenského pojištění je pak specifickým kritériem rozsah kontrolní činnosti vyjádřený počtem provedených kontrol posuzování dočasné pracovní neschopnosti u ošetřujících lékařů a počtem zkontrolovaných případů dočasné pracovní neschopnosti.

Kritérium hospodárnosti

V oblasti hospodárnosti jde především o náklady na vypracování jednoho typového posudku, tj. náklady na platy na posuzující lékaře a referentky, včetně nákladů na aprobaci posudků, náklady na zdravotní výkony a specifické zdravotní výkony, provozní náklady, náklady na smluvní lékaře a další náklady (např. na vzdělávání) a náklady na jednu kontrolu u ošetřujícího lékaře. K hospodárnosti patří i počty provedených kontrolních lékařských prohlídek (KLP) a jejich efektivita (míra změnovosti), kdy dlouhodobě přetrvávají vysoké počty KLP při malé změnovosti.

Kritérium kvality

Kritérium kvality – kvality posudku ve smyslu jeho úplnosti, přesvědčivosti a spolehlivosti jako podkladu pro přiznání některé z dávek sociálního zabezpečení je nezbytným předpokladem pro zajištění ochrany práv klientů systému, stability jednotlivých sociálních systémů a správného vynakládání prostředků sociálního zabezpečení.

Standardizovaná kontrolní činnost, prováděná MPSV v oblasti prvoinstanční posudkové služby sociálního zabezpečení a posuzování zdravotního stavu v sociálním zabezpečení podle plánů hlavních kontrolních úkolů MPSV je poměrně náročná, a to jak z hlediska věcného, právního, administrativního i časového. Proto je tento typ kontroly vykonáván v rozsahu omezeném pracovními kapacitami kontrolního orgánu. Výstupy kontrolní činnosti podle Protokolů o výsledku kontroly sice informují o druhu a četnosti kontrolních nálezů a potažmo tedy o pochybeních nebo nedostat-

cích v posudkové činnosti kontrolovaného posudkového orgánu, ale nedávají kontrolnímu orgánu další možnosti a podklady pro analytickou činnost.

Stávající systém hodnocení „kvality posudků“ formou interních recenzí (tj. zhodnocení recenzentem – posudkovým lékařem, metodickým vedoucím) i formou kontrol MPSV má své limity, neboť není ve svých výstupech promítnut do určitých numerických výstupů. Není z něj možné provést potřebné analýzy, srovnání kvality posudkové činnosti mezi OSSZ či regiony, vyhodnocení zejména ve smyslu v jaké hodnocené oblasti (např. lhůty, objektivizace, zdravotního stavu, správnost hodnocení posudkově rozhodných skutečností, aplikace právních předpisů apod., formální náležitosti posudku apod.), jaký charakter a jakou četnost mají zjištěná pochybení. Zároveň je pak obtížné objektivně a přesně stanovit „žebříček kvality“ tj. kvalitu posudkové činnosti jednotlivých pracovišť LPS, nejlepší i posudkově slabé posuzující lékaře i potřebná nápravná opatření. Pokud by takové objektivní podklady z hodnocení kvality činnosti LPS vznikly, mohly by sloužit k lepšímu zacílení metodické a vzdělávací činnosti, k případnému zintenzivnění kontrolní činnosti na pracovištích s odchýlenými výsledky kvality, s neobvyklými jevy, při odměňování aj.

Posuzování invalidity a stupně závislosti v roce 2010

Jako jedno z kritérií sledování činnosti lékařů posudkové služby na okresních správách sociálního zabezpečení v roce 2010 bylo autorkami zvoleno vyhodnocení výsledků posuzování invalidity a stupně závislosti v jednotlivých krajích, a to nejen množstevně, ale přepočtem výskytu invalidizace a závislosti na 100 tisíc obyvatel. Zvolený postup umožňuje lépe vyjádřit výsledky posuzování než prosté údaje o počtu vydaných posudků celkem nebo v jednotlivých stupních invalidity či závislosti. Pokud platí obecná zákonitost vyplývající z Gausovy křivky, tj., že rozložení výskytu určitých jevů v určitém souboru je obdobné, měla by tato zákonitost platit i v případě výskytu invalidity a závislosti v jednotlivých regionech České republiky. Pokud je v některých regionech výskyt závislosti o 50–75 % vyšší a výskyt invalidizace o 75–100 % vyšší, je nezbytné provést další analýzy, které by zjištěné rozdíly blíže vysvětlily. V této souvislosti je třeba konstatovat, že lékařská posudková služba nemá vypracovány standardy ani v oblasti dočasné pracovní neschopnosti (obvyklá délka DPN pro určitou diagnózu) ani v oblasti invalidizace nebo závislosti ve vztahu k jednotlivým stupňům zdravotních postižení či přímo k jednotlivým skupinám invalidizace a závislosti (standardy se rozumí určité zákonitosti v rozložení podílu neuznaných invalidit a závislostí a uznaných v jednotlivých stupních).

Údaje o počtu posouzených stupňů závislosti a invalidity v jednotlivých krajích ČR a přepočet počtu posouzených a přiznaných stupňů závislosti a invalidity na 100 tis. obyvatel v roce 2010 jsou v následujících tabulkách.

Tabulka č. 1: Počet posouzených stupňů závislosti v jednotlivých krajích ČR a přepočtený počet posouzených a přiznaných stupňů závislosti na 100 tis. obyvatel v roce 2010

kraj	počet obyvatel	počet posouz. SZ	z toho					počet posouz. SZ/100 tis. obyv.	počet přiznaných SZ/100 tis. obyv.
			neuznáno	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň		
HMP	1 254 317	11 483	2 092	3 630	2 705	1 698	1 358	915	749
STC	1 261 249	13 799	2 385	3 701	3 321	2 518	1 874	1 094	905
LB	439 817	6 086	1 097	1 765	1 504	986	733	1 383	1 134
UL	836 134	12 093	2 008	3 578	3 048	2 132	1 326	1 446	1 206
KV	307 453	3 758	558	1 024	1 002	896	478	1 222	1 041
Plz.	571 980	7 952	1 172	2 241	2 078	1 461	1 000	1 390	1 185
JČ	638 291	8 867	1 324	2 208	2 175	1 625	1 535	1 389	1 182
PA	516 943	7 635	1 125	1 225	1 843	1 345	1 097	1 477	1 259
HK	554 912	7 706	1 258	2 254	1 817	1 311	1 066	1 389	1 162
Vys.	514 756	6 860	867	1 863	1 742	1 218	1 170	1 333	1 166
MSK	1 244 172	20 915	4 666	5 896	4 534	3 093	2 726	1 681	1 306
OL	641 797	10 059	1 989	2 918	2 251	1 546	1 355	1 567	1 257
ZL	590 673	9 562	1 427	2 573	2 213	1 798	1 551	1 619	1 377
JM	1 154 191	17 490	2 315	4 885	4 392	3 281	2 616	1 515	1 315
celkem	10 526 685	144 265	24 283	39 761	34 625	24 908	19 885	1 370	1 140

Zdroj: program posudky LPS ČSSZ

Tabulka č. 2: Počet posouzených invalidit v jednotlivých krajích ČR a přepočtený počet posouzených a přiznaných invalidit na 100 tis. obyvatel v roce 2010

kraj	počet obyvatel	počet posouzených invalidit	z toho				počet posouzených inval/100 tis. obyv.	počet přiznaných inval/100 tis. obyv.
			neuznáno	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň		
HMP	1 254 317	13 540	942	4 187	2 042	6 369	1 079	1 004
STC	1 261 249	10 721	1 412	4 356	1 833	3 120	850	738
LB	439 817	6 543	1 045	2 578	1 106	1 814	1 487	1 250
UL	836 134	16 873	1 877	6 853	2 852	5 291	2 017	1 793
KV	307 453	4 445	666	1 521	762	1 496	1 446	1 229
Plz.	571 980	9 769	819	3 489	1 764	3 697	1 708	1 564
JČ	638 291	10 721	1 412	4 356	1 833	3 120	1 680	1 458
PA	516 943	9 345	1 451	3 420	1 602	2 872	1 808	1 527
HK	554 912	9 488	1 709	3 324	1 475	2 980	1 710	1 401
Vys.	514 756	7 834	1 272	2 994	1 369	2 199	1 522	1 275
MSK	1 244 172	17 302	4 085	5 572	2 447	5 198	1 391	1 062
OL	641 797	9 634	2 006	3 365	1 264	2 999	1 501	1 187
ZL	590 673	10 865	1 675	4 123	1 596	3 471	1 839	1 556
JM	1 154 191	22 426	2 735	9 060	3 809	6 822	1 943	1 706
celkem	10 526 685	159 506	23 106	59 198	25 754	51 448	1 515	1 296

Zdroj: program posudky LPS ČSSZ

Z uvedených údajů není možné se blíže vyjádřit k poměrně rozdílným výsledkům posuzování v jednotlivých regionech, kdy v posuzování invalidity činí maximální rozdíl v invalidizaci 700 případů na 100 tisíc obyvatel a v případě stupně závislosti 600 případů na 100 tisíc obyvatel. Nejvyšší invalidizace je v Ústeckém, Jihomoravském a Plzeňském kraji a nejvyšší závislost ve Zlínském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji.

Je možné, že část rozdílů může pramenit z rozdílného stavu populace v jednotlivých regionech; k objektivizaci uvedeného předpokladu by však bylo potřebné porovnat některé parametry o zdravotním stavu populace v ČR ve vztahu k nejčastějším příčinám invalidity a závislosti. Rozdíly spadající na vrub možných rozdílů ve zdravotním stavu populace v ČR v jednotlivých regionech však nepředstavují zřejmě jedinou a ani rozhodující příčinu rozdílů; tou je nepochybně vlastní kvalita výkonu lékařské posudkové činnosti. Individualizace vyhodnocování kvality posudkové činnosti by napomohla k osvětlení zjištěných skutečností a rozdílů v posudkové činnosti.

Závěr

Orgány posudkové služby by měly mít pro svoji interní potřebu standardizovaný systém „interních zkoušek kvality“ posudkové činnosti, který by umožnil jednotné, rychlé a administrativně nenáročné vyjádření zjištěných skutečností při recenzích, interních kontrolách a „standardy pracovní neschopnosti, invalidity a závislosti“. Standardizace musí umožnit využití v jakémkoliv systému činnosti lékařské posudkové služby. Stanovení standardů je úkolem pro odborné a metodické vedení lékařské posudkové služby, ale i pro odborné společnosti sdružující posudkové lékaře, neboť na prahu 21. století a při současných možnostech informačních technologií se nové postupy musí promítnout i do činnosti lékařské posudkové služby (papír, ostře ořezaná tužka a metoda čárkování jsou již dávno překonány...).

Úrazové pojištění

MUDr. H. Šobíšková, MPSV – odbor posudkové služby

V r. 2006 byl přijat zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců. Zákon měl nabýt účinnosti 1. 1. 2008, ale z různých důvodů byla jeho účinnost několikrát odložena. V současné době se pracuje na novele zákona s předpokladem nabytí její účinnosti 1. 1. 2013.

Historie a charakteristika nového systému

V r. 1993 byla do § 205d zákoníku práce zapracována právní úprava zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu, která vycházela ze situace v době, kdy byla přijata a měla mít přechodný charakter (asi 5 let) pro období do přijetí nového zákona o úrazovém pojištění. Tato úprava provizorním způsobem zabezpečila ochranu poškozených zaměstnanců v situaci, kdy byl zahájen proces privatizace dřívějších státních podniků, jejich následné restrukturalizace spojené s velkým pohybem pracovních sil, častými změnami vlastnických poměrů, zánikem podniků a s dalšími změnami, které by ve svých důsledcích připravily řadu zaměstnanců o jeden ze základních prvků pracovněprávní a sociální ochrany. Stát musel také vyřešit problém ochrany zaměstnanců a financování jejich nároků v případě zániku zaměstnavatele, neboť do té doby odškodnění za pracovní úraz a nemoc z povolání poskytovali zaměstnavatelé.

Zákoník práce stanoví, že zaměstnavatelé zaměstnávající alespoň jednoho zaměstnance jsou pro případ své odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání pojištěni. Exkluzivitu pro provádění úrazového pojištění mají dvě komerční pojišťovny, kterými jsou Kooperativa, a.s. a Česká pojišťovna, a stát tak zvýhodňuje dvě z pojišťoven sdružených v České asociaci pojišťoven. Těmto dvěma pojišťovnám plynuly a dosud plynou ze zákonného pojištění zaměstnavatele za škodu prostřednictvím správních nákladů velké zisky. (Počáteční správní náklady v r. 1993 činily 29,5 % z celkového objemu přijatého pojistného zaplaceného zaměstnavateli v daném kalendářním roce. Postupně byly snižovány – od r. 1995 25 %, od r. 2001 13,5 %).

Současná právní úprava zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání neobsahuje některé důležité motivační prvky. Cílem tohoto typu pojištění je pouze zaručit poškozenému odpovídající finanční náhradu a právní úprava už se nezabývá tím, jak usnadnit návrat poškozeného do zaměstnání.

V současné době úroveň náhrad poskytovaných při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání ne motivuje poškozeného k návratu do pracovního procesu. Demotivačně působí zejména úroveň náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti (tzv. úrazové renty), ze strany poškozeného není vzhledem k její výši přílišný zájem o absolvování jakéhokoliv rehabilitačního nebo rekvalifikačního programu, který by usnadnil jeho návrat do zaměstnání.

Odstranění uvedených nedostatků právní úpravy bylo podnětem k přijetí zákona o úrazovém pojištění a změně zákonného pojištění na sociální úrazové pojištění zaměstnanců spravované Českou správou sociálního zabezpečení.

Zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců má nabýt účinnosti dne 1. 1. 2013 a v loňském roce MPSV zahájilo práce na revizi zákona a jeho novelizaci. Novelizace je nutná s ohledem na dobu, která uplynula od schválení zákona, neboť došlo k posunu jak z hlediska věcného, tak i legislativně technického. Došlo rovněž ke změnám v zákonech ovlivňujících a navazujících na zákon o úrazovém pojištění.

Zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců č. 266/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, obsahuje novou úpravu pojištění zaměstnanců pro případ poškození zdraví při pracovním úrazu nebo nemocí z povolání. Představuje zásadní systémovou změnu, která přenáší odpovědnost za provádění úrazového pojištění na stát. Úrazové pojištění zaměstnanců se stává součástí sociálního zabezpečení s tím, že jeho provádění je svěřeno orgánům sociálního zabezpečení. Do budoucna by tedy již nemělo jít o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemocí z povolání, ale o formu sociálního úrazového pojištění s vlastním systémem poskytovaných dávek. Zachovává se komplementární podoba pojištění, což znamená, že úrazové pojištění bude komplementem k pojištění zdravotnímu, nemocenskému a důchodovému.

Jako věcná dávka je do systému úrazového pojištění zavedena rehabilitace, která je nepeněžitou fakultativní dávkou. Rehabilitace poskytnutá a hrazená z úrazového pojištění má především pomoci obnovit ty funkce, které vedou ke zmírnění ztráty nebo omezení soběstačnosti a má usnadnit pracovní uplatnění zaměstnance, které bude pro něho vhodné jak zdravotně, tak bude přiměřené kvalifikačně. Tak jako ostatní dávky, bude i poskytnutí rehabilitace z úrazového pojištění doplňkem k rehabilitaci poskytované z jiných systémů. Rehabilitace v úrazovém pojištění nenahrazuje léčebnou, sociální, pracovní nebo pedagogickou rehabilitaci. Tyto formy rehabilitace budou dále poskytovány z příslušných systémů, tak jako dosud, a poskytnutí rehabilitace v úrazovém pojištění bude jakýmsi nadstandardem. Žádost o poskytnutí rehabilitace z úrazového pojištění uplatní zaměstnanec u příslušné správy sociálního zabezpečení a její vhodnost bude posuzovat okresní správa sociálního zabezpečení svým lékařem. Bude-li žádosti vyhověno, bude rehabilitace hrazena z prostředků úrazového pojištění. Počítá se s tím, že rehabilitace bude prováděna ve specializovaných rehabilitačních zařízeních zařazených do seznamu prováděcím právním předpisem k zákonu o úrazovém pojištění. Účinnost ustanovení o poskytování rehabilitace však nabyde účinnosti o tři roky později než účinnost zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců.

Zavedení prevence vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání do právní úpravy vychází z praktických potřeb zaměstnanců i zaměstnavatelů. Prevence prováděná nositelem úrazového pojištění nebude nahrazovat plnění povinností jednotlivých zaměstnavatelů v oblasti prevence rizik, uložených zákoníkem práce, ale bude působit celoplošně k předcházení vzniku poškození zdraví při práci. Na úrazovou prevenci má být v jednotlivých letech vyčleněno vždy 6 % z celkového objemu dávek vyplacených v kalendářním roce, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, na který se výše prostředků na prevenci stanovuje.

Dávky poskytované z úrazového pojištění:

- 1) úrazový příplatek (doplatek k náhradě mzdy nebo platu nebo k nemocenskému)
- 2) úrazové vyrovnání – podkladem pro přiznání bude posudek OSSZ
- 3) úrazová renta – podkladem pro přiznání bude posudek OSSZ
- 4) bolestné
- 5) příspěvek za ztížení společenského uplatnění
- 6) náhrada nákladů spojených s léčením
- 7) náhrada nákladů spojených s pohřbem
- 8) jednorázový příspěvek pozůstalému
- 9) úrazová renta pozůstalého
- 10) úrazová rehabilitace (jako nepeněžitá dávka)

Pojmy používané v systému úrazového pojištění v souvislosti s poškozením zdraví

Příslušný lékař – zákon definuje příslušného lékaře, kterým je zdravotnické zařízení, které poskytuje pojištěnci zdravotní péči pro pracovní úraz nebo nemoc z povolání.

Pracovní úraz – pracovním úrazem se rozumí poškození zdraví nebo smrt, které byly zaměstnanci způsobeny nezávisle na jeho vůli krátkodobým, náhlým a násilným působením vnějších vlivů nebo vlastní tělesné síly při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním.

Nemoc z povolání – nemocí z povolání se rozumí nemoc vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických faktorů nebo jiných škodlivých faktorů souvisejících s prací, pokud je uvedena v seznamu nemocí z povolání a pokud vznikla za podmínek, za nichž nemoc z povolání vzniká a dosáhla klinického stupně závažnosti, který je jako nemoc z povolání uznáván. Za nemoc z povolání se považuje i nemoc vzniklá před jejím zařazením do seznamu nemocí z povolání, a to od jejího zařazení do seznamu a za dobu nejvýše 3 let před jejím zařazením do seznamu.

Bolest – bolestí se rozumí tělesné a duševní strádání způsobené poškozením zdraví pracovním úrazem nebo nemocí z povolání.

Ztížení společenského uplatnění – ztížením společenského uplatnění se rozumí nepříznivý vliv poškození zdraví pracovním úrazem nebo nemocí z povolání a jeho následků, které jsou trvalého rázu, na sociální uplatnění zaměstnance, zejména na uspokojování jeho životních, pracovních, vzdělávacích a sociálních potřeb.

Posuzování poškození zdraví

Nedílnou součástí zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců je úprava posuzování poškození zdraví pro účely odškodňování zdravotních důsledků pracovních úrazů a nemocí z povolání a poskytování dávek úrazového pojištění podmíněných poškozením zdraví. Zdravotní stav budou na prvním stupni pro účely úrazového vyrovnání a úrazové renty posuzovat lékaři OSSZ. Kromě posudkové činnosti budou lékaři OSSZ vykonávat i činnost kontrolní. Přijatý právní předpis obsahuje úpravu práv a povinností všech subjektů, zúčastněných v procesu posuzování poškození zdraví pro účely úrazového pojištění, tj.:

- 1) orgánů úrazového pojištění včetně jeho lékařů
- 2) zdravotnických zařízení
- 3) příslušných lékařů
- 4) pojištěnců

Součinnost orgánů úrazového pojištění se zdravotnickými zařízeními je nezbytnou podmínkou efektivní práce posudkové služby sociálního zabezpečení. Zákon upravuje systém úhrad poskytovaných zdravotnickým zařízením za vyšetření zdravotního stavu a vypracování podkladů pro účely posouzení poškození zdraví. Stejně tak upravuje přestupky a správní delikty všech zúčastněných subjektů.

Důležitým ustanovení zákona je oznamovací povinnost lékaře, který je povinen OSSZ oznámit zjištění okolností nasvědčující tomu, že poškození zdraví, které zaměstnanec nebo zaměstnavatel uvedl jako následek pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, nebylo způsobeno pracovním úrazem nebo nemocí z povolání.

Posudkové kategorie užívané v zákonu o úrazovém pojištění

Poškození zdraví – poškozením zdraví pracovním úrazem nebo nemocí z povolání se rozumí následky na zdraví zaměstnance, vzniklé pracovním úrazem nebo nemocí z povolání.

Dlouhodobé poškození zdraví – dlouhodobým poškozením zdraví se rozumí poškození zdraví, které podle poznatků vědy má trvat déle než jeden rok a vyjadřuje se mírou poškození zdraví. Pouze dlouhodobé poškození zdraví je důvodem pro posouzení míry poškození zdraví, kterou se vyjadřuje rozsah a tíže poškození zdraví. Je zcela samostatnou posudkovou kategorií, koncipovanou výhradně pro účely úrazového pojištění zaměstnanců.

Míra poškození zdraví – vyjadřuje v procentech rozsah a tíži dlouhodobého poškození zdraví.

Posudkový lékař bude tedy posuzovat míru poškození zdraví způsobenou dlouhodobým poškozením zdraví. Od ní se bude odvíjet přiznání buď úrazového vyrovnání nebo úrazové renty.

Úrazové vyrovnání – je z úrazového pojištění poskytnuto tehdy, když míra dlouhodobého poškození zdraví vyjádřená v procentech přesahuje 10 % a nedosahuje 33 %. Úrazové vyrovnání je jednorázová dávka.

Úrazová renta – je poskytována v případě, že míra dlouhodobého poškození zdraví vyjádřená v procentech činí nejméně 33 %. Úrazová renta je dávka opakovaná.

Pro informaci jsou uvedeny hodnoty pracovní úrazovosti a nově hlášené nemoci z povolání v roce 2009.

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2009, BOZP in fo – Statistika pracovních úrazů v ČR.

Pracovní úrazovost v ČR v r. 2009

Hodnoty všech ukazatelů pracovní úrazovosti v r. 2009 (kromě průměrné doby trvání jednoho případu) proti r. 2008 klesly. Oproti r. 2008 došlo v r. 2009 k výraznému snížení počtu pracovních úrazů s dočasnou pracovní neschopností (DPN) o 21 108 případů, tj. o 29,6 % a také ke snížení absolutního počtu dnů pracovní neschopnosti pro pracovní úraz (PÚ) o 22 %.

Počet nemocensky pojištěných osob	4,253 mil.
PÚ celkem	73 331
PÚ smrtelné.....	105
Nově hlášené případy DPN pro PÚ.....	50 173
Z toho ženy.....	14 188
Počet kalendářních dnů DPN pro PÚ.....	2 767 000
PÚ s DPN delší než 3 dny	48 568
PÚ s DPN kratší než 3 dny.....	1 605
PÚ bez následné DPN	23 158

V r. 2009 došlo k velkému poklesu četnosti PÚ s DPN na 100 pojištěnců z hodnoty 1,56 na hodnotu 1,18. Průměrné procento DPN pro PÚ oproti r. 2008 kleslo z hodnoty 0,212 % na hodnotu 0,178 %.

Oproti r. 2008 však významně vzrostla průměrná délka trvání DPN 1 případu z hodnoty 49,78 na hodnotu 55,16 kalendářních dnů, tj. došlo k prodloužení o 5,38 dne. To byl největší nárůst délky trvání jednoho případu za posledních 20 let.

V důsledku DPN pro PÚ bylo v práci denně nepřítomno v průměru 7 583 osob, což je o 2 112 osob méně než v r. 2008.

Pro ostatní úrazy bylo v r. 2009 uznáno 85 774 dočasných pracovních neschopností

Nově hlášené nemoci z povolání v ČR v r. 2009

Nemoci z povolání celkem	1 245
Z toho muži	696
Ženy.....	549
Nemoci z povolání podle jednotlivých položek seznamu NP	
NzP způsobené chemickými látkami	7
NzP způsobené fyzikálními faktory.....	593
Hluk	22
Vibrace.....	230

Dlouhodobé nadměrné jednostranné zatěžování	332
NzP týkající se dýchacích cest, pohrudnice a pobřišnice	239
NzP kožní	175
NzP přenosné a parazitární	229
NzP způsobené ostatními faktory	2
NzP nově zjištěné v předcházejících letech	
r. 2008	1 327
r. 2007	1 228
r. 2006	1 216
r. 2005	1 340
r. 2004	1 388
r. 2003	1 558

Jsou posudkové lékařky více ohroženy syndromem vyhoření než posudkoví lékaři?

Výsledky projektu výzkumu č. HR 175/08 „Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení“

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MUDr. Bc. Rostislav Čevela,
MPSV – odbor posudkové služby

Souhrn

Autoři prezentují výsledky výzkumu provedeného společností Faktum Invenio pro Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR na konci roku 2008 u posudkových lékařů „Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení“ se zaměřením na porovnání míry ohrožení u žen a u mužů. Z výsledků šetření vyplývá, že střední stupeň ohrožení syndromem vyhoření byl zjištěn pouze u necelé pětiny respondentů. Posudkové lékařky však trpí středním stupněm ohrožení častěji než posudkoví lékaři. Závěrem autoři navrhnou preventivní opatření k zamezení vzniku ohrožení syndromem vyhoření u posudkových lékařů, zejména se zaměřením na ženy.

Klíčová slova: burn out syndrom, lékařská posudková služba, posudkový lékař, posudková lékařka

Summary

Čeledová, Čevela R.: Are female assessment doctors more endangered by the risk of burnt out syndrome than male assessment doctors?

Authors present results of quantitative and qualitative research called „Burnt out syndrom of assessment doctors, its cause and solution“ conducted by Faktum Invenio society for MoLSA at the end of 2008, focused on comparison of burnt out syndrom risk between amd women. The survey shows, that middle degree of risk of the syndrom was found with nearly a fifth of respondents. Female assessment doctors are threatened by risk of burnt out syndrom more often than male assessment doctors. In conclusion the authors propose measures to prevent the risk of burnt out syndrom of assessment doctors focused especially on women.

Key words: burn-out syndrome, Medical Assessment Service, male assessment doctor, female assessment doctor

Úvod

Z důvodu poznání jaká je psychická odolnost stávajících posudkových lékařek a lékařů na pracovní zátěž způsobenou nejen zvyšujícím se kvalitativním a kvantitativním objemem činnosti, ale zejména kontinuálně probíhajícími organizačními změnami lékařské posudkové služby a jak budou schopni a ochotni akceptovat plánované organizační uspořádání lékařské posudkové služby (LPS), realizovalo ministerstvo práce prostřednictvím společnosti Faktum Invenio na konci roku 2008 dotazníkovou akci „Syndrom vyhoření u lékařů Lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení“. K 31. 12. 2008 pracovalo v rezortní posudkové službě celkem 558 lékařů, z toho 380 lékařek a 240 lékařů. Tabulka č. 1. Práce posudkových lékařek a lékařů je náročná nejen z důvodu ovládnutí potřebných znalostí ze všech medicínských oborů a znalostí právních předpisů z oblasti sociálního zabezpečení, ale zejména z důvodu odborné veřejnosti dobře známé konfliktnosti jednání s klienty. Rovněž opakující se organizační změny v lékařské posudkové službě nepřispívají k pocitu pracovní konformity. Současně značné zastoupení lékařů a lékařek ve středním a vyšším věku musíme považovat za faktor, který obecně nepodporuje flexibilitu a přizpůsobování se změnám. Průměrný věk posudkových lékařů dosahuje téměř 60 let. Tabulka č. 2. Opětovné sloučení lékařské posudkové služby na první instanci odstartovalo běh k cíli – definitivního organizačního uspořádání LPS. Uskutečněná změna byla již v době přípravy považována za dočasnou. Cílem je především dosažení vyšší nezávislosti LPS na rozhodovacím procesu a potřeba systémového řešení organizace posuzování občanů pro účely systémů sociální ochrany a zaměstnanosti, sjednocení orgánů posudkové služby a jejich organizování v samostatnou lékařskou posudkovou službu vyplývá i z historických zkušeností s vývojem samostatného lékařského oboru posudkové lékařství. Proto doporučeným řešením představujícím završení celého procesu transformace lékařské posudkové služby je ustavení nezávislého posudkového orgánu. Pro posudkové lékařky a lékaře se práce v prostředí probíhajícími neustálými organizačními změnami může jevit jako značně vyčerpávající, což z hlediska pracoviště můžeme zařadit jako faktor podmiňující potenciální ohrožení syndromem vyhoření.

Burnout syndrom

Stres a jeho působení na posudkového lékaře lze poznat pouze na základě individuálního přístupu ke každému jedinci. Nadměrná dlouhodobá stresová zátěž daná např. prudkými emočními reakcemi klientů posudkových lékařů či kontinuálními organizačními změnami v uspořádání lékařské posudkové mohou vést po delší době k rozvoji syndromu vyhoření. Pojem burnout (původně v podobě burn-out) byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974. Jako vyhoření bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků (1). Příznaky syndromu vyhoření se projevují na úrovni psychické, fyzické a sociální. Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím, prakticky každý pracovník po určité době má některé jeho projevy (2). Škodlivý vliv psychosociálního stresu zasahuje sice somatickou strukturu, klíč k jeho moderaci se však stále častěji hledá na úrovni osobnosti. Byla popsána řada charakteristik, u kterých se předpokládá, že mohou mírnit nebo facilitovat škodlivý účinek stresu na člověka. Důležitou otázkou je, které osobnostní charakteristiky predisponují k vyhaslosti, které činí člověka náchylným ke vzniku a manifestaci tohoto syndromu. Osoby náchylné k vyhaslosti byly charakterizovány: empatií, senzitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými (3). Významné rozdíly mezi pohlavími však nebyly v literatuře popsány. Šeblová, Kebza a Vingerová ve studii provedené u pracovníků záchranných služeb

(2007) nenalezly významný vliv pohlaví a stavu při zjišťování přítomnosti syndromu vyhoření u pracovníků záchranných služeb. Ze studie vyplynulo, že hrozí riziko rozvoje syndromu vyhoření zejména při delší době praxe na záchranné službě (4). Nebylo by však prospěšné jak uvádí J. Masopust (2003) podlehnout trendu medicinalizace a pracovníky trpící syndromem vyhoření nebo v riziku ohrožení vzniku syndromu vyhoření považovat za nemocné. Za „vyhořelé“ by také neměli být považováni lidé neschopní kvalitně vykonávat svou práci a nebo lidé nezodpovědní a neochotní. Také nesmíme zapomínat, že ne každý je osobnostně disponován k výkonu náročného povolání s cílem pomáhat druhým (5).

Metoda

Výzkumné šetření „Syndrom vyhoření u lékařů LPS, jeho příčiny a řešení“ bylo realizováno ve dvou fázích a respektovalo poměrné zastoupení respondentů dle místa působiště, tzn. Česká správa sociálního zabezpečení, úřady práce a posudkové komise MPSV. V úvodní etapě projektu proběhly hloubkové rozhovory s 8 lékaři lékařské posudkové služby. V kvalitativní části výzkumu byla využita metoda individuálních hloubkových rozhovorů (in-depth interviews). Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí telefonického dotazování (CATI). Telefonní rozhovor s posudkovým lékařem v průměru trval 21,5 minuty. Data byla zpracována a vyhodnocena statistickým softwarem SPSS. Ke zjištění přítomnosti příznaků syndromu vyhoření v rovině sociální, emocionální, rozumové a tělesné jsme použili inventář Tošnerových (6). Ještě před vlastním zahájením telefonického šetření byl všem posudkovým lékařům v České republice zaslán motivační dopis s žádostí o účast na výzkumu a s vysvětlujícími informacemi o projektu. Kvalitativní šetření bylo provedeno na vzorku 353 respondentů – posudkových lékařů. Metodika zpracování výzkumu odpovídá standardům sdružení SIMAR a ESOMAR. Sociodemografickou strukturu kvantitativního souboru uvádí tabulka č. 3 (7).

Výsledky

Obraz syndromu vyhoření nalzáme v kognitivní, emocionální a sociální rovině a v tělesných příznacích. Proto byl použit k vyhodnocení stupně ohrožení jednotlivých posudkových lékařů tzv. inventář Tošnerových. V rámci vyhodnocení je možné stanovit stupeň ohrožení syndromem vyhoření, a to jednak komplexně a jednak ve čtyřech dimenzích – v sociální rovině, rozumové rovině, tělesné rovině a emocionální rovině. Jak vyplývá z výsledků šetření, u 83 % posudkových lékařů byl zjištěn nízký popř. žádný stupeň celkového ohrožení syndromem vyhoření. Střední stupeň ohrožení byl vyhodnocen u 17 % respondentů. V rámci jednotlivých rovin se na celkovém stupni ohrožení syndromem vyhoření podílí nejvíce tělesná a emocionální rovina. Střední a vyšší stupeň ohrožení byl v obou rovinách zjištěn u 35 % lékařů. Zatímco v tělesné rovině lékaři především deklarují napjatost, fyzické vyždímání a poruchy spánku, v emocionální rovině dominuje ztráta radosti z práce, vnitřní neklid a pocit nedocenenosti. Naproti tomu v sociální rovině lékaři syndromem vyhoření ohrožení téměř nejsou. Střední a vyšší stupeň ohrožení byl zjištěn u 6 % lékařů. Sociodemografické rozdíly v emocionální a tělesné rovině uvádí tabulka č. 4.

Použitý test se pojímal jako orientační zjištění, kdy vyšší hodnoty napovídají, které složce osobnosti se více věnovat. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny mezi ženami a muži. Souhrnně ve všech zkoumaných rovinách trpí ženy výrazně častěji syndromem vyhoření než muži. Ze 17 % (61 lékařů) u nichž bylo zjištěno ohrožení vznikem syndromu vyhoření představovaly ženy 70 % (43 lékařek) a muži 30 % (18 lékařů). Rovněž v rámci jednotlivých rovin byly zaznamenány významnější odlišnosti mezi ženami a muži, a to v emocionální a tělesné rovině. Ženy jsou ve 39 %

ohroženy středním stupněm vzniku syndromem vyhoření z hlediska tělesné roviny, muži pouze ve 22 %. V případě emocionální roviny jsou rozdíly o něco menší. Lékařky jsou ve 35 % ohroženy středním stupněm vzniku syndromu vyhoření z hlediska emocionální roviny, muži pouze ve 29 %.

Diskuse a hodnocení výsledků

Z výzkumu vyplynulo, že středním stupněm ohrožení syndromem vyhoření dle inventáře Tošnerových trpí pouze 61 lékařů z celkového počtu 353 lékařů, ale byly zjištěny významné rozdíly mezi lékařkami a lékaři. Neboť výrazně častěji v 70 % trpí rizikem středního stupněm ohrožení syndromem vyhoření ženy, zatímco muži pouze ve 30 %. Z výsledků šetření můžeme dovést, že posudkoví lékaři probíhající reorganizace lékařské posudkové služby vnímají jako ohrožení pracovních jistot, ale v provedeném orientačním zjištění vzniku ohrožení syndromem vyhoření se jejich obavy neodrazilily ve zjištěném procentu míry ohrožení. Jako jeden z hlavních stresogenních faktorů profese posudkového lékaře uváděli respondenti – muži i ženy – současný objem práce, tj. počet posudků, které musí lékař vyřešit. V rámci jednotlivých rovin inventáře se na celkovém stupni ohrožení syndromem vyhoření podílí nejvíce tělesná rovina a emocionální rovina a to zejména u žen. V tělesné rovině lékařky a lékaři udávali především napjatost, fyzické vyždímání a poruchy spánku. V emocionální rovině zmiňovali respondenti nejčastěji ztrátu radosti z práce, vnitřní neklid a pocit nedocenění. V emocionální rovině jsou největší rozdíly mezi ženami a muži v prožívání pocitu ustrašenosti, sklíčenosti a bezmocnosti při řešení konfliktů. Lékařky trpí pocitu ustrašenosti v 8 %, lékaři v 5 %. Pocit sklíčenosti udávali ženy ve 30 %, zatímco muži pouze 17 % a při i konfliktních situacích na pracovišti se cítí ženy bezmocné ve 30 % a muži ve 21 %. V tělesné rovině jsou největší generové rozdíly v nemocnosti a bolestech hlavy. Lékařky jsou častěji nemocné (11 %) proti lékařům (4 %) a ženy rovněž častěji trpí bolestmi hlavy 39 % oproti mužům (17 %). Souhrnně lze říci, že syndrom vyhoření je spojen s emočně náročnými vztahy s příjemci péče – klienty, ale zároveň i se spolupracovníky a nadřízenými. Dostupná literatura neuvádí kvantitativní rozdíly mezi ženami a muži při vzniku ohrožení syndromem vyhoření. Zjištěné výsledky šetření však toto tvrzení popírají, neboť prokázaly statisticky významné větší ohrožení posudkových lékařek než posudkových lékařů. Rozdíly byla nalezeny v rámci jednotlivých rovin, přičemž však pouze rozdíly v tělesné rovině byly statisticky významné.

Závěr

Ohrožení syndromem vyhoření u posudkových lékařů nemůžeme považovat dle zjištěných výsledků za alarmující, neboť střední stupeň ohrožení dle inventáře Tošnerových byl zjištěn pouze u necelé pětiny tázaných. Lze proto z výsledků šetření hypoteticky dovést, že stávající ani chystané organizační změny nebudou pro posudkové lékaře představovat nevladatelnou psychickou zátěž. Více trpí vznikem ohrožení syndromem vyhoření posudkové lékařky než posudkoví lékaři. Rozdíly mezi ženami a muži byly shledány jako statisticky významné, a to v tělesné rovině. Proto větší pozornost doporučujeme věnovat personální práci se ženami.

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými aspekty prováděného úkonu. Intervence na straně organizace může proto spočívat ve vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád (3). Za důležitá preventivní opatření vzniku ohrožení syndromem vyhoření posudkových lékařů považujeme zlepšení

technického a hygienického vybavení pracovišť, včetně podpory IT, průběžné vzdělávání nejen v oboru samém, ale i v komunikaci a asertivním jednání, implementaci supervize, zavedení kariérního řádu. Dále snížení administrativní zátěže lékařů zkrácením řízení, zamezením podávání žádostí o posouzení tzv. „na zkoušku“ a bez potřebných podkladů. Za společný faktor všech opatření považujeme motivaci. Nejde však vždy o „objektivní“ selhání, které vede k vyhoření, je to spíše pocit, že ať člověk dělá cokoli, nemá to velkou cenu. Existují studie prokazující, že právě nedostatek ocenění hraje důležitou roli při vzniku syndromu vyhoření (8). Posudkoví lékaři pocit osobního profesního nedocenění a odbornou a laickou veřejností vyjadřované nízké ocenění prestiže celého oboru udávají jako jeden z hlavních faktorů nespokojenosti se svou profesí. Změnit vnímání činnosti lékařské posudkové služby však mohou především sami posudkoví lékaři a posudkové lékařky.

Použitá literatura:

1. Kebza V., Šolcová I.: Syndrom vyhoření, SZÚ, Praha, 2. vyd. 2003, s. 23
2. Matoušek O.: Metody a řízení sociální práce, Portál, 2003, s. 358
3. Kebza V., Šolcová I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti, ČS Psychologie, 1998, XLII, č. 5, s. 429–448
4. Šeblová J., Kebza V., Vignerová J.: Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice, ČS Psychologie, 2007, LI, č. 4, s. 404–416
5. Masopust J.: Syndrom profesionálního vyhoření, Practicus, 2, č. 10, s. 16–17
6. Tošner J, Tošnerová T.: Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzů. [online] Praha, Hestia, 2002. [cit. 2009-08-04]
Dostupné na: <http://www.hest.cz/ruzne/burn-out.doc>
7. Závěrečná zpráva dotazníkového šetření „Syndrom vyhoření u lékařů LPS, jeho příčiny a řešení“ provedeného společností Faktum Invenio pro MPSV, 2008
8. Libigerová E.: Syndrom profesionálního vyhoření, Praktický lékař, 1999, 79, č. 4, s. 186–190.

Tabulka č. 1: Genderová struktura posudkových lékařů k 31. 12. 2008

	ČSSZ	ÚP	MPSV	Celkem	Celkem %
Muži	128	96	16	240	43
Ženy	225	64	29	318	57
Celkem	353	160	45	558	100

Tabulka č. 2: Věková struktura posudkových lékařů k 31. 12. 2008

Věk	ČSSZ	ÚP	MPSV	Celkem
30 – 40	16	7		23
40 – 50	43	26	6	75
50 – 60	138	57	21	216
60 – 70	116	61	15	192
Nad 70	40	9	3	52
Celkem	353	160	45	558

Tabulka č. 3: Struktura kvantitativního souboru posudkových lékařů

		Celkem	
		N	%
Celkem		353	100,0 %
Pohlaví respondenta	Muž	134	38,0 %
	Žena	219	62,0 %
Věk	Do 49 let	49	13,9 %
	50 – 59 let	136	38,5 %
	60 let a více	166	47,0 %
	Neuvedl	2	0,6 %
Počet let v oboru	Do 9 let	148	41,9 %
	10 – 19 let	125	35,4 %
	20 a více let	80	22,7 %
Zaměstnavatel	ČSSZ	254	72,0 %
	MPSV	34	9,6 %
	Úřad práce	65	18,4 %

Tabulka č. 4 Sociodemografické odlišnosti v emocionální a tělesné rovině

		Celkem		Emocionální rovina			Tělesná rovina		
		N	Ř. %	Žádný, nízký stupeň ohrožení	Střední stupeň ohrožení	Vyšší, velmi vysoký stupeň ohrožení	Žádný, nízký stupeň ohrožení	Střední stupeň ohrožení	Vyšší, velmi vysoký stupeň ohrožení
				Sl. %	Sl. %	Sl. %	Sl. %	Sl. %	Sl. %
Celkem		353	100	65	33	2	65	33	2
Pohlaví	Muž	134	38	69	29	2	75	22	3
	Žena	219	62	63	35	2	60	39	1
Věk	Do 49 let	49	14	57	35	8	63	33	4
	50 – 59 let	136	39	56	44		61	37	2
	60 let a více	166	47	76	22	2	70	30	1
	Nevedl/a	2	1	50	50		50	50	

Technologie a systematika lékařského posudku

MUDr. Ivan Mervart, MUDr. Lenka Pátková – referát lékařské posudkové služby
OSSZ Ústí nad Orlicí

Úvod

At' už se bude lékařský posudek pro správné řízení o dávkách sociálního zabezpečení vyvíjet v blízké budoucnosti po právní stránce jakkoli, bude vždy odborně jedinečným, funkčně interpretačním lékařským nálezem. Jeho význam pro komplexní funkční posouzení stupně a závažnosti zdravotního handicapu v aktuálním legislativním kontextu našeho státu je nenahraditelný. Debata o pracovních postupech, které zvyšují kvalitu lékařského posudku, je proto součástí naší práce.

Technologie posudku

Slovo technologie označuje metodu. Metodu zpracování suroviny nebo polotovaru na konečný produkt. Technicky pomáhá posudkovým lékařům při zpracování polotovaru, to jest dílčích odborných lékařských nálezů, počítačový program Posudky. V dalším textu ohledáme prostor, který nám tento program nabízí pro zlepšování formy i obsahu posudku. Promyšlená forma a systematicky strukturovaná posudková lékařská data určují kvalitu lékařského posudku a vyžadují kritickou pozornost lékařů všech stupňů lékařské posudkové služby včetně lékařů referátů lékařské posudkové služby.

Systematika posudku

Slovo systematika značí nauku o uspořádání a třídění věcí a pojmů podle principů určité soustavy nebo systému. Jde o záměrný, promyšlený, uspořádaný postup, o způsob uspořádání věcí, faktů, myšlení. Ten má v každém oboru svůj vývoj. Promyšlenější uspořádání klinických, funkčních, posudkových dat a přehledná struktura posudku může pomoci posudkovým lékařům méně pečlivým i příliš pečlivým. Méně pečlivé může vést k tomu, aby zjistili a uvedli všechny potřebné údaje funkční, časové a diagnózu zdůvodňující. Příliš pečlivé může vést k odlehčení posudku od balastu údajů posudkově nevýznamných. Možností je jistě více, o jedné z nich uvažujeme v dalším textu. Uvidíme, jak takový postup může zjednodušit, textově zkrátit a zvýraznit smysl posudku i bez formálních úprav programu Posudky. Stručný a srozumitelný posudek bez žargonu, bez zkratek, bez nadbytečných slov je nejlepším základem pro všechna další jednání a rozhodování ve státní a sociální správě, pro překlad v rámci Evropské unie, hlavně však pro racionální využití všech klinických dat.

Zjevné i skryté možnosti posudku

Denně jsme svědky debat o nevhodném zacházení s penězi ve zdravotnictví. Kritici uvádějí sporné nakupování drahých přístrojů, ceny léků, nadužívání léků, neracionální vyšetřovací postupy, počet nemocnic a nemocničních lůžek. Daleko větší škody však působí nedostatečné a nekvalitní předávání a sdílení klinických informací mezi lékaři nejen různých oborů, ale i uvnitř jednoho oboru. Přitom jde o data získaná s velkými časovými a finančními náklady. Medicína je založena na informacích, hospodaří ale s informacemi neuvěřitelně nedbale. Vytvoření finančních rezerv ve zdravotnictví je tak, jak to bývá, do značné míry v rukou těch, kteří si nejvíc stěžují na nízký rozpočet.

Posudkové lékařství je lékařským oborem, jehož pracovní postupy jsou přímo založeny na hospodárném nakládání s informacemi. Převádí statické diagnózy do funkčně dynamické podoby, úzce odbornický žargon do mezioborově srozumitelné řeči, je schopné ukazovat souvislosti fragmentovaných lékařských dat a je proto schopno přispět k úspornější a účinnější lékařské péči.

Program Posudky, Karta jednání

Projděme postupně záložky a pole karty jednání a hovořme o možnostech, jak v nich uvádět všechna důležitá data co nejvýrazněji a nejúsporněji.

Karta jednání, záložka Záznam, Rodinná a osobní anamnéza, nynější onemocnění

Rodinná anamneza je součástí každého lékařského nálezu. Její posudkový význam je ale nevelký a mizí při posuzování zdravotního stavu starých lidí pro účely sociálních služeb a sociální péče (pomoci). Zápis může být minimalistický se zachováním celé jeho výpovědní hodnoty: otec +78 srdeční infarkt, diabetes mellitus, matka +72 iktus, hypertenzní nemoc. Slova jako: sestra zdráva, matka měla nemoc kloubů, jsou zbytečné úhozy do klávesnice.

Osobní anamnéza a Nynější onemocnění jsou dvě místa, kde už můžeme zformulovat všechny posudkově závažné diagnózy tak, abychom je mohli pomocí oblíbených funkcí Ctrl C a Ctrl V přenést na všechna další místa, kde je potřebujeme. Už zde se tedy může odehrát první ze dvou intelektově náročných prací na posudku. Už zde můžeme seřadit zdravotní poruchy podle jejich závažnosti, uvést jejich časové a funkční rozměry, kondenzovat klinická data do výstižné a obecně srozumitelné zkratky. Příklad:

Osobní anamnéza: Primární hypertenzní nemoc I.s tupně, od 1999, léčená, kompenzovaná. Obezita BMI 36. Gonartóza oboustranná, dle ortopedického a rtg vyšetření 9/2009: počínající I.–II.stupně, bez omezení rozsahu kloubních pohybů.

Nynější onemocnění: Diabetes mellitus II. typu, od 1995, dieta a perorální antidiabetika, dle neurologického a EMG vyšetření 6/2009: diabetická smíšená polyneuropatie dolních končetin středně těžká.

Příklady ukazují, že nozologický název nemoci má smysl jen tehdy, je-li konkretizován rokem manifestace poruchy (*ischemická choroba srdeční manifestní srdečním infarktem 6/2005*), zdůvodňujícími vyšetřeními (*koronární angiografie, přímá koronární angioplastika a stent dvou koronárních tepen 6/2005*), datem a funkčním nálezem při kontrolních vyšetřeních (*dle kardiologického vyšetření 5/2010: bez angíny, bez dysrytmie, funkčně NYHA I–II.*). Časově a funkčně definovaná diagnóza tedy obsahuje v jednoduché podobě klíčové momenty, dokládající vznik, průběh a závažnost funkční poruchy. Erudice posudkového lékaře se nejlépe projeví rozpoznáním, pojmenováním a zvýrazněním klíčových prvků diagnózy. Jednoduchost spočívá i v zápise v prvním pádu, bez zbytečných spojek, přídatných jmen a sloves, časově a prostorově co nejúsporněji. Každé písmeno navíc snižuje specifickou váhu medicínské informace a je ztrátou pracovního času vysoce kvalifikovaného lékaře.

Komentář ke Kartě jednání, záložka Záznam, Osobní anamnéza, nynější onemocnění

Hutné a výstižné pojmenování funkčních zdravotních poruch, posudkově významných diagnóz řešíme každý po svém. Statická jednoslovná diagnóza (*ischemická choroba dolních končetin, coxartroza*) je dnes použitelná jen pro statistické účely. Je to abstrakce, neříká nic o stupni postižení konkrétního člověka. Je nepoužitelná v konkrétní zdravotnické a posudkové dokumentaci, je komunikačním chováním non lege artis.

Každá nemoc má své zdůvodnění: jakými vyšetřeními byla zjištěna, o co je diagnóza opřena. Má své časové parametry: kdy se projevila, kdy a jak se komplikovala, jaký je výsledek léčby, jak se projevuje nyní. Má svou dynamiku: vzestupnou, sestupnou, stacionární, může být v remisi bez funkčního omezení. Má své funkční parametry: jak se nyní funkčně projevuje, jak nemocného člověka omezuje. Bez těchto údajů je uvedení diagnózy medicínsky a tedy i posudkově bezcenné.

Posudkový lékař má dvě možnosti: kompilací neúplných údajů odhadnout stupeň funkčního omezení nebo si vyžádat za úplatu doplňující odborná vyšetření, dostatečně objektivizující funkční poruchu. To je nutné u kontrol invalidit. Co ale u posudku pro stupeň závislosti pro lidi staré, špatně pohyblivé, z dalších vyšetření profitujících dávkově, ne diagnosticky léčebně? A přitom právě tam jsou nejčastější diagnózy typu: *coxartroza, gonatroza, chůze o dvou francouzských holích. Nebo: demence, zapomíná, časová desorientace* (v překladu: nepamatuje si datum). Často nenajdeme ani pokus o objektivizaci uvedené choroby, například vlastním vyšetřením rozsahu kloubních pohybů či uvedením jednoduchého MMSE (Minimal Mental State Examination). Pokud bychom jménem ČSSZ měli požadovat a honorovat všechna ortopedická, neurologická, rentgenová, psychiatrická a psychologická vyšetření, která by dostatečně objektivizovala dokumentačně odbyté důvody žádostí o posudek pro stupeň závislosti či mimořádné výhody, značně zatížíme kapacitu odborných ambulancí i rozpočet ČSSZ.

Víme, že posudkový lékař má vracet lékařské nálezy s jednoslovnými diagnózami a žádat, aby ošetřující lékař odpovědněji, zejména svým vyšetřením, prezentoval nároky svého registrovaného klienta na sociální dávku. Současně by ale měla ČSSZ stanovit taková smluvní pravidla, aby ošetřující lékař bez dalších komplikací a reklamací poskytoval za smluvní honorář informace v dohodnutém rozsahu a včas.

U vedlejších diagnóz nám někdy nezbyvá než uvést v osobní anamnéze a v diagnostickém souhrnu nedostatečně doloženou funkční poruchu a nemoc. Jednou z možností, jak informaci označit jako nekvalitní, je například tento zápis: *Anamnesticky vředová nemoc gastroduodenální, bez dalších údajů*. I posudkové lékařství může mít svá domluvená znamení, třeba formulaci „bez dalších údajů“, aby decentně vyjádřilo svůj názor na hodnotu některých klinických dat.

Karta jednání, záložka Záznam, subjektivní obtíže

Jednou z možností je zápis subjektivních obtíží při jednání. Vznik celého zápisu přímo při jednání se při dnešním poměru počtu posudkových lékařů a počtu žádostí o posudek stal časově neúnosným. Také význam vlastního vyšetření klienta posudkovým lékařem při jednání a zápis o jeho výsledku je stále menší. Stále významnější je naopak funkčně interpretační práce s lékařskými nálezy, získávanými stále složitějšími a důmyslnějšími vyšetřovacími postupy. Proto na tomto místě nejčastěji citujeme klientovy subjektivní obtíže, uvedené v nálezu praktického lékaře. Srovnáme-li je s obtížemi, které klient v stejné době uvedl kardiologovi, neurochirurgovi, rozdílly mohou být značné. Příčinou bývá nepříjemná angažovanost praktických lékařů na straně klienta. Popis subjektivních ob-

tížích je tak často závislý na místě zápisu a na osobě zapisovatele. Je proto lépe uvádět subjektivní obtíže až v citaci konkrétních lékařských nálezů, se jménem lékaře.

Příklad: *Praktický lékař MUDr. Novák, 22. 11. 2010: Subjektivně: dušnost, slabost, únavnost. Kardiolog MUDr. Srdíčko, 4. 10. 2010: Subjektivně: zadýchání při rychlejší chůzi a větší námaze, bez bolesti na hrudi, bez bušení srdce.* Uvedeme-li různý popis subjektivních údajů v nálezu příslušných lékařů, v poli *Subjektivní obtíže* stačí odkaz: Viz lékařské nálezy.

Karta jednání, záložka Záznam, současná léčba

Firemní názvy léků se mění tak rychle, že opisovat jejich seznam z lékařských nálezů nemá smysl. Jejich informační hodnota je nízká. Dialyzovaný pacient může mít třicet různých léčebných přípravků. Jednou z možností, jak doložit posouzení podílu farmakoterapie a jejích vedlejších účinků na klientův zdravotní stav, je uvést lék jeho generickým názvem nebo názvem indikační skupiny, do níž patří: antidepresiva, diuretika, betablokátory, antiarytmika, kortizonoidy, cytostatika, biologická léčba. Protože pracujeme s údaji ze všech lékařských oborů, je nezbytné, abychom měli přístup k aktualizované databázi léčebných přípravků, ať v papírové či počítačové formě a mohli kdykoli zjistit generický název léku a jeho indikační skupinu. Opisovat neznámá jména neznámých preparátů s neznámými vedlejšími účinky do předepsané kolonky posudkový smysl nemá.

Karta jednání, záložka Zhodnocení

Při vypracování posudku bylo vycházeno: jakmile překonáme gramatickou krkolomnost názvu tohoto pole, uvádíme dle platné metodiky odbornost, jméno lékaře a datum vyšetření, většinou v časovém pořadí. Příklad: *Praktický lékař MUDr. Novák 12. 12. 2010, revmatolog MUDr. Koleno 22. 8. 2010, neuroložka MUDr. Nováková 2. 9. 2010.* U hospitalizačních zpráv je lékařem odpovědným za znění zprávy primář oddělení, stačí tedy jeho odbornost, jméno a data hospitalizace. Příklad: *ortoped primář MUDr. Novák 1. 7.–20. 7. 2010.* Jméno lékaře odpovědného za znění nálezů a datum vyšetření můžeme pak úsporně kopírovat jako název lékařského nálezů v poli pod *Diagnostickým souhrnem*. Když v seznamu lékařských nálezů uvedeme jménem lékaře a datem vyšetření všechny lékařské nálezy přiložené k žádosti, dáváme tím jasně najevo, že jsme je vzali na vědomí, i když je dále necitujeme, protože nejsou posudkově významné. Do seznamu lékařských nálezů patří i jméno sociální pracovnice s datem sociálního šetření a datum profesního dotazníku. Připouštíme i možnost jiného postupu. V úvodu k Vyhláše č. 359/2009 Sb. v paragrafu 7, náležitosti posudku o invaliditě, je uvedeno, že posudek obsahuje d): *výčet rozhodujících podkladů o zdravotním stavu pojištěnce, z nichž orgán sociálního zabezpečení vycházel při posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce.* Uvede-li tedy posudkový lékař v seznamu lékařských nálezů jen nálezy posudkově rozhodující a neuvede nálezy, z nichž při posouzení nevycházel, má oporu v platném právním předpisu.

Diagnostický souhrn: je hotov, protože jsme posudkově rozhodující diagnózu, tedy rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, zformulovali v Záznamu, pole *Nynější onemocnění*, a další posudkově významné diagnózy v poli *Osobní anamnéza*. Stačí je přenést. Vzniká tak faktická duplicita polí, které můžeme úsporně obsloužit identickým textem.

Pole Psychický stav a duševní schopnosti – až Páteř, hrudník, pánev: těchto čtrnáct polí pro nálezy na jednotlivých tělesných systémech, smyslech a na pohybovém aparátu představuje největší problém. Lékařský náález je medicínsky i právně platný jen tehdy, je-li jasně určen jménem lékaře, odpo-

vědného za znění nálezu, za jeho interpretaci, úplnost, neúplnost, a je-li určen datem vyšetření. Pokud zapíšeme do uvedených čtrnácti polí útržky lékařských nálezů bez uvedení jejich autora a data vzniku, vytváříme zápis nezjistitelného původu a další účastníky správného jednání zbavujeme možnosti určit, kontrolovat a porovnávat posudkově rozhodující údaje. Anonymní bezčasové fragmenty lékařských nálezů také snadněji „přejdou“ do dalších posudků.

V posudku z jiného regionu jsme se setkali s kompromisním způsobem zápisu. Kolegové zapisují kardiologův nálezu se jménem lékaře a datem vyšetření do pole *Kardiiovaskulární systém*, ortopedův nálezu se jménem lékaře a s datem vyšetření do pole *Pohyblivost dolních končetin* a neurologův nálezu se jménem lékaře a s datem vyšetření do pole *Páteř, hrudník pánev*. K přehlednosti a k logice zápisu to věru nepřispívá. Posudkovou závažnost určující a přehledný způsob je například ten, kdy zapíšeme do prvního pole *Psychický stav a duševní schopnosti* krátký výpis funkčně a posudkově významných údajů z lékařského nálezu praktického lékaře a pak z lékařských nálezů těch lékařů, kteří se vyjadřují k funkčním poruchám a diagnózám, ovlivňujícím významně klientův zdravotní stav. Příklad:

Praktický lékař MUDr. Novák 1. 11. 2010: Subjektivně: kruté bolesti páteře do levé nohy, chůze s holemi. Objektivně: viz odborné nálezy. TK 120/80, P 72, výška 170 cm, váha 90 kg.

Neuroložka MUDr. Nováková 21. 9. 2010: Subjektivně: bolesti bederní páteře při delším stání a chůzi, do zevní strany levého stehna. Objektivně: hlava a krk: normální nálezu. Horní končetiny: normální nálezu. Dolní končetiny: areflexie L5-S2 vlevo, Laségue 60 st vlevo, bez svalových atrofí, bez paréz. Páteř: krční a hrudní páteř volná, středně omezené inklinace a anteflexe, Thomayer 40 cm, úplný blok retroflexe, stoj a chůze v normě.

Ani pro tento postup není nutná změna současné podoby programu Posudky.

Karta jednání, záložka Jednání

*Posudkové zhodnocení: polovina je hotova. Jakmile napíšeme: Rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu 52leté ženy, zaměstnáním vyučená tkadlena, od 2006 nezaměstnaná, je..., pomocí Ctrl C, Ctrl přeneseme rozhodující příčinu z pole *Nynější onemocnění*, nebo z prvního místa *Diagnostického souhrnu*. Příklad:*

Rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu 52leté ženy, zaměstnáním vyučená tkadlena, od 2006 nezaměstnaná, je (zde Ctrl, Ctrl V:) chronický vertebrogenní alogický syndrom jednoetážový, obtíže od 1998, CT nálezu 2/2005: hernie disku L5/S1 8 mm, kontakt s kořenem, středně významná foramínostenóza. Dle neurologického vyšetření 3/2005: lumboischialgický syndrom, zánikově iritační kořenová symptomatika L5 vlevo, sakroilická iritace vlevo. Dle neurologického vyšetření 11/2010: recidivující lumboischialgický syndrom, kořenová iritace L5, S1 vlevo.

Za rozhodující příčinou píšeme zdůvodnění posudkového závěru. Je to druhý intelektově náročný úkon, prubířský kámen naší erudice. Při popisu stupně a závažnosti funkční poruchy můžeme s výhodou citovat kritéria, uvedená v platných prováděcích vyhláškách k příslušným zákonům. Zdůvodňujeme tím srozumitelně svou volbu kapitoly, oddílu, procentního rozmezí, stejně jako volbu horní hranice, dolní hranice či středu procentního rozmezí, jejich zvýšení či snížení. Příklad:

Posudkově středně těžká funkční porucha pohybová páteřní, jednoetážová, relativně stacionární, recidivující kořenová symptomatika lumbální, výraznější pohybové omezení, bez svalových atrofí, bez závažnějších paréz, bez poruch sfinkterových, u ženy vyššího středního věku, kvalifikovaného, se zaměstnáními fyzicky středně náročnými, nyní adaptované v původním pracovním zařazení montážní

dělnice v polovičním pracovním úvazku, bez nutnosti rekvalifikace, s průměrným obecně rekvalifikačním potenciálem. Posuzují proto stav středem příslušného procentního rozmezí 30–40 %. Další dvě uvedené diagnózy, hypertenzní nemoc, počínající gonartroza vlevo, nedosahují funkčně posudkové závažnosti. Zdravotní stav tak odpovídá i nadále invaliditě prvního stupně na dobu dalších tří let.

Příklad posudkového zdůvodnění mimořádných výhod:

Jde o těžké zdravotní postižení *končetinové kloubní jednostranné*, které podstatně omezuje pohybové schopnosti. Omezení pohybových schopností spočívá v *důsledcích diagnózy* (zde Ctrl C, Ctrl V:) *coxartroza oboustranná, stav po vrozené luxaci kyčelních kloubů, korekční operace vpravo 1988, pooperační poškození peroneálního nervu. Dle neurologického vyšetření 1/2009: dorzoflexe pravé nohy oslabena, ventroflexe normální. Dle ortopedického vyšetření 10/2009: flexe levé kyčle 80 st, rotace jen kývavé, flexe pravé kyčle 90 st, obě rotace 10 st, coxartroza IIIb.s tupně vlevo, I.–II.stupně vpravo. Dle ortopedického vyšetření 7/2010: zkrat levé dolní končetině 1,5 cm, lehká hypotrofie levého stehna a lýtka, levá kyčel flexe 85 st, vnitřní rotace 15 st, zevní 10 st, pravá kyčel flexe 100 st, obě rotace 20 st, rtg nález: subluxace levé kyčle, artroza III. stupně, osteodysplastické změny levého femuru.*

Posudkově jde o podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny, degenerativní, artrotické. Nejde o podstatné omezení funkce dvou končetin, o závažné poruchy pohybových schopností na úrovni těžkého omezení dvou nosných kloubů o polovinu a více rozsahu kloubních pohybů. Jsou tak naplněna kritéria pro mimořádné výhody prvního stupně, nejsou naplněna kritéria pro mimořádné výhody druhého stupně, uvedená v platném právním předpisu.

Zdůvodnění posudkového zhodnocení se liší podle dávky sociálního zabezpečení. Citujeme důvodová kritéria z různých prováděcích vyhlášek. Neliší se však základní formulace klinických dat, přenosná do posudků všech typů. Máme tak de facto k dispozici korpus jednotného lékařského posudku, použitelný pro jednání o různých druzích sociálních dávek.

Závěr

Filozofovi by k závěru stačila věta, že lékařský posudek má vyjádřit respekt k bližnímu, k vědeckému faktu a k zákonům demokratického státu. Praktik musí navíc shrnout praktické možnosti, jak takový úkol provést důkladně, důsledně a doslovně.

1. Některá pole je možné vyplnit identickým textem, například pole *Osobní anamnéza a Nynější onemocnění, Diagnostický souhrn, Posudkové zhodnocení*. Protože může jít o objemnější odstavce textu, je časová úspora značná. Úvahy o sloučení takových polí při budoucí úpravě programu Posudky jsou zatím teoretické.
2. Fragmentaci lékařských nálezů ve čtrnácti polích *Lékařského nálezu* pod *Diagnostickým souhrnem* bychom měli posoudit teoreticky i prakticky v debatách na našich metodických seminářích. Jednou z alternativ je výpis z posudkově rozhodných lékařských nálezů, doložených jménem odpovědného lékaře a datem vyšetření, uvedený pod Diagnostickým souhrnem. Takový výpis obsahuje více klinických dat než krátká citace lékařského vyšetření přímo v textu dynamické diagnózy.

3. Uvedení hlavních klinických dat pouze v textu rozepsané diagnózy by znamenalo ještě větší kondenzaci klinických dat i větší důraz na jejich expertní posudkovou interpretaci. Posudkový lékař by uvedl funkčně rozhodující klinická data v dynamické formulaci diagnóz tak, aby byl jejich původ a čas vzniku snadno zjištělný. Původní lékařské nálezy, ověřitelné zdroje těchto dat, jsou přece vždy součástí spisu. Posudkový lékař by pak věnoval víc času pečlivé funkční a posudkové interpretaci klinických, pracovních a sociálních dat, i obsáhlejšímu doložení důvodů svého rozhodnutí. Jde však o postup zpracovatelsky náročný.
4. Mezioborový komunikační význam lékařského posudku vyžaduje, abychom neužívali zkratky, žargon, eponyma. Úzce odborná zkratka není nic časově hospodárného. Naopak. Je známkou komunikační nezdvořilosti, nízké komunikační empatie a lhostejnosti k vědecké podstatě medicíny. Snižuje informační hodnotu cenných dat, jejich zařazení do kontextu, snižuje hospodárnost celého zdravotnictví. Posudkový lékař nemůže zjišťovat význam tisíců odbornických zkratk telefonicky u příslušných lékařů. Neumíme si také představit, že by přepisoval do posudku zkratky, jejichž význam netuší. Pomoci nám může přístup k průběžně aktualizovaným informačním počítačovým programům typu Medicine Update a Medicine On Line. Spolu s počítačovým programem typu AISLP (Automatizovaný Informační Systém Léčivých Prostředků) by tyto lékařské informační programy měly patřit k běžným pracovním nástrojům posudkového lékaře.
5. Racionální změny systému sociálního zabezpečení jsou nezbytné. Počítejme s negativní reakcí veřejnosti, klientů, žadatelů, počítejme s nárůstem posudkové agendy, s opakovanými žádostmi, s odvoláními, s námitkami. Pomůžeme všem zúčastněným stranám, když pečlivě zdůvodníme posudkové závěry, podrobně uvedeme důvodová kritéria, ověříme si postup snadno dostupnou metodickou konzultací. Je možné, že v takových situacích nebude práce nekvalifikovaných smluvních lékařů odpovídat požadovaným nárokům.
6. Vývoj technologií jistě povede ke změnám některých problémů průběžně. Například budoucí propojení počítačové databáze zdravotních údajů pacientů (elektronické zdravotní knížky typu IZIP či podobného typu) s počítačovou databází lékařské posudkové služby zásadně usnadní a urychlí posudkovou práci. Dovolí okamžitý přístup ke všem posudkově rozhodujícím lékařským údajům. Odstraní vyžadování lékařských nálezů, korespondenci s milionem položek ročně, někdy až několikaměsíční čekání na lékařský nález, placení lékařských nálezů. Omezí účelovou manipulaci s lékařskými nálezy pro posudkové účely. Jistě budou pokračovat úvahy o budoucích organizačních podobách lékařské posudkové služby. Jistě budou pokračovat změny systému sociálního zabezpečení, věřme, že s přispěním poznatků posudkového lékařství. To ale nic nemění na nutnosti debat o dnešní podobě posudkové práce. Stav, kdy přetížení posudkoví lékaři, často vystavení mediálními kampaním, mají málo času a energie na debaty o vývoji svých pracovních postupů, nemůže být trvalý. Změny ke kvalitnějšímu a hospodárnějšímu provozu mají v sobě tak vysoký finanční potenciál, že se nakonec prosadí.
7. Role čtyř set posudkových lékařů v systému sociálního pojištění a zabezpečení se více než vyrovná roli pěti tisíc praktických lékařů pro dospělé a dvou a půl tisíc praktických lékařů pro děti v systému nemocenského pojištění. Jejich postavení a ocenění se však značně liší. Narovnat tento

stav by pomohlo řešit řadu problémů lékařské posudkové služby. Ke cti oboru nutno říci, že debata o kvalitnější posudkové práci nikdy neustala a neustává ani v obtížných podmínkách. Snad k ní přispěje i tato úvaha o dalších možnostech v technologii a systematice lékařského posudku.

Vybrané statistické údaje z oblasti osob se zdravotním postižením osoba zdravotně znevýhodněná

MUDr. Alena Váňová, MPSV – odbor posudkové služby

Zákon o zaměstnanosti rozlišuje 2 kategorie změn pracovní schopnosti zakládající určité nároky z oblasti sociálního zabezpečení – invaliditu a osobu zdravotně znevýhodněnou. Status osoby zdravotně znevýhodněné nahradil předchozí status změněné pracovní schopnosti, který byl obsažen již v zákoně č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení a v příslušné prováděcí vyhlášce č. 170/1957 Ú.l. státního úřadu sociálního zabezpečení, kterým se stanoví podrobnosti o provádění doplňkové péče, jakož i rozsah a podmínky mimořádných výhod poskytovaných osobám trvale těžce postiženým na zdraví. Další právní úpravy tento status přebíraly a později i definice občana se změněnou pracovní schopností byla ze zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, převzata do zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti. Status osoby zdravotně znevýhodněné tak, jak jej známe dosud, je zakotven v § 67, odst. 2, písm. c) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, podle něhož se za osobu zdravotně znevýhodněnou považuje osoba, která má zachování schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovní začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se v uvedeném případě považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti.

Potřeba zvýšené ochrany fyzické osoby na trhu práce a potřeba podpory jejího zaměstnávání vznikla za určitých celospolečenských podmínek a v prostředí, kdy podíl fyzické práce převažoval ve většině pracovních odvětví zejména pro vysoký podíl průmyslových oborů. V dnešní době, kdy podíl fyzické práce podstatně klesl a většina práce se přenesla z oblasti průmyslu do oblasti služeb, se status osoby zdravotně znevýhodněné jeví jako překonaný.

Počet osob zdravotně znevýhodněných v režimu zákona o zaměstnanosti

Počet osob zdravotně znevýhodněných se v systému zaměstnanosti neeviduje. Na základě dostupných informací lze učinit kvalifikovaný odhad počtu osob zdravotně znevýhodněných na základě počtu osob posouzených lékařskou posudkovou službou úřadů práce, resp. České správy sociálního zabezpečení. Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb. stanovil totiž dva termíny (30. 9. 2007 a 30. 6. 2009), ve kterých bylo nezbytné provést na základě žádosti občana o status osoby zdravotně znevýhodněné nové posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti. Současně se do posudkového systému dostali i ti, kteří o status osoby zdravotně znevýhodněné požádali již dle nové právní úpravy. Kvalifikovaný odhad počtu osob zdravotně znevýhodněných je tedy založen na počtu osob posouzených lékaři posudkové služby v letech 2006–2010. Tyto údaje v jednotlivých letech doplněné počtem uznaných osob zdravotně znevýhodněných jsou uvedeny v následující tabulce 1:

Tabulka č. 1: Počty posouzených a uznaných osob zdravotně znevýhodněných v letech 2006–2010

Rok	Počet posouzených OZZ	Počet uznaných OZZ
2006 (od 1. 7.)	5 251	3 491
2007	20 184	16 106
2008	12 318	9 871
2009	9 337	7 333
2010	10 636	8 458
Celkem	57 726	45 259

Zdroj: LPS ČSSZ, MPSV

Na základě uvedených údajů lze dovodit, že osob zdravotně postižených v kategorii osoba zdravotně znevýhodněná je cca 45 000 s určitou tolerancí, způsobenou přirozeným úbytkem nebo přechodem do invalidního důchodu. Nejvíce posouzených osob v dané kategorii bylo v roce 2007, kdy fyzické osoby požadovaly přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné dle zákona o zaměstnanosti ke lhůtě 30. 9. 2007. Určité zvýšení počtu posuzovaných osob přetrvávalo i roce 2008, kdy byli posuzováni žadatelé z roku 2007.

Nejčastější diagnózy vedoucí k přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné

Pro přehled nejčastějších diagnóz, pro které byl uznán status osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ), byly v každém sledovaném roce vybrány nejčastější skupiny diagnóz (dle MKN 10) s uvedením podílu na celkovém počtu. U těchto 3 skupin pak jsou uvedeny nejčastější diagnózy vedoucí k přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné. Zdrojem statistických údajů je program posudky LPS ČSSZ.

a) rok 2006 – od 1. 7. 2006 (tj. vznik LPS ÚP) do 31. 12. 2006

Celkový počet uznaných OZZ – 3 491

1. nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně – 1 446 (tj. 41,3 %)
 - nejčastější diagnózy – dorzalgie, coxartróza, gonartróza
2. nemoci nervové soustavy – 418 (tj. 12 %)
 - nejčastější diagnózy – epilepsie, DMO, mononeuropatie
3. poruchy duševní a chování – 194 (tj. 5,5 %)
 - nejčastější diagnózy – mentální retardace lehká a anxiózní poruchy

b) rok 2007

Celkový počet uznaných OZZ – 16 106

1. nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně – 6 446 (tj. 40 %)
 - nejčastější diagnózy – dorzalgie, coxartróza, skolióza
2. nemoci nervové soustavy – 1 838 (tj. 11,4 %)
 - nejčastější diagnózy – epilepsie, DMO, mononeuropatie
3. nemoci oka a očních adnex – 1 105 (tj. 6,9 %)
 - nejčastější diagnózy – poruchy refrakce a akomodace, nystagmus, poruchy vidění

c) rok 2008

Celkový počet uznaných OZZ – 9 851

1. nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně – 3 978 (tj. 40,5 %)
 - nejčastější diagnózy – dorzalgie, coxartróza, gonartróza
2. nemoci nervové soustavy – 1 114 (tj. 11,3 %)
 - nejčastější diagnózy – epilepsie, DMO, mononeuropatie
3. nemoci dýchací soustavy – 631 (tj. 6,4 %)
 - nejčastější diagnózy – astma, alergická rýma, chronická obstrukční plicní nemoc

d) rok 2009

Celkový počet uznaných OZZ – 7 333

1. nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně – 3 139 (tj. 43 %)
 - nejčastější diagnózy – dorzalgie, coxartróza, gonartróza
2. nemoci nervové soustavy – 870 (tj. 11,9 %)
 - nejčastější diagnózy – epilepsie, DMO, mononeuropatie
3. poruchy duševní a chování – 425 (tj. 5,8 %)
 - nejčastější diagnózy – mentální retardace lehká a anxiózní poruchy

e) rok 2010

Celkový počet uznaných OZZ – 8 458

1. nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně – 3 768 (tj. 44,3 %)
 - nejčastější diagnózy – dorzalgie, coxartróza, gonartróza
2. nemoci nervové soustavy – 927 (tj. 10,9 %)
 - nejčastější diagnózy – epilepsie, DMO, mononeuropatie
3. poruchy duševní a chování – 483 (tj. 5,7 %)
 - nejčastější diagnózy – mentální retardace lehká a anxiózní poruchy

Z uvedených údajů vyplývá, že v průběhu sledovaných let nejčastější skupinou diagnóz, pro kterou byl přiznán status osoby zdravotně znevýhodněné, jsou nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně (v rozmezí 40–44,3 %) s celkem stabilní skupinou jednotlivých diagnóz – dorzalgie, coxartróza, gonartróza. Druhou nejčastější skupinou diagnóz, pro které byl přiznán status osoby zdravotně znevýhodněné, jsou nemoci nervové soustavy (v rozmezí 10,9–12 %) opět s celkem stabilní skupinou jednotlivých diagnóz – epilepsie, DMO, mononeuropatie. Třetí nejčastější skupinou diagnóz, pro které byl přiznán status osoby zdravotně znevýhodněné, jsou v letech 2006, 2009 a 2010 poruchy duševní a poruchy chování (5,5–5,8 %) s jednotlivými diagnózami – mentální retardace lehká a anxiózní poruchy a poruchy z nadměrného užívání alkoholu. V roce 2007 byly třetí nejčastější skupinou diagnóz, pro které byl přiznán status osoby zdravotně znevýhodněné, nemoci oka a očních adnex (cca 6,9 %) s jednotlivými diagnózami – poruchy refrakce a akomodace, nystagmus, poruchy vidění. V roce 2008 byly třetí nejčastější skupinou diagnóz nemoci dýchací soustavy (cca 6,4 %) s jednotlivými diagnózami – astma, alergická rýma a chronická obstrukční plicní nemoc.

Závěr

V rámci sociální reformy 2011 se navrhuje zrušení kategorie osoby zdravotně znevýhodněné s tím, že dosavadní rozhodnutí o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou budou platit po dobu, na kterou byla vydána, nejdéle však do 3 let od nabytí účinnosti změny zákona o zaměstnanosti. Současně se navrhuje ve větší míře podporovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením, které to skutečně potřebují, tj. osob invalidních.

Díky společenským změnám, které poměrně značně zasáhly do struktury výrobních odvětví a zcela tak změnilo charakter práce, se status osoby zdravotně znevýhodněné jeví jako překonaný. V praxi aplikovaná politika úřadů práce jen potvrzuje, že zaměstnanci se statutem osoby zdravotně znevýhodněné nepotřebují ochranu na trhu práce v dosavadním rozsahu. A i když zdravotní stav těchto osob sice může určitým způsobem ovlivňovat schopnost vykonávat dosavadní povolání, využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, tak ale v porovnání s osobami invalidními nepotřebují zvláštní úpravu pracovních podmínek nebo pracoviště a mohou být bez větších problémů zaměstnávány na otevřeném trhu práce bez podpory státu. Záměrem státu je prostřednictvím úřadu práce podporovat ve větší míře zaměstnávání těch osob se zdravotním postižením, které to skutečně potřebují, tj. osob invalidních.

Zařazení fyzické osoby na danou práci a zhodnocení faktorů pracovního prostředí je povinností lékaře pracovnělékařské péče. Vlastní posuzování zdravotní způsobilosti k práci se provádí při prohlídkách vstupních, pravidelných, mimořádných, výstupních a následných. Například účelem vstupní prohlídky je vyloučit ze zařazení na danou práci zaměstnance, u kterého lze očekávat, že vykonávání této práce by s vysokou pravděpodobností vedlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu, nebo by mohlo způsobit poškození zdraví dalších osob. Periodická prohlídka se provádí za účelem včasného zachytu poškození zdravotního stavu zaměstnance vlivem práce či pracovních podmínek nebo k posouzení možných nově vzniklých kontraindikací k práci. Posouzení zdravotní způsobilosti k práci je tak plně v rukách lékaře závodní preventivní péče a předchozí posouzení zdravotního stavu lékařem posudkové služby pro účely přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné lze považovat za nadbytečné. Zajištění funkční pracovnělékařské péče a vytváření zdravých podmínek pro práci patří mezi základní povinnost zaměstnavatele.

Činnost prvoinstanční lékařské posudkové služby v letech 2005–2010 ve statistických údajích

MUDr. Alena Vaňová, MPSV – odbor posudkové služby

Posudková služba sociálního zabezpečení v České republice působí na úrovni České správy sociálního zabezpečení a Ministerstva práce a sociálních věcí a posuzuje v zákonem stanovených případech zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení. Vliv lékařské posudkové služby rezortu práce a sociálních věcí na výdaje rezortu na dávky je značný a činí více než 100 miliard korun každoročně vyplácených na dávkách ze státního rozpočtu.

Lékařská posudková služba prošla v letech 2006–2010 poměrně významnými změnami. Za největší změny lze považovat rozdělení prvoinstanční posudkové služby v roce 2006 a převedení té části, která posuzovala zdravotní stav pro nepojistné systémy, pod úřady práce. Na základě politického rozhodnutí o vytvoření jednotné rezortní posudkové služby se po tříletém odloučení vrátila zmíněná část lékařské posudkové služby zpět na Českou správu sociálního zabezpečení. Deklarované výhody obou změn byly provázeny i negativním ovlivněním činnosti lékařské posudkové služby, a to jak z hlediska kvantitativního, tak i provozního a personálního. Kvantitativní změny jsou zřejmé při bližším srovnání statistických údajů za sledovaná léta.

Činnost lékařské posudkové služby neovlivňovaly pouze uvedené organizační změny. Neméně důležitým faktorem byly změny legislativní. V souvislosti s účinností zákona o sociálních službách začaly od 1. 1. 2007 úřady práce posuzovat novou posudkovou kategorii – stupeň závislosti. V důsledku nového zákona a značného objemu žádostí o posouzení zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči, došlo k přetížení lékařské posudkové služby úřadů práce v roce 2007. Situace se stabilizovala až koncem roku 2008. První polovina roku 2009 byla již charakterizována změnami vedoucími ke sloučení posudkové služby. Pro pracovníky lékařské posudkové služby úřadů práce to znamenalo řešit další problémy organizačního a provozního charakteru navíc ke své běžné činnosti. V souvislosti se sloučením se vyskytly občasné problémy, ale kritická situace z roku 2007 se již neopakovala. Současný stav lze považovat za plně stabilizovaný v posuzování pro systémy pojistné i nepojistné.

Statistické údaje k činnosti prvoinstanční lékařské posudkové služby v letech 2005–2010

O objemu vykonané práce za období let 2005–2010 dobře vypovídají statistické údaje, které jsou zpracovány dle základních ukazatelů, tj. počet doručených žádostí, zpracovaných posudků, nevyřízených žádostí a nevyřízených žádostí po lhůtě. Uvedené základní ukazatele za sledované roky jsou rozděleny na systémy pojistné a nepojistné. Pro lepší názornost je uvedeno i grafické vyjádření. Zdrojem údajů je program Posudky LPS ČSSZ ke dni 14. 4. 2011.

Tabulka č. 1: Počet doručených žádostí a zpracovaných posudků v letech 2005–2010 celkem a s rozdělením na pojistné a nepojistné systémy

	počet došlých žádostí			počet zpracovaných posudků		
	celkem	pojistné	nepojistné	celkem	pojistné	nepojistné
2005	344 502	162 904	181 598	326 353	158 657	167 696
2006	411 349	176 758	234 591	372 052	161 770	210 282
2007	538 303	187 139	351 164	489 944	184 226	305 718
2008	472 592	189 506	283 086	489 529	182 256	307 273
2009	485 932	205 453	280 479	451 981	188 048	263 633
2010	460 050	190 574	269 476	463 393	181 771	281 622
Celkem	2 712 728	1 112 334	1 600 394	2 593 252	1 056 728	1 536 224

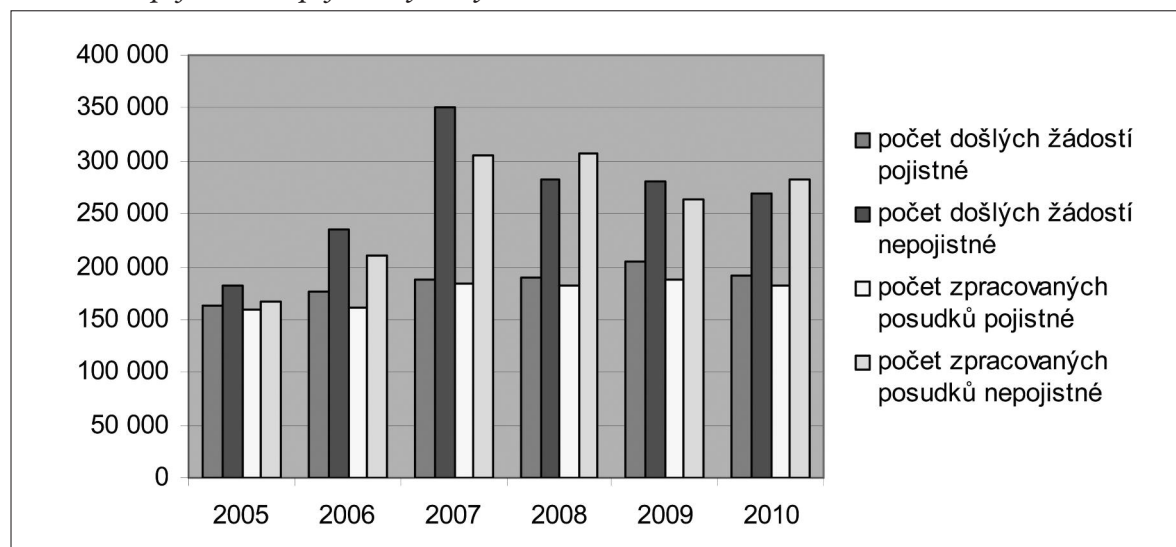
Zdroj: program Posudky LPS ČSSZ

Počet došlých žádostí od roku 2005 postupně stoupá až do roku 2007, kdy dosahuje maximální hodnoty, která je způsobena zejména nárůstem počtu žádostí o posouzení stupně závislosti pro účely příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách. V dalších letech počet došlých žádostí mírně klesá, ale k hodnotám z let 2005 a 2006 se nevrací. Celkem bylo za sledované období šesti let doručeno 2 712 728 žádostí o posouzení zdravotního stavu, z toho 1 112 334 pro pojistné systémy a 1 600 394 žádostí v nepojistných systémech.

Počet zpracovaných posudků od roku 2005 postupně stoupá a maxima dosahuje v letech 2007 a 2008, pak dochází k mírnému poklesu. Opět lze konstatovat, že se k původním hodnotám z let 2005 a 2006 nevrací. Celkem bylo za sledované období šesti let zpracováno 2 593 252 posudků, z toho 1 056 728 pro pojistné systémy a 1 536 224 posudků v nepojistných systémech.

Nárůst počtu došlých žádostí i zpracovaných posudků v pojistných systémech o cca 30 tisíc (patrný z tabulky č. 1) mohl být způsoben zvýšeným počtem kontrolních lékařských prohlídek invalidity (příčiny nebyly zatím ze strany LPS ČSSZ objasněny).

Graf č. 1: Grafické znázornění počtu došlých žádostí a zpracovaných posudků v letech 2005–2010 s rozdělením na pojistné a nepojistné systémy



Zdroj: program Posudky LPS ČSSZ

Tabulka č. 2: Počet nevyřízených případů a nevyřízených případů po lhůtě v letech 2005–2010 celkem a s rozdělením na pojistné a nepojistné systémy

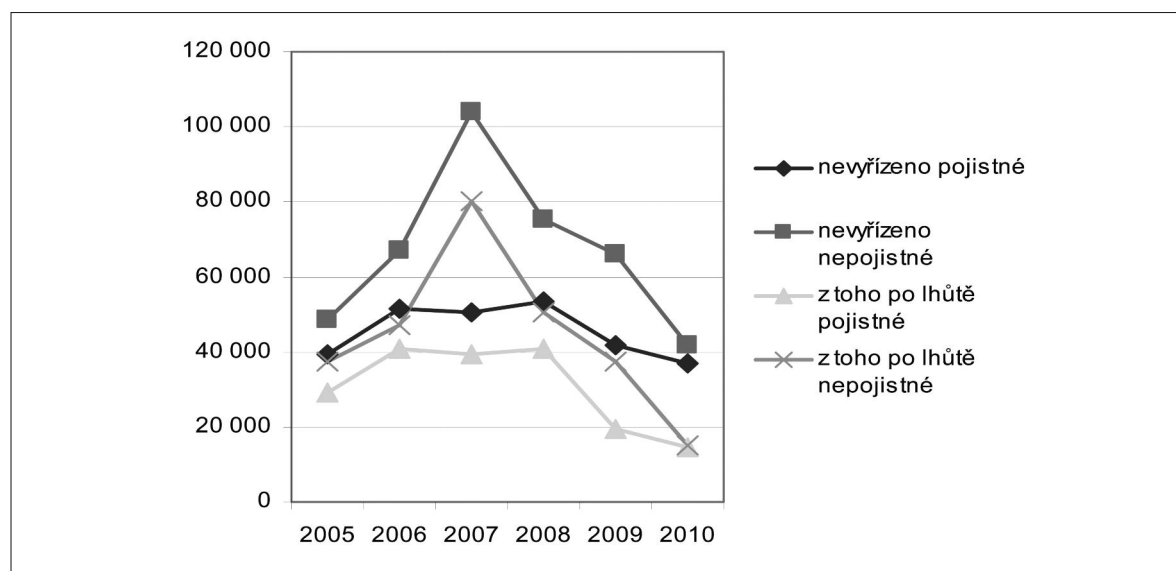
	nevyřízeno žádostí			z toho po lhůtě		
	celkem	pojistné	nepojistné	celkem	pojistné	nepojistné
2005	88 225	39 459	48 766	66 219	28 949	37 270
2006	118 688	51 503	67 185	88 017	40 801	47 216
2007	154 874	50 707	104 167	119 367	39 208	80 159
2008	128 390	53 327	75 063	91 270	40 924	50 346
2009	108 117	41 866	66 251	56 798	19 286	37 512
2010	78 727	36 883	41 844	29 604	14 571	15 033

Zdroj: program Posudky LPS ČSSZ

Počet nevyřízených žádostí obsahuje všechny nevyřízené žádosti zadané do systému, tedy ty, které se vyřizují v řádné lhůtě a ty, které jsou nevyřízené ve lhůtě stanovené zákonem. Počet nevyřízených žádostí souvisí s celkovým počtem doručených žádostí o posouzení zdravotního stavu, má proto i stejný charakter a je závislý na dynamice práce lékařské posudkové služby. Maximum nevyřízených žádostí lze zaznamenat v roce 2007, pak jejich počet klesá až k hodnotě, která je nižší než v roce 2005.

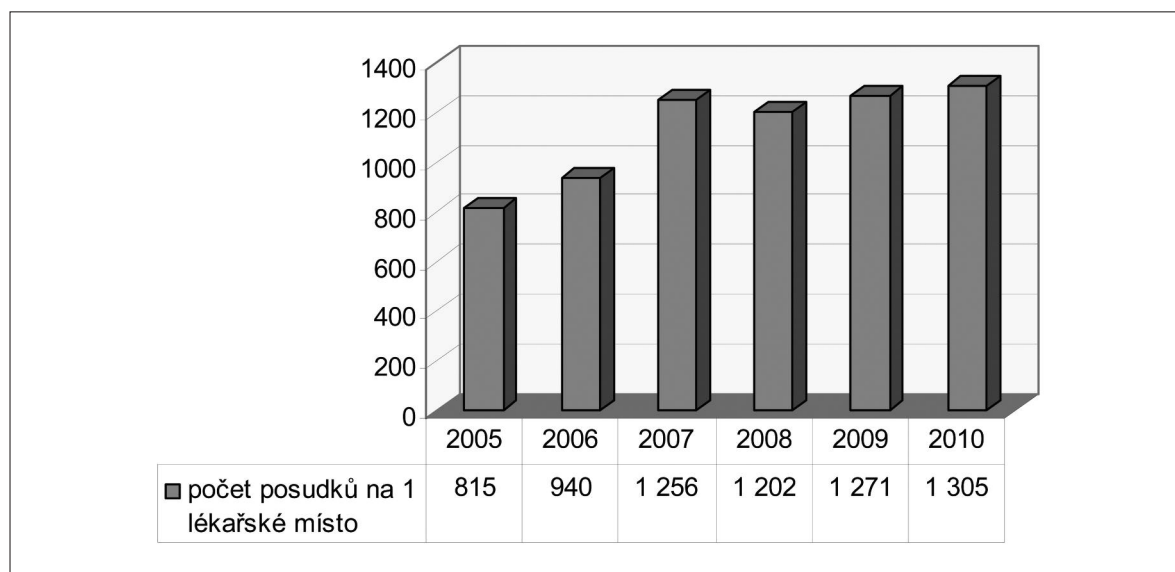
Počet nevyřízených žádostí po lhůtě lze považovat za nejvýznamnější ukazatel z hlediska možných problémů ve vztahu k činnosti lékařské posudkové služby. Maximum nevyřízených žádostí po lhůtě lze zaznamenat v roce 2007, pak jejich počet klesá až k hodnotě, která je nižší než v roce 2005. To svědčí o stabilizaci systému a vypořádání se s nepříznivou situací z let 2007 a 2008.

Graf č. 2: Grafické znázornění počtu nevyřízených žádostí a nevyřízených žádostí po lhůtě s rozdělením na pojistné a nepojistné systémy



Zdroj: program Posudky LPS ČSSZ.

Graf č. 3: Počet posudků na 1 lékařské místo za rok v letech 2005–2010



Zdroj: MPSV, LPS ČSSZ

Na základě uvedených údajů lze konstatovat, že počet posudků zpracovaný jedním lékařem od roku 2005 do roku 2010 neustále stoupá v závislosti na počtu doručených žádostí o posouzení zdravotního stavu. Současně lze také konstatovat, že kapacita lékařů je prakticky vyčerpána a počet posudků zpracovaných jedním lékařem již nelze zvyšovat bez zásadních změn způsobu práce posudkové služby.

Závěr

Činnost lékařské posudkové služby byla v posledních letech ovlivněna řadou změn organizačního a legislativního charakteru. Ve snaze konkretizovat tyto změny zvolili jsme statistickou metodu sledování základních ukazatelů činnosti v letech 2005–2010, tedy v letech nejvíce změnami zatíženými. Na základě srovnání údajů jednotlivých let lze poměrně jednoznačně konstatovat, že nejvýraznější ovlivnění činnosti lékařské posudkové služby způsobil zákon o sociálních službách, na jehož základě došlo k zásadnímu nárůstu počtu žádostí o posouzení stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Tento nárůst se projevil zejména v letech 2007 a 2008. Kritickou situaci se podařilo zvládnout díky opatřením přijatým ke zvýšení efektivity práce lékařské posudkové služby. V roce 2010 byla situace již plně stabilizována.

Uvedená informace se zabývá hodnocením činnosti prvoinstanční lékařské posudkové služby z hlediska kvantitativního na základě hodnocení základních ukazatelů. Samostatnou kategorií by bylo zkoumání kvalitativních ukazatelů, a to zejména za situace, kdy kontrolní mechanismy v rámci jednotlivých složek posudkové služby mohly postihnout pouze část činnosti lékařské posudkové služby v prostředí, kdy se současně musely řešit problémy způsobené nadměrným počtem žádostí.

Změny v systému posuzování lékařskou posudkovou službou, jejich nová úskalí a návrh možných směrů

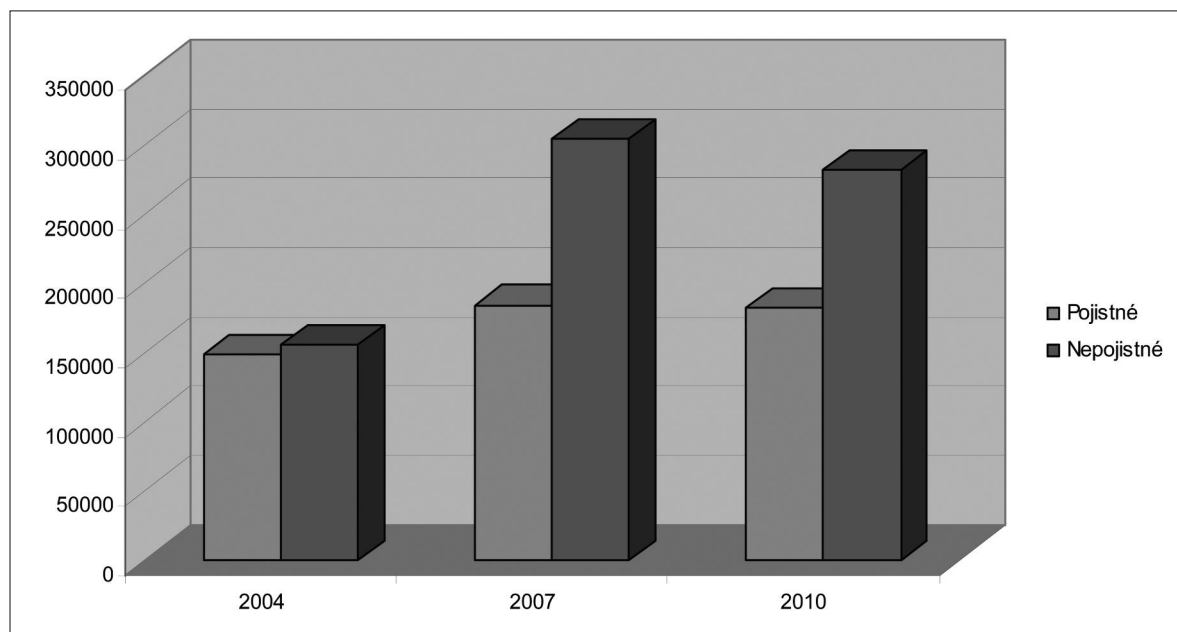
MUDr. Radmila Pastorková, referát lékařské posudkové služby OSSZ Olomouc

Úvod

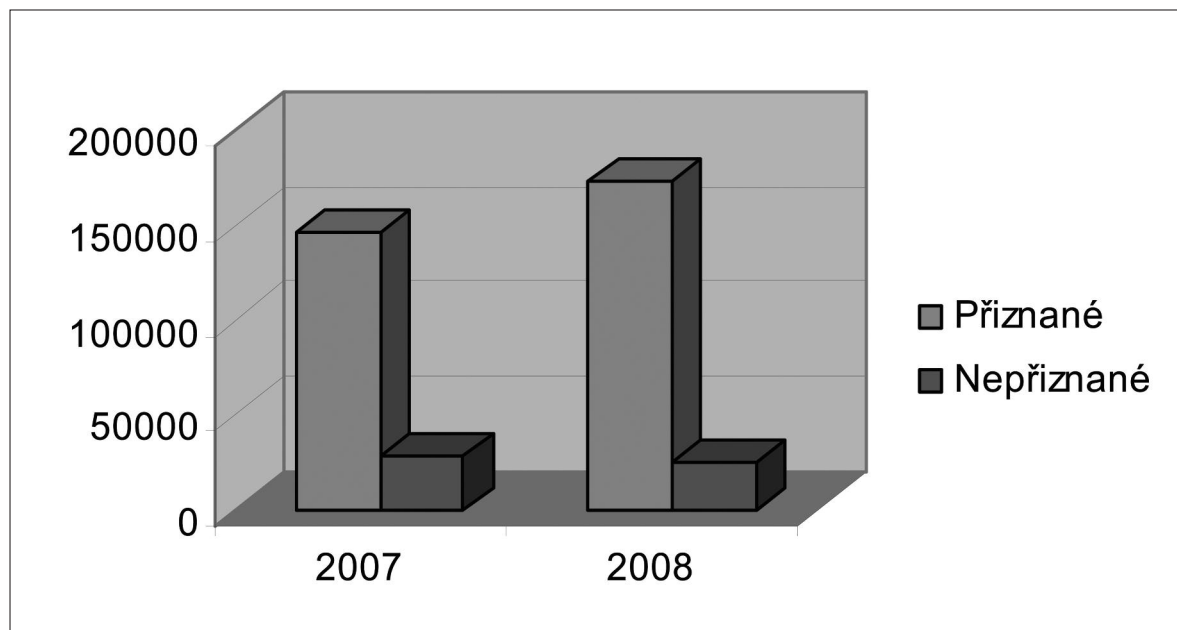
Za poslední období došlo k výrazné změně v posuzování Lékařskou posudkovou službou (LPS). Změny se týkají jak způsobu posuzování tak i následně výplaty dávek, které jsou vázány na posouzení zdravotního stavu. V této souvislosti je třeba uvést dva základní důvody uvedených změn. První je zavedení zcela nových posudkových kategorií a druhý je změna legislativy prakticky ve všech oblastech – nemocenské pojištění, důchodové pojištění a sociální péče. V souvislosti s legislativními změnami pak dochází k nejen odlišnému přístupu k posuzování, ale následně i ke změnám ve výplatě dávek pro jednotlivé kategorie. V oblasti sociálních služeb je to dáno změnou celé koncepce nejen v posuzování, ale také v principu využití přiznaných dávek a v jejich adresování.

Úvodem je třeba poznamenat, že je zásadní rozdíl ve způsobu vypracování posudků pro pojistné a nepojistné systémy. Posudky z tzv. pojistných systémů jsou LPS vypracovávány pro ČSSZ, resp. OSSZ. Jde o posudky z oblasti důchodového pojištění – žádosti o invalidní důchod, žádost o změnu výše invalidity a kontrolní lékařské prohlídky invalidity podle předchozího stanovení LPS, případně mimořádné kontrolní prohlídky. A dále se jedná o posudky z oblasti nemocenského pojištění – žádosti o prodloužení výplaty nemocenského po uplynutí podpůrné doby. Tyto posudky vypracovává LPS takřka na „domácí půdě“, kdy je vydáváno rozhodnutí ČSSZ v oblasti důchodového pojištění a rozhodnutí OSSZ v oblasti nemocenského pojištění. Co je ale podstatné, při tomto typu posudků jsou klienti zváni k jednání, je možná objektivizace zdravotního stavu posudkovým lékařem. To je velmi zásadní při práci posudkového lékaře. Naopak při posuzování pro účely nepojistných systémů kdy jsou posudky podkladem pro rozhodnutí jiného orgánu – magistrátů, resp. obcí s rozšířenou působností a Úřadů práce – se až na výjimky posuzuje bez přítomnosti klienta a často s využitím tzv. smluvních lékařů. Paradoxem je, že posudků vypracovaných pro ČSSZ, resp. OSSZ je méně než posudků zpracovaných pro ostatní zadavatele. Od roku 2007, kdy vstoupil v platnost zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v pl. zn., se tento rozdíl ještě více prohloubil. Nárůst tzv. nepojistných posudků je způsoben zejména zavedením nové posudkové kategorie – stupeň závislosti. I když tato kategorie nahradila dřívější posouzení bezmocnosti a potřeby mimořádné péče u dětí, zvýšení vyplácených dávek a změna koncepce systému sociální péče vedla k nárůstu počtu žádostí a tím také k nárůstu počtu posudků v této oblasti.

Graf č. 1: srovnání vývoje počtu posudků pojistné systémy x nepojistné systémy v čase – klíčová data 2004 – posuzování bezmocnosti, 2007 – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2010 – vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity



Graf č. 2: srovnání počtu posudků stupňů závislosti – přiznaných a nepřiznaných



Nemocenské pojištění a důchodové pojištění

V jediné oblasti, a to v nemocenském pojištění, došlo ke snížení výdajů dávek. K prokazatelnému snížení objemu vyplacených dávek došlo v souvislosti s účinností zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, k 1. 1. 2009. Objem vyplacených nemocenských dávek pro případ dočasné pracovní neschopnosti významně poklesl v roce 2009, což lze spíše vysvětlit výše zmíněnou změnou legislativy a určitého znevýhodnění praceneschopných v počátku pracovní neschopnosti, než zlepšením zdravotní kondice obyvatelstva. (1)

Tabulka č. 1: Objem vyplacených dávek nemocenského

Rok	Dávky v Kč
2006	26 962 635 796
2007	27 880 800 788
2008	24 769 072 712
2009	18 214 720 172

Naopak ale stoupá průměrná doba trvání jedné pracovní neschopnosti – v roce 1993 to bylo 23,22 dne, v roce 2005 to bylo 33,62 dne a v roce 2008 již 39,50 dne, v roce 2009 dokonce 48,43 dne.

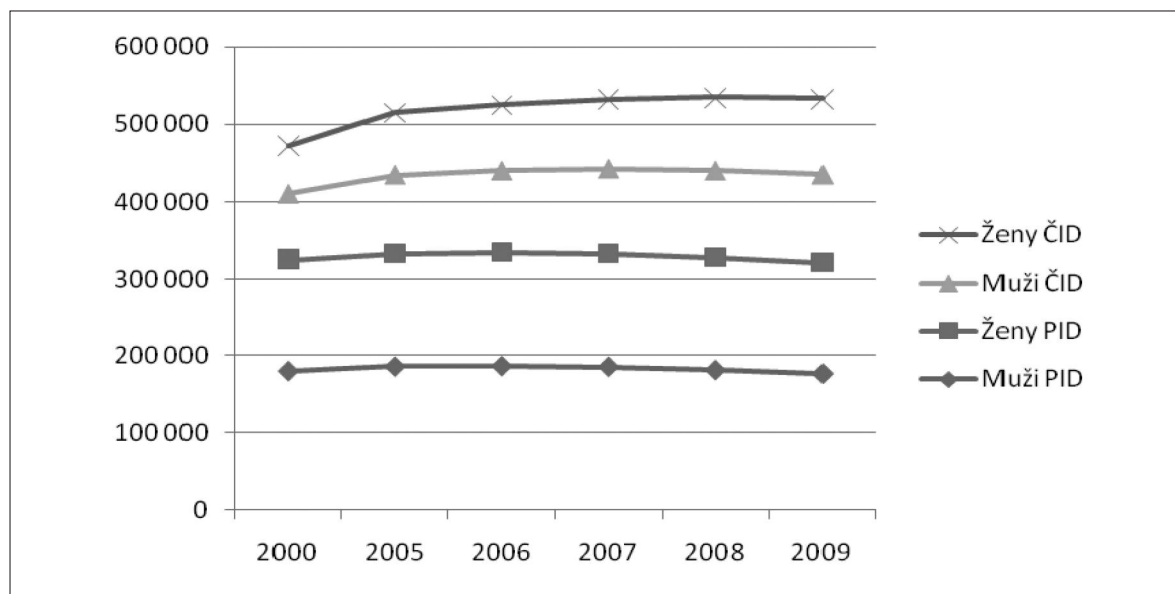
Jak již bylo uvedeno, změny v objemu výdajů a další sledované údaje jsou částečně způsobeny dosti zásadní změnou v oblasti legislativy nemocenského pojištění. Od 1. 1. 2009 platí nový zákon 187/2006 Sb., v pl. zn., který vedl ke zpřísnění posuzování praceneschopných ošetřujícími lékaři. Ze statistiky zcela zmizely dříve vystavované a statisticky vedené pracovní neschopnosti bez nároku na nemocenské dávky – např. vystavované pro úřady práce jako omluvenky nebo pro komerční pojišťovny. Podle zákona 187/2006 Sb., v pl. zn., lze vystavit rozhodnutí o pracovní neschopnosti pouze osobě účastné na nemocenském pojištění.

Zcela zásadní změnou je karenční doba, kdy první 3 dny pracovní neschopnosti nejsou dávky vypláceny. Další velkou změnou je výplata náhrady mzdy zaměstnavatelem. Do konce roku 2010 to bylo 4.–14. den, od 15. dne byly vypláceny dávky nemocenského pojištění. Od 1. 1. 2011 platí nová úprava – náhrada mzdy je proplácena 4.–21. den, teprve od 22. dne jsou placeny dávky nemocenského pojištění (1). V praxi to vede ke snížení objemu vyplacených nemocenských dávek, jak vyplývá z tabulky č. 1, ale také k prodloužení průměrné doby trvání jedné pracovní neschopnosti, protože je menší počet krátkodobých pracovních neschopností, které ve statistice tuto dobu zkracovaly.

Paradoxně ale legislativní změny vedly k nárůstu posouzení žádostí o prodloužení nemocenského po uplynutí podpůrní doby. Nárůst je prokazatelný zejména v roce 2010. Vysvětlení by mohlo souviset se změnou v oblasti posuzování invalidit, bude vysvětleno v následujícím textu.

V oblasti důchodového pojištění došlo v roce 2010 k zásadní změně v posuzování.

Do 31. 12. 2009 byla posuzována plná a částečná invalidita. Vývoj v čase ukazuje následující graf č. 3:



Od 1. 1. 2010 dochází ke změně v posuzování a to jednak zavedením nových kategorií – invalidity prvního, druhého a třetího stupně a dále novou právní úpravou § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v pl. zn. a dále vyhlášky č. 359/2009 Sb. v pl. zn. Zásadní změna spočívá v zavedení systému invalidity třístupňové a nově se také pracuje s termínem pracovní schopnost. Při posuzování je kladen důraz na funkční zhodnocení dopadu zdravotního postižení resp. dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na pracovní schopnost posuzovaného. Za důležitý aspekt je považováno hodnocení z pohledu dopadu postižení na kvalitu života, schopnost vykonávat běžné aktivity a schopnost pracovat. Do řešení se promítly i principy MKF. Novelizovaná vyhláška významně zohledňuje pokroky vědy a léčebných postupů. Vyhláška vznikla za spolupráce ČLS JEP a jednotlivé kapitoly byly zpracovány odborníky v daném oboru. Zcela se například změnil pohled na posuzované s onkologickým onemocněním v remisi, kdy podle dříve platné vyhlášky byla ve většině případů uznávána částečná invalidita. Podle nového pohledu na funkční dopad onemocnění a při novém způsobu posuzování nemusí nutně ani tato diagnóza vést k invalidizaci.

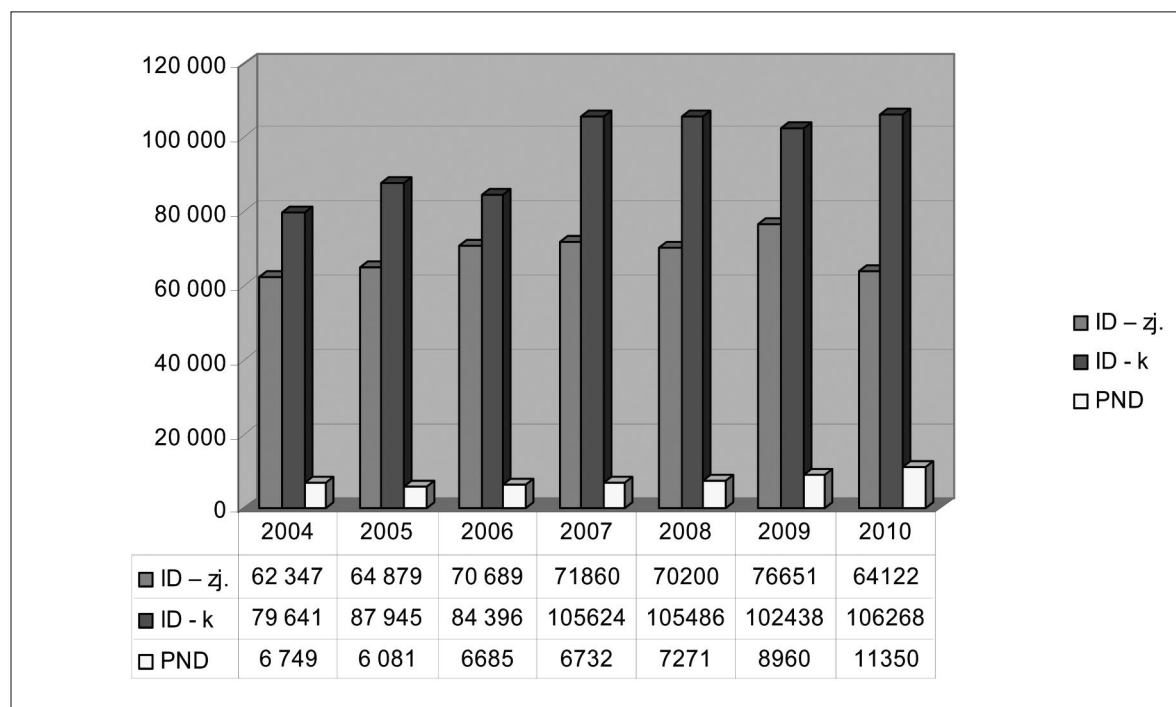
Nové pojetí vyhlášky může být také příčinou nárůstu projednaných žádostí o prodloužení nemocenského po uplynutí podpůrní doby. Ve stávající vyhlášce č. 359/2009 Sb. není posuzován stav po operačních výkonech ortopedických a neurochirurgických jako nestabilizovaný stav po operaci páteře či po implantaci totální endoprotézy kyčle, kolene, který vedl k plné invaliditě na dobu jednoho roku. Stejně tak není posuzován tzv. nedolčený stav po úrazech, který rovněž způsoboval pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti až 70 % a mohl tak vést k plné invaliditě, byť na přechodnou dobu. Právě tato onemocnění mohou vést při protražované léčbě k nutnosti prodlou-

žení výplaty nemocenského a promítnou se v nárůstu počtu posudků z této oblasti. Počty posudků invalidit vykazují zhruba stacionární charakter.

Je třeba ale uvést i další možný důvod nárůstu projednaných žádostí o prodloužení výplaty nemocenského. Tento důvod vychází z faktické situace personálního obsazení posudkové služby. Vzhledem k úbytku posudkových lékařů, jejich věkovému profilu a vzhledem k nárůstu počtu projednaných posudků včetně výpomoci v oblasti námitkového řízení došlo k přesunu pozornosti směrem k posuzování v tzv. dlouhodobé posudkové činnosti. Lékaři se přednostně zabývají posuzováním pro pojistné a nepojistné systémy a další část jejich pracovní činnosti – posuzování tzv. krátkodobé pracovní neschopnosti – tedy klientů čerpajících nemocenské dávky – byla poněkud odsunuta z centra zájmu.

S ohledem na úsporu času nejsou lékařské posudkové kontroly krátkodobé pracovní neschopnosti prováděny v ordinacích ošetřujících lékařů, většina kontrol je prováděna telefonicky, ve výjimečných případech mohou být klienti pozváni na referát LPS k projednání. Jde o pochopitelný krok při současném personálním obsazení posudkové služby, který teoreticky může vést k úspoře času, ale na úkor kvality posudkové činnosti v této oblasti. A má svá konkrétně pojmenovatelná negativa. V žádném případě nelze srovnat účinnost kontroly osobní v ordinaci ošetřujícího lékaře s kontrolou telefonickou. Zvaní klientů má rovněž svá úskalí. Dopravní dostupnost, hrazení nákladů klientům. Dalším problémem může být předání dokumentace. Někteří lékaři využívají k vedení své dokumentace formu elektronickou, kterou ale nelze poslat bez zabezpečení z důvodu ochrany dat klientů. V případě zaslání fyzicky vedené dokumentace je třeba přesně vymezit načasování, nelze ji posílat „po pacientovi“. Z těchto důvodů je pak v řadě případů konečná časová úspora minimální. V neposlední řadě je zde i faktor osobního kontaktu. Ani sebelépe vedená dokumentace nemůže zcela nahradit odbornou konzultaci mezi lékaři. Při osobních konzultacích navíc může posudkový lékař vstoupit do celého procesu tím způsobem, že např. doporučí směr dalšího diagnostického šetření, s cílem urychlit celý proces a tím zkrátit dobu pracovní neschopnosti. Nezřídka je použita i osobní intervence u odborných lékařů s cílem získání dřívějšího termínu. Zde narážíme na problém vedení pracovní neschopnosti u praktického lékaře, kdy odborný lékař mnohdy ani netuší, že pacientovi končí nemocenské dávky. V případě chronického onemocnění vede přešetření a kontrola pacienta posudkovým lékařem v ordinaci ošetřujícího lékaře k ukončení takové protrahované pracovní neschopnosti. Výše uvedeným omezením posudkových kontrol v ordinacích lékařů nemohou být tyto nástroje patřičně využity a dochází tak k prodlužování jednotlivých pracovních neschopností a v řadě případů pak veden k nutnosti prodlužovat výplatu nemocenského po uplynutí jednorocní podpůrní doby.

Graf č. 4: ČR – pojistné systémy – rozdělné podle typu posudků – invalidita zjišťovací, kontrolní a PND (prodloužení nemocenských dávek)

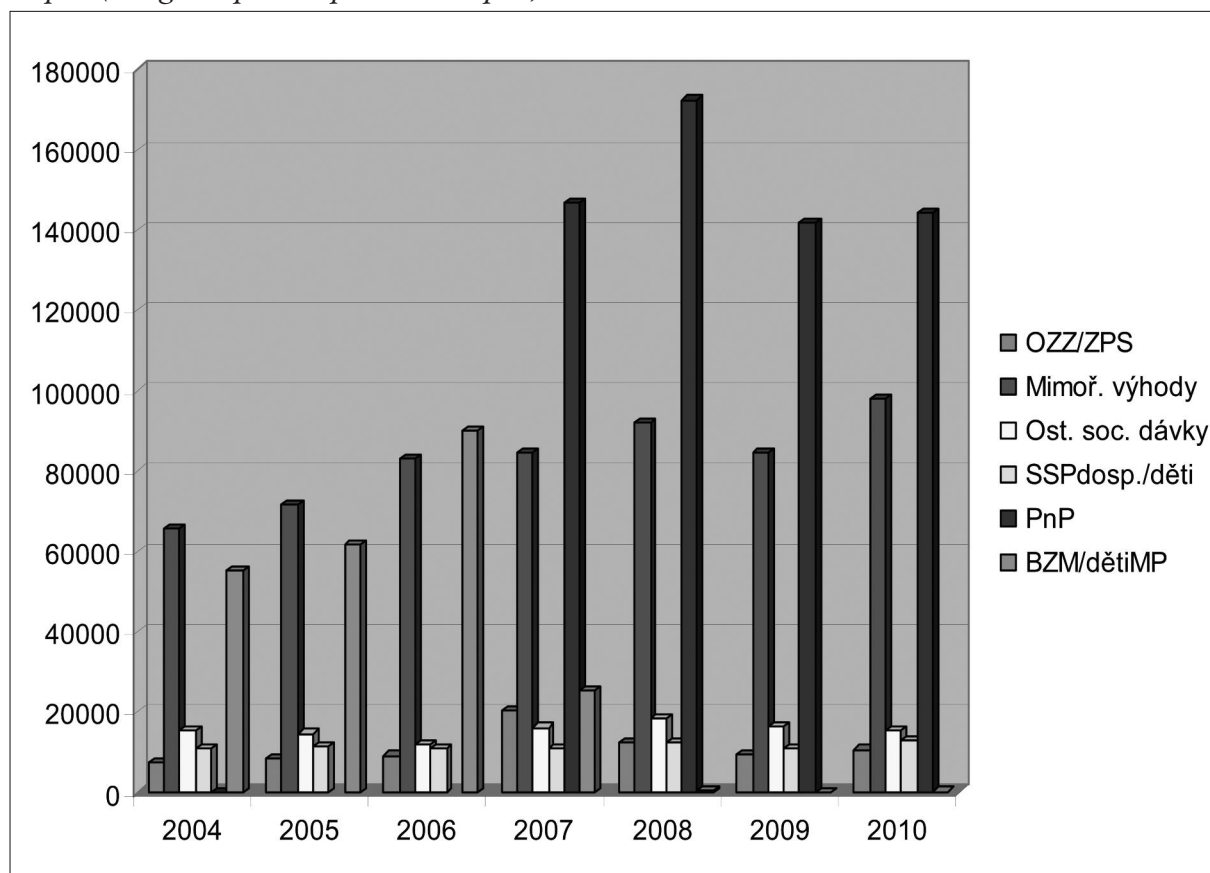


Nepojistné systémy

V nepojistných systémech nejenže nedošlo ke snížení objemu vyplacených dávek. V kategorii příspěvku na péči, který je vázán na posouzení stupně závislosti dochází dokonce k nárůstu. Tady je třeba zmínit zásadní změnu, která souvisí s platností zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v pl. zn. Byla zrušena kategorie posuzování bezmocnosti resp. mimořádné péče u dětí a byl zaveden nový systém posuzování stupně závislosti, který podmiňuje výplatu dávky příspěvek na péči.

Zákon o sociálních službách vešel v platnost k 1. 1. 2007 a mění systém péče o osoby s omezenou soběstačností a omezenou schopností péče o vlastní osobu. Smyslem zákona je přesunout část ústavní péče do přirozeného prostředí klienta, tedy domů. Byl zaveden příspěvek na péči, který je přiznáván ve čtyřech stupních podle tíže zdravotního postižení, které vede k omezení schopnosti péče o vlastní osobu a soběstačnost. Příspěvek na péči je vyplácen žadateli a ten si z něj nakupuje potřebné služby, které může zajišťovat člen rodiny, osoba blízká, ale také osoba cizí nebo profesionální sociální terénní pracovnice na základě smlouvy s klientem. Službami se myslí úkony péče o vlastní osobu nebo soběstačnost, které si pro své zdravotní omezení nezajistí klient vlastními silami. Např. koupání, dopomoc při další hygieně, nakupování, vaření, doprava na úřad, jednání s úřady atd. (1)

Grafč. 5: ČR – nepojistný systém – rozdělený podle typů posudků do skupin ZPS/OZZ, mimořádné výhody, SSP, BZM/děti MP, PnP, ostatní sociální dávky (vysvětlivky zkratk – ZPS/OZZ – srovnatelné kategorie – změněná pracovní schopnost/osoba zdravotně znevýhodněná, SSP – státní sociální podpora, BZM – bezmocnost – dospělí, děti – mimořádná péče – kategorie zaniklé, nahrazeny PnP – příspěvek na péči (kategorie společná pro děti i dospělé)



Dopad na státní rozpočet je značný, v roce 2007 na místo plánovaných 8,9 mld. Kč bylo vyplaceno na příspěvku na péči téměř 14 mld. Kč, v roce 2008 cca 18 mld. Kč a v roce 2009 už 18,7 mld. (1)

Z hlediska finančních výdajů je ale třeba podrobněji vysvětlit nový systém. Nárůst výdajů totiž nelze zcela absolutně srovnávat se stavem před zavedením zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v pl. zn. V rámci nové legislativy dochází k významné změně financování sociálních služeb proti dřívějšímu stavu v tom smyslu, že některé finanční prostředky dříve získávaly přímo sociální ústavy, zatímco v současnosti jsou o část financí kráceny a tyto finanční částky získávají přímo od klientů. Rozdíl v nákladech je jistě způsoben také zcela rozdílnými částkami, které jsou v jednotlivých stupních vypláceny na rozdíl od předchozí výplaty bezmocnosti. Je ale třeba vzít v úvahu, že toto souvisí s komplexní změnou v systému financování sociálních služeb. Klient si sám hradí některé služby a pobyt v sociálních institucích. Příjmy sociálních institucí jsou pak o tyto předpokládané částky nižší. Systém je tedy jiný a nelze jej zcela srovnávat. Nicméně tato změna vedla k velmi zásadnímu nárůstu počtu posudků, které musela LPS zpracovat a vyhodnotit.

Velkým problémem tak zůstává jednak nárůst počtu posudků a dále systém kontrol využití příspěvků. V praxi nastávají určité situace, kdy je prakticky nezkontrolovatelné, zda je dávka skutečně v celé výši použita na péči o žadatele – příjemce. Nezřídka žádají o příspěvek manželské páry, s tím, že uvedou jako pečovatele manžela – manželku. Může nastat absurdní situace, kdy je žadatel – příjemce zároveň i pečovatelem. Stejně tak je spíše morálně obtížně uchopitelná situace, kdy žadatel platí rodině za to, že mu nakoupí a vypere prádlo. Řešením uvedené problematiky by bylo zavedení poukázek nebo elektronických čipových karet k čerpání sociálních služeb od nasmlouvaných pečovateli. V případě péče rodinné by toto mělo být vázáno na péči celodenní, kdy je pečovatel doma a doba péče se mu pak může započítávat jako náhradní doba důchodového pojištění v případě produktivního věku pečovatele. Jednalo by se vlastně o obdobu dřívější dávky péče o osobu blízkou.

Dalším důvodem nárůstu počtu posudků a to i opakovaných, kdy klienti žádají o zvýšení stupně, je systém přijímání do ústavů sociální péče. Přijetí je v řadě případů vázáno právě na pobírání příspěvku na péči a nezřídka dokonce až od určitého stupně. Klienti, kteří nejsou schopni zajistit péči doma a žádají o přijetí do takového ústavu, opakovaně podávají žádosti o nové posouzení a přiznání vyššího stupně závislosti. Tento důvod bývá velmi často v žádosti přímo uveden.

Při vlastním posuzování je třeba zmínit několik odlišností od posuzování v pojistných systémech, respektive úskalí z oblasti posuzování zejména stupně závislosti. Prvním úskalím je posuzování paušálně bez objektivizace posudkovým lékařem. Klient je až na výjimky posuzován bez osobní přítomnosti, pouze z podkladové dokumentace a v řadě případů posudek vypracuje smluvní lékař. Posudkový lékař posudek již jen aprobuje. Pro představu – aprobovat posudek znamená si přečíst podklady, přečíst si vypracovaný posudek, provést vlastní zhodnocení a nakonec kontrolu celého vypracovaného posudku. V případě, že je zjištěna chyba formální nebo obsahová, může posudkový lékař buď posudek vrátit k přepracování, nebo jej opravit. V případě vrácení se prodlužuje doba zpracování, narůstají „nedodělky“. V případě vlastní opravy ztrácí čas a výsledný efekt je mizivý. Na posudku pracují tak dva lékaři a úspora času je minimální. Dalším velkým problémem byl do konce roku 2010 systém sociálního šetření. Docházelo ke značným diskrepancím mezi posouzením sociální pracovníci a posudkovým lékařem. Nadhodnocení při sociálním šetření vedlo k nespokojenosti klientů s výsledkem posouzení a vydaným rozhodnutím a následně k odvolání ev. ke stížnostem nebo nové žádosti. K doložení uvedeného tvrzení poukazují na kazuistiku, která srovnává výsledek posouzení sociální pracovníci bez přihlídnutí k charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, tedy v podstatě laické nelékařské posouzení a posouzení, které z funkčního nálezu podloženého odbornou lékařskou dokumentací vychází.

Názorný příklad rozdílného hodnocení sociální pracovníci a posudkovým lékařem – kazuistika

Žena, 1946, s diagnózou centrální mozkové příhody v 3/08 vstupně s pravostrannou hemiparézou a expresivní fatickou poruchou. V 5/09 absolvovala lázeňskou léčbu, bez nutnosti doprovodu. Objektivně chůze stabilní, samostatná, bez pomůcek, lehce hemiparetická vpravo, stoj bez opory, stabilní, horní a dolní končetiny s reflexy vyššími vpravo, v Mingazzinim bez poklesu. Na rukou stisk vydatný, symetrický, špetka vázne vpravo. Komunikace ztížena afázií a agrafií. Podle sociálního šetření byl stanoven stupeň závislosti IV. Sociální pracovníce při svém šetření v 10/09 shledala potřebu pomoci či dohledu u 17 úkonů péče o vlastní osobu – u všech kromě i) – sezení a u 18 úkonů soběstačnosti – tj. u všech. Při lékařském posudkovém zhodnocení dopadu DNZS **není důvod, aby**

posuzovaná nezvládla z úkonů péče o vlastní osobu přípravu stravy, podávání stravy, přijímání stravy, mytí těla, vstávání z lůžka, výkon fyziologické potřeby, přemístování předmětů, chůze po rovině, po schodech, a výběr oblečení, oblékání, orientaci v přirozeném prostředí, jednoduché ošetření. Z úkonů soběstačnosti by měla zvládnout orientaci vůči osobám, v čase a prostředí, uspořádání času, nakládání s penězi, péči o prádlo, mytí nádobí, přepírání drobného prádla, manipulaci s kohouty a vypínači a manipulaci se zámky a okny.

Komplexním posouzením zdravotního stavu byla shledána potřeba pomoci či dohledu u celkem 14 úkonů. Jde tedy o I stupeň závislosti.

Odůvodnění výsledku: rozdílné hodnocení je odůvodněno posudkovým postupem, kdy je nutno prokázat existenci DNZS a zejména jeho funkčního dopadu na schopnost zvládnout resp. nezvládnout sledované úkony péče o vlastní osobu a soběstačnost. Nestačí skutečnost nechuti provést úkon, nebo jeho neznalost, musí jít o prokazatelnou neschopnost úkon provést z důvodu DNZS. (2)

Tabulka uvádí názorně rozdílné hodnocení jednotlivých úkonů:

Péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti – hodnotí se schopnost zvládat tyto úkony:		Sociální šetření	Posudkové hodnocení
a)	příprava stravy	nezvládá	zvládá
b)	podávání a porcování stravy	nezvládá	zvládá
c)	přijímání stravy, dodržování pitného režimu	nezvládá	zvládá
d)	mytí těla	nezvládá	zvládá
e)	koupání nebo sprchování	nezvládá	nezvládá
f)	péče o ústa, vlasy, nehty, holení	nezvládá	nezvládá
g)	výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	nezvládá	zvládá
h)	vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	nezvládá	zvládá
i)	sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	zvládá	zvládá
j)	stání, schopnost vydržet stát	nezvládá	zvládá
k)	přemístování předmětů denní potřeby	nezvládá	zvládá
l)	chůze po rovině	nezvládá	zvládá
m)	chůze po schodech nahoru a dolů	nezvládá	zvládá
n)	výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	nezvládá	zvládá
o)	oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	nezvládá	zvládá
p)	orientace v přirozeném prostředí	nezvládá	zvládá
q)	provedení si jednoduchého ošetření	nezvládá	nezvládá
r)	dodržování léčebného režimu	nezvládá	nezvládá

Posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti – hodnotí se schopnost zvládat tyto úkony:		Sociální šetření	Posudkové hodnocení
a)	komunikace slovní, písemná, neverbální	nezvládá	nezvládá
b)	orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	nezvládá	zvládá
c)	nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	nezvládá	zvládá
d)	obstarávání osobních záležitostí	nezvládá	nezvládá
e)	uspořádání času, plánování života	nezvládá	zvládá
f)	zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku	nezvládá	nezvládá
g)	obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)	nezvládá	nezvládá
h)	vaření, ohřívání jednoduchého jídla	nezvládá	nezvládá
i)	mytí nádobí	nezvládá	zvládá
j)	běžný úklid v domácnosti	nezvládá	nezvládá
k)	péče o prádlo	nezvládá	zvládá
l)	přepírání drobného prádla	nezvládá	zvládá
m)	péče o lůžko	nezvládá	nezvládá
n)	obsluha běžných domácích spotřebičů	nezvládá	nezvládá
o)	manipulace s kohouty a vypínači	nezvládá	zvládá
p)	manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří	nezvládá	zvládá
q)	udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	nezvládá	nezvládá
r)	další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti	nezvládá	nezvládá

Tento problém je zčásti odstraněn novým systémem sociálního šetření od 1. 1. 2011, kdy sociální pracovník nehodnotí jednotlivé úkony, ale popíše sociální situaci v přirozeném prostředí posuzovaného klienta. Tato šetření jsou cenným informačním zdrojem, pokud jsou objektivní a spolu s lékařským nálezem mohou vést k objektivnějšímu posouzení i bez osobní přítomnosti posuzovaného klienta. Posledním úskalím, které je třeba zmínit, je kvalita vyplněných tiskopisů ošetřujícími lékaři a doplnění odbornými nálezy. Jsou lékaři, kteří k této problematice přistupují velmi zodpovědně a kvalita jejich tiskopisů je více než 100%. Pak lze vcelku objektivně posoudit sledovanou oblast a vydat posudek, který splňuje atributy důkazního podkladového materiálu – tedy je objektivní, úplný, přesvědčivý a přezkoumatelný. V řadě případů je ale posudkový lékař nucen pracovat s velmi sporým tiskopisem a chudými odbornými podklady. Do značné míry lze toto i pochopit, v případě obtížně mobilního klienta vyššího věku nelze očekávat, že bude odeslán např. na ortopedii k pro-

vedení vyšetření rozsahu hybnosti kloubů. To by ani nebylo v souladu s vyhláškou o veřejném zdravotním pojištění a nepovažovala bych toto ani za etické. Na druhou stranu posudkový lékař musí znát objektivní zdravotní stav posuzovaného klienta.

Z výše uvedeného vyplývá několik poznatků. Zavedení nového systému sociálního šetření od 1. 1. 2011 je jistě krok správným směrem. Další využití smluvních lékařů se v současné době jeví jako nezbytné vzhledem k počtu posudků a počtu posudkových lékařů. Tady by ale bylo možné řešení zjednodušením zápisů. Pokud by bylo možno využívat odkazy na podkladovou dokumentaci a posudek by se omezil na posudkové zhodnocení případně na popis funkčního stavu a souhrnu diagnóz, mohlo by to vést k výrazné časové úspoře na jeden posudek a následně k ev. omezení využívání smluvních lékařů. V této souvislosti se nabízí využití středního personálu jako zapisovatelů, tak, aby lékař nepsal řadu faktů a věnoval se pouze posouzení. Tedy v podstatě náhrada smluvních lékařů středoškolsky vzdělanými pracovníky, kteří by byli kompetentní zvládnout zápisy z odborné dokumentace. Tato myšlenka jistě není nezajímavá, ale je otázka, kolik času skutečně ušetří. Významným časovým faktorem je totiž vlastní posouzení, pročtení podkladové dokumentace a následné posouzení. Tento čas není nikde fyzicky změřitelný např. délkou zápisu. Ale právě tento čas je nezbytný a o tento čas nelze posouzení zkrátit. I když by posudek z větší části někdo předepsal, vlastní akt posouzení zkrátit nelze a v případě zápisu jinou osobou je nutné o to pečlivější studium a výběr podkladů, které budou zapsány v posudku. I tento čas je třeba započítat. Jinými slovy úspora může být pouze zdánlivá.

V oblasti podkladové dokumentace by efekt mohl přinést jinak cíleněji koncipovaný tiskopis s důrazem na funkční stav – a to zejména při žádosti o sociální dávku. I praktický lékař je schopen vyšetřit hybnost kloubů, popsat objektivně úroveň chůze, hybnosti končetin, vědomí včetně např. MMSE. Tady bych viděla značné možnosti zkvalitnění celého posudkového procesu.

Závěr

Činnost lékařské posudkové služby je velmi úzce spjata s finančním dopadem na všechny oblasti sociálního zabezpečení. Výdaje v Kč, které jsou spojeny s posouzením LPS se pohybují kolem 100 mld. Kč za rok. Z toho vyplývá, že je třeba klást důraz na kvalitu posuzování v jednotlivých kategoriích, důraz na objektivitu posudku, na objektivizaci zdravotního stavu a zejména na téměř expertní charakter vydaného posudku. To je nutné nejen proto, aby nedošlo k poškození žadatele, tedy k podhodnocení zdravotního stavu a následně nepřiznání dávky nebo přiznání nižšího stupně, ale také pro zamezení opačného jevu. Tedy aby nedošlo k nadhodnocení zdravotního stavu a tím dalším neadekvátnímu nárůstu výdajů v této oblasti. Současně je při zpracování žádosti a vypracování posudku LPS vázána lhůtami a potřebou zpracovat příslušný počet posudků – tedy kvantitativní hledisko. Zároveň je třeba si uvědomit fakt, že se jedná o lékařské posouzení, což vyžaduje, zejména v případě žádosti u invalidity, nejen shromáždění lékařských podkladů a zdravotní dokumentace, ale také vyšetření žadatele posudkovým lékařem. V řadě případů je tato objektivizace zdravotního stavu nezbytná a při proklientsky orientovaném přístupu je i žádoucí projednat žádost s klientem osobně. Při skutečně zodpovědném přístupu, kdy je v jednání klient nejen vyšetřen, ale také vyslechnut a následně je mu se sdělením výsledku posouzení také vysvětlen důvod takového posouzení, je možné v řadě případů předejít dalšímu ev. řízení. Uvedené zjištění se zakládá na osobních zkušenostech při jednání se žadatelem. Zcela závěrem lze tedy konstatovat, že posouzení LPS nelze omezit na pouhé vydání posudku, ale že se jedná o komplexní proces, zahrnující spolupráci s klinic-

kými lékaři, nastudování podkladové dokumentace a zejména osobní projednání žádosti s klientem, jeho přešetření v jednání a následné vyhotovení lékařského posudku. To vše musí LPS zvládnout s ohledem na kvalitu při splnění určité kvantity.

Použitá literatura:

- 1) Pastorková R., Ivanová K., Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu – klíčové determinanty zdraví, přijato do redakce časopisu Zdravotnictví v ČR, k vydání jaro 2011, ISSN 1213-6050
- 2) Pastorková R., Ivanová K., Čeledová L., Čevela R. Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře, Sborník VII mezinárodní konference Problematika generace 50 plus, České Budějovice 21.–22. září 2010, ISBN 978-80-7394-260-1
- 3) webové stránky ČSSZ, MPSV

Úroveň sociálního šetření při hodnocení stupně závislosti

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV – odbor posudkové služby

MUDr. Jiřina Ramiánová, ČSSZ – úsek lékařské posudkové služby

Úvod

Sdělení informuje o poznatcích lékařů posudkové služby o obsahu a kvalitě sociálního šetření a jeho přínosu pro posouzení stupně závislosti. Sociální šetření je předepsaným podkladem pro posouzení stupně závislosti stejně jako lékařské zprávy a nálezy ošetřujících lékařů či výsledky vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

Pro zpracování informace byly použity podkladové materiály lékařské posudkové služby ČSSZ a detašovaných pracovišť odboru posudkové služby – předsedů posudkových komisí.

Po cca 3,5 letech od nabytí účinnosti zákona o sociálních službách bylo na podzim roku 2010 vedením lékařské posudkové služby ČSSZ i MPSV provedeno celostátní zhodnocení zkušeností lékařů posudkové služby s přínosem sociálního šetření pro posouzení stupně závislosti, a to zjišťováním názorů v řadách lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení a předsedů posudkových komisí Ministerstva práce a sociálních věcí.

Spolupráce LPS a sociálních pracovníků

Obecně lze konstatovat, že existují místa, kde je spolupráce mezi oběma složkami systému posudkovými lékaři a sociálními pracovníky vcelku uspokojivá; dochází k pravidelným pracovním setkáním a diskuzím o vzájemných požadavcích. Také telefonické konzultace v některých případech operativně řeší názorové diskrepance v konkrétních případech. Existují sociální pracovníci, kteří poskytují kvalitní výstupy ze sociálního šetření s uvedením komentáře ke každému úkonu a podrobným celkovým zhodnocením stavu. Sdělují i to, jak posuzovaný žije, v jakých podmínkách, kdo a v jakém rozsahu zajišťuje potřebnou pomoc, vyjadřují se k orientaci, k možnosti navázání kontaktu, hodnotí komunikaci s posuzovaným, uvádějí i další informace získané od další přítomné osoby při šetření. Rovněž informace o zdravotním stavu a ošetřování, poskytnuté prostřednictvím sociálního šetření může přispět k ucelenému náhledu na situaci posuzovaného. Učiněná zjištění tak doplňují informace od praktického lékaře či jiných odborných ošetřujících lékařů.

Pohled LPS na sociální šetření a sociální pracovníky

Je přirozené, že mezi výsledkem sociálního šetření a lékařským posouzením stupně závislosti jsou a budou rozdíly, které pramení z odlišných metod a způsobů práce, z odlišné odbornosti i možnosti objektivizace rozhodných skutečností. Jako problémové a „znehodnocující“ vypovídací schopnost sociálního šetření vnímají lékaři posudkové služby skutečnost, že provedení sociálního šetření – návštěva sociálního pracovníka je dopředu ohlášena. Řada posuzovaných či o ně pečujících osob zřejmě situaci účelově zkreslí či naaranžuje tak, aby svědčila o vyšší závislosti než jaká ve skutečnosti existuje. Lékaři posudkové služby jsou přesvědčeni, že sociální pracovníci jsou v řadě případů při provádění šetření pod výrazným tlakem klienta a jeho rodiny. Mnohdy chybí vůle posuzovaného klienta ke spolupráci, často je prezentován pouze názor členů rodiny přítomných při šetření a není ověřena skutečná schopnost výkonu daných úkonů. Z pohledu lékařů posudkové služby by u sociálních šetření mělo být zřejmé to, jak bylo případné nezvládnutí úkonu zjištěno, zda praktickým ověřením, pozorováním nebo jen dotazem u posuzovaného či u příbuzných či u personálu.

I přes více než 3,5 letou účinnost zákona o sociálních službách a provádění sociálního šetření pro účely posouzení stupně závislosti přetrvává podle názorů lékařů posudkové služby velmi různá kvalita sociálního šetření. I když je v posledním roce sociální šetření doplňováno komentářem, i ten má různou vypovídající hodnotu. Příčiny tohoto jevu jsou spatřovány v rozdílné odborné úrovni sociálních pracovníků (z hlediska vzdělání tak i praxe). Rovněž v práci řady z nich se promítá příliš osobní přístup či nedostatek zkušeností. Přitom problematice provádění zákona o sociálních službách, provádění sociálního šetření a rozhodování o příspěvku na péči se věnuje cca 1 800 pracovníků. Lékařská posudková služba pocituje absenci jednotného metodického vedení sociálních pracovníků při provádění sociálního šetření po odborné linii. V uvedené oblasti neexistuje systém kontroly kvality sociálního šetření či supervize, srovnávání výsledků sociálních šetření mezi jednotlivými pracovníky, obcemi i regiony, kontrolní testy apod. Sociální pracovníci mnohdy nemají dostatečné „zdravotnické znalosti“, chybí zřejmě kasuistiky se zaměřením na často se opakující případy, nejsou zpracovány „modelové otázky“, které by sociálním pracovníkům napomohly detekovat a ověřovat správnost sdělených informací. Bohužel, sociální šetření provádějí sociální pracovníci, kteří si teprve doplňují potřebné vzdělání stejně jako ti, kteří mají předepsanou odbornou způsobilost, přičemž výstupy obou mají pro lékařskou posudkovou službu stejný právní význam, nikoliv však stejnou validitu.

Samozřejmě sociální šetření nemohou objektivně i při nejlepší vůli popsat či zhodnotit některé skutečnosti, zejména pokud se jedná o možnost zhodnocení „dlouhodobosti nezvládnání úkonu“ nebo odhalit příčiny nezvládnání úkonu (zdravotní důvody, agravace, simulace, disimulace), tj. příčinnou souvislost mezi dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, poruchou funkčních schopností a závislostí. Je obtížné správně se orientovat v situaci, kdy jde o zdravotní postižení relativně nenápadná, s kolísáním zdravotního stavu a symptomatologie, s dobrou adaptací na podmínky v domácím prostředí – mentální postižení, psychotická postižení, smyslové vady apod. Zvláštní místo zaujímají sociální šetření u dětí, kde se mnohdy projevuje ne zcela dostatečná znalost schopností dítěte s ohledem na jeho věk a stupeň jeho zralosti, s odlišením potřebné pomoci a dohledu od hyperprotektivní péče rodiče. Dopad na spolehlivost a výsledek sociálního šetření může mít i „citová angažovanost“ sociálního pracovníka (zejména ženy) u dětí se zdravotním postižením, osob s vysoce nepříznivou diagnózou a prognózou, soucítění s klientem v obtížné sociální a rodinné situaci apod. Samostatnou skupinou jsou pak senioři, rozdíly v jejich způsobu života, potřebách, znalost „geriatrických syndromů“ a schopnost správně detekovat rozhodné skutečnosti. Problémy v sociálním šetření jsou také u klientů pobytových zařízení sociálních služeb, kde je nesnadné postihnout jejich zachované schopnosti a dovednosti za situace, kdy jsou téměř všechny potřeby seniora zajišťovány personálem a službami.

Z konkrétních zjištění lékařů posudkové služby pak vyplývá, že často je sociálními pracovníky chybně hodnocen úkon s kompenzační pomůckou jako nezvládnatelný, obdobně náročné úkony jsou hodnoceny rozdílně, u některých úkonů je sociálními pracovníky nesprávně vnímán jejich obsah a následně je pak nedůvodně uznáno nezvládnání (např. příprava stravy nebo péče o prádlo), nezvládnání je vztaženo jen k jedné složce úkonu (koupání) aj. K nedůvodnému zkrácení výstupů sociálního šetření dochází i z genderového hlediska. Tak např. u mužů je opakovaně citována neschopnost úklidu, vaření, praní, mytí nádobí (uvedené úkony nikdy v minulosti nemuseli provádět – vykonávala je manželka, která již zemřela), tj. nezvládnání úkonu není na basi zdravotního postižení. Obdobně je tomu u dětí, kdy je často nedůvodně uznáno nezvládnání úkonů za situace, kdy rodiče po dítěti příslušnou aktivitu nevyžadují, dítě ji nemusí činit – např. 12 leté dítě nemyje nádobí, nenakupuje, nenakládá s odpadky, nepřipravuje si stravu, ač je toho schopno jako jeho vrstevníci.

Poznatky posudkových lékařů

Z názorů prvoinstanční i druhoinstanční lékařské posudkové služby vyplývá řada shodných poznatků. Lékaři prvoinstanční posudkové služby považují sociální šetření za přínosné cca v 50 ti procentech případů. Sociální šetření vyznívá většinou ve prospěch posuzovaného klienta (tendence k podhodnocení se objevuje někdy u osob s duševními poruchami); jen zcela výjimečně sociální pracovník nezjistí žádný stupeň závislosti. Rozdíl mezi výsledkem sociálního šetření a lékařským posouzením stupně závislosti je v průměru 5 úkonů, tj. lékař referátu posudkové služby na OSSZ v pěti úkonech (oproti sociálnímu šetření) zjistil, že neexistují zdravotní důvody pro nezvládání úkonu. Jsou však také zjištěny případy, kdy je rozdíl mezi sociálním šetřením a lékařským posouzením stupně závislosti značný – o jeden či dokonce dva stupně závislosti. Předsedové posudkových komisí MPSV nepovažují sociální šetření za příliš přínosné pro svoji práci. Uvedený názor pramení z jejich zkušeností z odvolacího řízení, kdy posuzují zejména ty případy, kde sociální šetření „dalo klientovi nedůvodnou naději na úspěch“. V druhé instanci lékařské posudkové služby je již zjišťován rozdíl mezi výsledkem sociálního šetření a lékařským posouzením stupně závislosti v průměru u 7 úkonů, tj. posudková komise MPSV v sedmi úkonech (oproti sociálnímu šetření) zjistí, že neexistují zdravotní důvody pro nezvládání úkonu. Přitom v řadě případů si předseda PK MPSV spolu tajemníkem komise sami provádějí šetření situace u klienta v jeho přirozeném sociálním prostředí jako podklad pro jednání PK MPSV, což svědčí o malé či pochybné vypovídací schopnosti sociálního šetření i podkladových nálezů ošetřujících lékařů. Obě instance lékařské posudkové služby velice citlivě vnímají, že zodpovědnost za konečný výsledek posouzení stupně závislosti vůči klientovi i správnému orgánu má lékař posudkové služby na OSSZ či PK MPSV. Orgány lékařské posudkové služby musí nejen podrobně zjistit zdravotní stav klienta, ale i podrobně odůvodnit rozdíly mezi výsledkem sociálního šetření a svým zjištěním o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a stupni závislosti, při kterém vycházejí z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost úkony zvládat (duševně, smyslově a fyzicky). Sociální pracovníci nemusí svá zjištění odůvodňovat, vysvětlovat jak, co a jakým způsobem zjistili, nemají zodpovědnost za konečný výsledek ba naopak, jsou svým postavením v systému zainteresováni na „příznivém“ vnímání svého postavení a práce klientem a vyřešení sociálních problémů svých posuzovaných spoluobčanů.

Závěr

Čas a úsilí, kterou musela lékařská posudková služba věnovat odůvodňování rozdílů mezi sociálním šetřením a lékařským posouzením stupně závislosti až do konce minulého roku, byly v řadě případů kontraproduktivní ve vztahu k případnému přínosu řady sociálních šetření. Rovněž způsob vnímání významu a výsledků sociálního šetření a lékařského posouzení veřejností a klienty systému nesvědčil o tom, že procesy a kompetence v řízení o příspěvek na péči byly nastaveny optimálně. Uvedené problémy s účinností od 1. 11. 2010 vyřešila novela ust. § 25 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V odstupu od nabytí účinnosti citované novely došlo následně od 1. 1. 2011 ke změně metodiky provádění sociálního šetření. Odborným podkladem pro nové přístupy sociálních pracovníků se stal systém hodnocení WHO DAS. Základními tematickými okruhy sociálního šetření jsou podle nové metodiky schopnost péče o vlastní osobu, výdělečná činnost/školní povinnosti, rodinné vztahy, sociální vztahový rámec, domácnost a prostředí. Po cca šesti měsících používání nové metodiky sociálního šetření bude přínosné znovu provést šetření názorů a zkušeností posudkových lékařů s novým obsahem sociálního šetření se zhodnocením přínosu takto získaných informací pro spolehlivé posouzení situace posuzované osoby. Dosavadní neformální zkušenosti, ci-

tované na pracovních poradách lékařské posudkové služby svědčí o tom, že zavedené změny v sociálním šetření mají mezi posudkovými lékaři dobrý ohlas a jsou považovány za přínosné.

Posudek posudkové komise v soudním řízení
rozsudek Nejvyššího správního soudu
(čj. 3 Ads 25/2011-128 ze dne 3. 3. 2011)

Mgr. Jarmila Táborská, MPSV – odbor posudkové služby MPSV

Soud nemá medicínské znalosti potřebné k tomu, aby mohl posudek posudkové komise přezkoumat věcně, proto ho přezkoumává z hlediska úplnosti a přesvědčivosti a tento posudek hodnotí jednotlivě i v souhrnu s ostatními důkazy jím provedenými i s důkazy provedenými v řízení před správním orgánem; ve svém rozhodnutí vychází ze skutkového a právního stavu takto zjištěného. Nevzbuzuje-li obsah podaného posudku pochybnosti o své úplnosti a přesvědčivosti, není důvodný požadavek na doplnění dokazování ustanovením znalce z oboru zdravotnictví podle § 127 odst. 1 občanského soudního řádu za použití § 64 soudního řádu správního.

Hlavním obsahem podkladu, který orgán lékařské posudkové služby vydává – posudku – je vyhodnocení, zda posuzovaná osoba (žadatel o dávku sociálního zabezpečení popřípadě jiná osoba, jejíž zdravotní stav byl pro účely tohoto řízení o dávku posouzen) plní zdravotní podmínku pro přiznání dávky sociálního zabezpečení. Pokud je podmínkou nároku na dávku ještě i jiná podmínka než podmínka zdravotní, vyhodnocení takové podmínky, netýkající se zdravotního stavu nebo pracovní schopnosti, lékařské posudkové službě nenáleží.

Předmětná kauza se týká zamítnuté žádosti žadatelky o plný invalidní důchod Českou správou sociálního zabezpečení (dále jen „ČSSZ“) z důvodu nesplnění podmínek uvedených v ustanovení § 38 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, protože podle posudku Okresní správy sociálního zabezpečení v O. (dále jen „OSSZ O“) není plně invalidní, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její schopnost soustavné výdělečné činnosti pouze o 20 %. Krajský soud v O. potvrdil svým rozsudkem správnost rozhodnutí ČSSZ v dané věci. Stěžovatelka podala proti rozsudku Krajského soudu v O. kasační stížnost. Nejvyšší správní soud rozhodl v právní věci stěžovatelky proti žalované ČSSZ o kasační stížnosti žalobkyně proti rozsudku Krajského soudu tak, že kasační stížnost zamítl.

Z odůvodnění:

Žalobkyně (též „stěžovatelka“) podala včas kasační stížnost proti rozsudku Krajského soudu v O., jímž byla zamítnuta její žaloba proti rozhodnutí ČSSZ ve věci zamítnutí žádosti o plný invalidní důchod.

Z odůvodnění rozsudku krajského soudu vyplývá, že žalobkyně podala žalobu proti výše uvedenému rozhodnutí žalované strany (ČSSZ), jímž byla zamítnuta její žádost o plný invalidní důchod pro nesplnění podmínek uvedených v ustanovení § 38 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, protože podle posudku OSSZ O. není plně invalidní, neboť z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její schopnost soustavné výdělečné činnosti pouze o 20 %. V žalobě žalobkyně uvedla, že podala žádost o plný invalidní důchod na doporučení ošetřující lé-

kařky. Namítla, že OSSZ O. neměla při posouzení jejího zdravotního stavu k dispozici komplexní zdravotnickou dokumentaci. Dále namítla, že s posudkem OSSZ O. nebyla seznámena; neví tedy, jak byl posouzen její zdravotní stav. Žalobkyně dále uvedla všechny choroby, jimiž trpí a doložila je lékařskými zprávami s tím, že vzhledem ke svému onemocnění nemá cit v ruce, neudrží věci, má problémy s chůzí, nemůže vykonávat žádnou činnost, trpí revmatem zad, ramene a bolestmi. Stěžovatelka pracovala dříve jako servírka, od roku 1998 uvádí, že ze zdravotních důvodů nemůže najít zaměstnání.

Krajský soud vyžádal k posouzení zdravotního stavu žalobkyně posudek posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) v O. Z posudku krajský soud zjistil, že posudková komise vycházela při posouzení zdravotního stavu žalobkyně ze zdravotnické dokumentace praktického lékaře, z komplexní dokumentace a z nálezů a zpráv vyjmenovaných v posudku. Tato komise dospěla k závěru, že rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobkyně byl vertebrogenní algický syndrom vícetážový s pravostranným cervikobrachiálním syndromem, hrudní skoliózou, deformační spondylózou, spondylolistézou L4/5, HLA B 27 negativní, bez kořenového postižení. Posudkově k datu vydání napadeného rozhodnutí odpovídal stav žalobkyně postižení uvedenému v kapitole XV oddílu F položce 2 písm. b) přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Posudková komise odůvodnila odlišné posouzení proti lékaři OSSZ O. tím, že nebylo prokázáno středně těžké postižení 1–2 nosných kloubů s funkčním omezením pohybu o více než $\frac{1}{4}$. Z rozmezí 15–25 % posudková komise stanovila míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti žalobkyně o 20 %, a to i s ohledem na další chorobné stavy. Žalobkyně s posudkem nesouhlasila s tím, že posudková komise neprovedla její vyšetření, lékařské zprávy nebyly úplné. Požadovala řadu dalších dovyšetření, namítala nezohlednění dalších zdravotních postižení, považuje za přesnější a správnější hodnocení lékaře OSSZ O., který uvedl jako hlavní příčinu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu kloubní, nikoliv páteřní onemocnění.

Z důvodu rozdílného hodnocení rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobkyně posudkovým lékařem OSSZ O. a posudkovou komisí v O. Krajský soud vyžádal srovnávací posudek od posudkové komise MPSV v H.K.

Tato posudková komise vycházela z dokumentace uvedené v záhlaví posudkového zhodnocení a z vlastního přešetření. Komise po posouzení jednotlivých lékařských zpráv dospěla k závěru, že u žalobkyně se jednalo o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a jeho rozhodující příčinou byly bolesti zad na podkladě degenerativních změn bez prokázaného kořenového syndromu. Postižení žalobkyně stanovila posudková komise dle kapitoly XV oddílu F položky 2 písm. b) vyhlášky č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovila na 20 %. Střed daného rozmezí zvolila komise vzhledem k ostatním zdravotním postižením pohybového aparátu a s přihlédnutím k pracovní kvalifikaci. Pro zvýšení nebo snížení procentního ohodnocení neshledala posudková komise posudkově významné skutečnosti. Posudková komise odůvodnila svůj závěr, který se odlišuje od závěru posouzení OSSZ O., tím, že postižení páteře má významnější dopad na schopnost soustavné výdělečné činnosti žalobkyně vzhledem k tomu, že nebylo prokázáno středně těžké postižení jednoho až dvou nosných kloubů s funkčním omezením pohybu o více než jednu čtvrtinu.

Krajský soud po zhodnocení provedeného dokazování vyhodnotil posudek posudkové komise v H.K. za úplný, odborný a přesvědčivý, neboť komise v posudku uvedla, z jakých lékařských nálezů

o zdravotním stavu žalobkyně vycházela, jaká zjištění z nich učinila a jak je hodnotila. K námitce žalobkyně, že v jejím případě by se měla počítat různá postižení, krajský soud odkázal na § 6 odst. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb., podle něhož, je-li zdravotních postižení více, jednotlivé hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se nesčítají; v tomto případě se určí, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a procentní míra schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení se zřetelem k závažnosti ostatních zdravotních postižení. Krajský soud uzavřel, že zjištěný pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti žalobkyně o 20 % je nižší než 66 % potřebných pro přiznání nároku na plný invalidní důchod, resp. je i nižší než 33 % nutných pro přiznání nároku na částečný invalidní důchod. Krajský soud proto žalobu zamítl jako nedůvodnou podle ustanovení § 78 odst. 7 zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní.

V kasační stížnosti stěžovatelka uvedla, že „všechny posudky oceňují, i když z důvodu různých onemocnění, postižení žalobkyně snížením pracovní schopnosti žalobkyně o 20 %, aniž by se každé samostatné onemocnění žalobkyně, oceněné snížením pracovní schopnosti o 20 % podílelo na zvýšení ocenění v souvislosti s vyhodnoceným základním onemocněním žalobkyně“. Stěžovatelka opřela svou kasační stížnost o následující body:

- posudky obou posudkových komisí nebyly vypracovány s ohledem na skutečný zdravotní stav stěžovatelky, na jednotlivé projevy jejího onemocnění;
- je postiženo více nosných kloubů, což stěžovateli znemožňuje výkon jejího zaměstnání. Stěžovatelka namítá, že posudek posudkového lékaře OSSZ O. ani posudky posudkových komisí nevyhodnocují objektivně její skutečný zdravotní stav, když dle jejího soudu právě kombinace jejich jednotlivých onemocnění jí znemožňuje vykonávat jakékoliv zaměstnání. Stěžovatelka namítá, že zjištěné postižení tří nosných kloubů (obě kolena a pravé rameno) a většiny malých kloubů s pokročilými RTG změnami, pro které míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti může být posouzena 40–50 % poklesem schopnosti soustavné výdělečné činnosti, byla oceněna uvedenými posudky pouze na 20 %, i když dle stejného paragrafu písm. b) mohla být oceněna až na 35 %, což by dle jejího soudu bylo správné. Dále stěžovatelka konstatuje, že posudek posudkového lékaře OSSZ O. správně vyhodnotil rozhodující příčinu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nepřihlédl však k dalším onemocněním ani k možnostem zvýšení o 10 %. Posudku posudkové komise v O. stěžovatelka vytýká neopodstatněnou změnu rozhodující příčiny omezení její pracovní schopnosti. Ohledně posudku posudkové komise v H.K. stěžovatelka namítá, že nebylo řádně vyhodnoceno, že při vyšetření před touto komisí bylo konstatováno, že v rameni vpravo jsou rotace omezeny téměř o $\frac{1}{3}$; odkazuje na lékařskou zprávu MUDr. Ž., kterou komise měla k dispozici, podle níž byla zjištěna omezená hybnost obou kolena o $\frac{1}{3}$, omezení dorzální flexe TC kloubů na $\frac{1}{2}$. Všem posudkům stěžovatelka vytýká, že nebylo využita možnost zvýšení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 10 %, dle jejího soudu se touto možností především posudkové komise vůbec nezabývaly.

Stěžovatelka navrhla, aby byl vypracován posudek nezávislým znalcem, který by odstranil uvedené rozpory. Navrhla, aby napadený rozsudek krajského soudu byl zrušen a věc mu byla vrácena k dalšímu řízení.

Nejvyšší správní soud, vázán rozsahem a důvody kasační stížnosti, když neshledal vady, ke kterým by musel přihlédnout z úřední povinnosti, posoudil kasační stížnost takto:

Podle § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, MPSV posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění... a za tím účelem zřizuje jako své orgány posudkové komise. Z tohoto ustanovení vyplývá povinnost krajského soudu, který přezkoumává rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o dávatelce důchodového pojištění podmíněné zdravotním stavem, v tomto řízení nechat provést důkaz posudkem příslušné posudkové komise MPSV. Jde o tzv. povinný důkaz, který soud musí provést. Krajský soud tedy postupoval v souladu se zákonem, jestliže nechal provést posouzení zdravotního stavu stěžovatelky posudkovou komisí MPSV v O., a nelze mu nic vytknout ani z toho hlediska, že s ohledem na námitky stěžovatelky proti tomuto posudku nařídil srovnávací posudek jinou posudkovou komisí – tedy komisí MPSV v H.K.

Soud nemá medicínské znalosti potřebné k tomu, aby mohl posudek posudkové komise přezkoumat věcně (z hlediska lékařské vědy). Posudek proto přezkoumává z hlediska jeho úplnosti a přesvědčivosti a tento posudek hodnotí jednotlivě i v souhrnu s ostatními důkazy jím provedenými i s důkazy provedenými v řízení před správním orgánem; ve svém rozhodnutí vyjde ze skutkového a právního stavu takto zjištěného. Nevzbuzuje-li obsah podaného posudku pochybnosti o své úplnosti a přesvědčivosti, není důvodný požadavek na doplnění dokazování ustanovením znalce z oboru zdravotnictví.

K jednotlivým stížným bodům Nejvyšší správní soud uvádí:

Z ustanovení § 6 odst. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb. pro stanovení procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je nutné určit zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Je-li těchto zdravotních postižení více, jednotlivé hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se nesčítají; v tomto případě se určí, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení, a to se zřetelem k závažnosti ostatních zdravotních postižení. Z citovaného ustanovení vyplývá, že v projednávané věci nelze sčítat hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti u jednotlivých zdravotních postižení. Bylo třeba určit, které ze zdravotních postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti u jednotlivých zdravotních postižení s přihlédnutím k závažnosti ostatních zdravotních postižení. V projednávané věci bylo takto postupováno.

K námitce stěžovatelky, že rozhodující zdravotní postižení mohlo a mělo být posouzeno 40–50 % míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a podle kapitoly XV oddílu F položka 2 písm. b) vyhlášky č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, měl být pokles míry její schopnosti soustavné výdělečné činnosti posouzen 35 %, se uvádí:

Písmeno b) shora uvedeného ustanovení stanoví míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozpětí 15–25 %; stanovení míry poklesu o 35 % není podle ustanovení možné. Vzhledem k tomu, že pro přiznání plného invalidního důchodu musí činit míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně 66%, musel by být tento pokles u stěžovatelky hodnocen podle bodu 2 písm. e). Musela by tedy trpět degenerativními změnami na páteři a ploténkách s trvalým nepříznivým funkčním nálezem, trvalými silnými projevy dráždění nervů a svalů, závažnými parézami, výraznými svalovými atrofiemi, zpravidla s poruchami svěračů (závažnost musí být doložena výsledkem EMG) – rozmezí 60–80 %. Ani sama stěžovatelka netvrdí takto závažné postižení svého zdravotního

stavu. Rovněž námitka, že posudkové komise se nezabývaly možností zvýšení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 10 %, není důvodná. V projednávané věci byla stanovena míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stěžovatelky o 20 %, přičemž procentní rozmezí činí 15–25 %, a nelze tedy zvyšovat horní hranici, která nebyla dosažena.

Nejvyšší správní soud se v předmětné kauze ztotožňuje s krajským soudem v tom, že zejména posudek posudkové komise v H.K. splňuje požadavek úplnosti a přesvědčivosti, a jestliže tři posudky hodnotí míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 20 %, pak zrušení napadeného rozsudku krajského soudu s tím, aby provedl o zdravotním stavu stěžovatelky důkaz znaleckým posudkem by bylo v rozporu se zákonem.

Nejvyšší správní soud hodnotí ze shora uvedených důvodů rozsudek krajského soudu jako zákonný a kasační stížnost jako nedůvodnou. Proto ji podle § 110 odst. 1 soudního řádu správního, zamítl.

Pramen:

Zdravotnictví a právo 5/2011 (str. 25–28)
(modifikovaný výtah příspěvku JUDr. Havlíčkové)

Chyby a mýty v uvažování o svalech ve stáří

MUDr. Z. Kalvach, CSc., Medcover, Praha

Základním úsilím úspěšného stárnutí a aktivního stáří je „udržet se na nohou“ – obrazně i doslovně. Jde o to nenechat se převálcovat problémy stárnutí a stáří, zůstat aktivním subjektem dění, ale také doslova nebýt omezen v aktivitách slabostí, bolestí či neobratností zvláště dolních končetin, zachovat si schopnost mobility i kondičních chodeckých aktivit, zůstat „pochůzkově nezávislý“, schopný dojít tam, kam chci a potřebuji, nepadat, bez větších problémů vstávat, mít dost síly na zvedání a přemístování přiměřených zátěží, zachovávat aktivní, společensky pozitivně vnímaný postoj i stereotyp chůze, nestat se pro svalovou slabost nesoběstačným či dokonce bezbranně ležícím na lůžku.

O tom všem, včetně rizika pádů a dalších úrazů, v pokročilém stáří závažně spolurozhodují svaly – o naší síle, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, zranitelnosti, společenské participaci i dojmu, jakým působíme na okolí, jaké pocity a reakce v něm vyvoláváme. Kdo vrávorá, vleče se v předklonu s ochablými svěšenými rameny, respektu zřejmě nedojde – a mnohdy ani soucitu. A stát, respektive státní systém sociálního zabezpečení, by mělo velmi zajímat, že svalová slabost, případně další svalové poruchy patří k častým příčinám ztráty soběstačnosti, potřeby ústavní péče, terénní pomoci i čerpání sociálních dávek.

Svaly se mnohdy považují za involučně neodvratně mizející útvary, což se zdá být i logické – k čemu by senioři vzpírali a běhali. Klasické choroby svalů – myopatie – se ve stáří příliš nevyskytují, a tak se lékařská pozornost soustředí více na klouby a kosti, na osteoartrózu a osteoporózu než na svaly. Navíc se případné úvahy o posilování svalů ve stáří jeví mnohdy jako jaksi nenáležité, přemrštěné, spadající do nerozumné anti-ageing medicíny „neumějí stárnout“: „osmdesátník a posilovna – to je přeci nesmysl“.

Skutečnost je však jiná. Svaly jsou ve stáří nejen klíčově důležité, ale také intervenčně, terapeuticky ovlivnitelné. K základním problémům souvisejícím se svaly patří zvláště:

1) Svalové dysbalace

Svalová involuce postihuje svaly nerovnoměrně, podle jejich obsahu tzv. rychlých a pomalých vláken. Svaly s převahou vývojově mladších rychlých vláken involvují dříve a rychleji, čímž dochází ke svalovým dysbalancím např. mezi flexory a extenzory s důsledky i pro změny kloubních vzorů. Důsledky jsou nerovnoměrné přetěžování, horšení funkce, akcelerace osteoartrózy, bolest. Žádoucí je proto pravidelné fyzioterapeutické hodnocení a korigování dysbalancí.

2) Dystonie

Dystonie jsou obecným označením poruch svalového tonu a s tím souvisejících abnormálních postojů, poloh i pohybů.

V geriatrii zvláště zajímavou a zcela opomíjenou skupinou jsou axiální dystonie, deformity a poruchy tělesné osy, které těsně souvisejí s poruchami jejího vnímání, tedy s poruchami centrálního analyzátoru. K těm dochází ve stáří především v souvislosti s mozkovou atrofií, s projevy kognitivního deficitu a se syndromem demence. U těchto nemocných si psychomotorické změny, psychomotorická involuce a patologie zasluhují mnohem větší, aktivní pozornost (depistáž a dispenzarizaci), podobně jako se jí dostává psychomotorickému vývoji u dětí, v časné on-

togenetické fázi. Ve stáří jde především o kombinaci involučních změn svalových a nervosvalových s patologickými poruchami ve smyslu dystonií a kognitivního deficitu. Identifikace ohrožených či postižených lidí by mohla vést k účelným intervencím (fyzioterapie, nutriční, vysazení rizikových léků postihujících extrapyramidový systém – např. neuroleptik) a tím k odstranění či ke zpomalení progresu poruch, které imobilizují a zvyšují riziko pádů.

K typickým axiálními dystoniím stáří patří:

- Camptocormia – thorakolumbální flexe nápadná při chůzi, která však mizí vleže či jen v sedu s oporou, někdy modifikovaná při skolióse do rotace; název pochází z řeckých slov camptó = ohýbám, cormos = trup, syndrom byl popsán již roku 1818 Brodiem; i když se zvažuje podíl parkinsonismu, resp. dopaminergního systému, je podání L-dopy neúčinné a jev se hodnotí jako non-dopaminergní neuronální dysfunkce;
- Pisa syndrom – dystonická lateroflexe, úklon do strany, někdy bizarně modifikovaný kyfoskoliosou do rotace; kromě mozkové atrofie je významný podíl postižení bazálních ganglií a efekt neuroleptik;
- Antecollis – výrazné předsunutí hlavy, někdy s flexí a fenoménem „brada na hrudník“; antecollis je odlišná od předsunutí hlavy při hrudní hyperkyfoze, např. u morbus Bechtěrev.

3) Sarkopenie

Sarkopenie, vystupňovaný úbytek svalové hmoty a síly je jedním z klíčových prvků konceptu geriatrické křehkosti (frailty) a funkčních deficitů stáří. Její prevalence je vysoká a ve věku nad 80 let může dosahovat až 50 % – záleží však na vymezení kritérií. Sarkopenie jako součást frailty by vždy měla dosahovat závažnosti, která interferuje s běžnými životními aktivitami, se soběstačností a sebeobsluhou (activities of daily living – ADL, IADL).

Etiologie sarkopenie je typicky multikauzální. K hlavním etiologicko patogenetickým faktorům, které se vzájemně potencují, patří:

- genetická dispozice;
- nízká svalová hmotnost a síla v mladším věku (podle některých prací již i nízká porodní hmotnost);
- malnutriční s nedostatečným příjmem bílkovin;
- poruchy proteosyntézy (např. závažná hepatopatie);
- inaktivita, decondice – pasivní způsob života s hypomobilitou, svalovou netrénovaností a ochablostí;
- deficit androgenů (andropauza u mužů), respektive estrogenů (menopauza u žen);
- deficit vitamínu D, pro nějž jsou ve svalech četné receptory.

V roce 2010 publikovala European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) konsenzuální materiál Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis (Cruz-Jentoft et al., 2010).

Diagnostický algoritmus zahrnuje 3 prvky:

- Posouzení rychlosti chůze na vzdálenost 6 m:
 - o pokud je pomalejší než 0,8 m/s, hodnotí se svalová hmota densitometricky;
 - o pokud je rychlejší než 0,8 m/s, hodnotí se handgrip (síla stisku);
 - o pokud je ≥ 30 kg u muže, resp. ≥ 20 kg u žen, nejde o sarkopenii;
 - o pokud je síla stisku nižší, hodnotí se svalová hmota densitometricky.

- Posouzení svalové hmoty densitometricky stanoví stupeň sarkopenie:

	Muži	Ženy
Norma	$\geq 10,76$ kg/m ²	$\geq 6,76$ kg/m ²
Sarkopenie lehká	8,51 – 10,75	5,76 – 6,75
Sarkopenie těžká	$\leq 8,50$	$\leq 5,75$

Léčebně se uplatňuje především:

- optimalizace nutričního stavu s příjmem bílkovin 1,5 g/kg;
- odporový trénink alespoň 2x týdně, u výrazně křehkých seniorů šetrnější aktivizace, především chůze a opakované vstávání ze sedu;
- aplikace vitamínu D;
- u mladších seniorů s rychlým rozvojem závažné sarkopenie se diskutuje indikace androgenů/estrogenů.

4) Deficit vitamínu D

Příčně pruhované svaly obsahují vysokou koncentraci receptorů pro vitamín D, což nasvědčuje, že jsou jeho cílovým orgánem. Osteomalacie i diskrétnější formy deficitu vitamínu D mají výrazné svalové projevy – svalovou slabost, obvykle zvláště nápadnou na dolních končetinách (m. quadriceps femoris) s problémy při vstávání ze sedu a při chůzi – kolébavá „kachní chůze“ při osteomalacii je důsledkem nejen bolesti a změny úhlu krčku stehenní kosti, ale výrazně také právě svalové slabosti. Aplikace vitamínu D, nejen v zimním období a u dlouhodobě institucionalizovaných seniorů, ale u všech lidí starších 70 let může zřejmě významně zlepšit svalovou sílu a stabilitu při chůzi.

5) Polymyalgia rheumatica

Revmatická polymyalgie je relativně častou, byť opomíjenou chorobou typickou pro vyšší věk, pro „mladé seniory“. V klinickém obraze dominuje bolestivá slabost zvláště kořenových svalů – svalstva pletence ramenního a kyčelního, častá je únava. V laboratorním náleze je obvyklá vysoká sedimentace erytrocytů a léčebně přináší promptní úlevu aplikace kortikoidů (Prednison).

Souhrnně lze říci, že pokud „v tom chceme umět chodit“ a chceme své geriatrické pacienty udržet obrazně i doslova na nohou, měli bychom věnovat podstatně více pozornosti, než je dnes běžné, stavu jejich svalstva. Měli bychom usilovat jak o pravidelné neformální funkční geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assesment) – ve světě obvykle 1x ročně, tak o rekondiční programy kombinující aerobní a odporovou (silovou) složku pod vedením fyzioterapeuta či jiného odborníka. Jde o jeden ze základních prvků v programech úspěšného stárnutí a aktivního stáří, o prvek zřejmě schopný zlepšit aktivitu, sebejistotu, bezpečnost, kvalitu života řady seniorů a naopak snížit jejich ohroženost pády, ztrátou soběstačnosti a tím i potřebu čerpat nemalé společenské náklady.

Farmakoterapie ve vyšším věku

MUDr. Jaroslava Koščálová, MPSV – odbor posudkové služby

Pro vyšší věk je typická polymorbidita a polyfarmakoterapie. Co tyto výrazy vlastně znamenají? Polymorbidita znamená současný výskyt více nemocí u jednoho pacienta a polyfarmakoterapie velký počet užívaných léků. Starší muži v ČR užívají průměrně 2 až 4 léky, ženy 4 až 6 léků. Mezi předepisovaným přípravky najdeme obvykle antihypertenziva, nitráty, perorální antidiabetika, hypolipidemika, nesteroidní antirevmatika, analgetika, antiagregancia a další léky. Téměř každý druhý senior v naší republice navíc kupuje volně prodejné léky v lékárně. Nežádoucí účinky léků jsou ve stáří častou komplikací léčby, pátou nejčastější příčinou úmrtí u hospitalizovaných a častým důvodem přijetí k hospitalizaci. Prvotním cílem farmakoterapie ve stáří by mělo být zlepšení kvality života. V této souvislosti je třeba upozornit na paradigmatické změny s překonáním převládající orientace na chorobu a s přenesením důrazu na funkční stav pacienta a kvalitu jeho života.

V každodenní klinické praxi je často zmiňována polypragmatie, i když by bylo vhodnější hovořit o polyfarmakoterapii. Ač jsou si oba pojmy obsahově blízké a bývají někdy i profesionální veřejností zaměňovány, nelze je etymologicky prohlásit za identické. Polyfarmakoterapie, často odůvodněná a účelná, bývá ve stáří podmíněna zejména současně přítomnou polymorbiditou. I když jednotlivá onemocnění jsou zcela správně a indikovaně léčena v souladu s medicínou založenou na důkazech, nejednou z toho plynou možné farmakologické interakce a nežádoucí účinky farmakoterapie projevující se často i významnou klinickou symptomatologií. Z těchto důvodů mohou být i závažné choroby obtížně odhalitelné a probíhat subklinicky. Polypragmatie je definována jako stav, kdy pacient, v některých případech zbytečně, užívá léčivých přípravků příliš mnoho, příliš dlouhou dobu nebo v nadměrných dávkách. O polypragmatii se jedná i v tom případě, kdy pacient užívá i jen jeden ne nezbytně nutný léčivý přípravek. Do určité míry má snahu tento pojem označit nekoordinovanost a neúčelnost terapeutických postupů a opatření. Polypragmatie tak může vést k exponenciálnímu nárůstu rizika nežádoucích účinků a lékových interakcí, při 6 a více podávaných léčích je riziko zvláště vysoké. Vyšší věk samotný však není považován za rizikový faktor vyššího výskytu nežádoucích účinků u seniorů. Mezi rizikovými faktory jsou uváděny zejména změny provázející stárnutí, které nesouvisejí ani tak s věkem seniora, jako spíše s jeho funkčním a zdravotním stavem. Velký význam v lékové terapii ve stáří má i úroveň spolupráce nemocného označovaná jako compliance. Podle některých studií 25–50 % ambulantních nemocných neužívá správně doporučenou medikaci. Příčinou těchto chyb jsou hlavně problémy s komunikací, porozuměním a užívání více léků současně.

Rostoucí počet seniorů a stále ještě relativně malá pozornost věnovaná této skutečnosti v širší lékařské veřejnosti činí tuto problematiku klinicky velmi významnou z praktického hlediska. Tato skutečnost podtrhuje potřebu hlubších znalostí alespoň základů gerontofarmakologie a jejich specifík v širší lékařské veřejnosti. Osud léčiv v organismu (farmakokinetika) i jejich účinek (farmakodynamika) se u řady léčiv ve stáří významně mění. Změny se týkají absorpce, distribuce léčiva v organismu, biotransformace i eliminace. Tyto odlišnosti mohou mít závažné klinické důsledky, například u často podávaných dlouhodobě působících benzodiazepinů se poločas eliminace prodlužuje z 50 hodin na 110 až 200 hodin, což má za následek časté nežádoucí účinky, a to poruchy krátkodobé paměti, pády a následné fraktury a častější lékovou závislost u seniorů. Geriatrická preskripce proto

vyžaduje individuální přístup s ohledem na řadu faktorů, které komplikují užití standardních postupů (farmakologické změny, polymorbidita, polyfarmakoterapie, zhoršená adaptace organismu, nespolupráce pacienta s doporučeným lékovým režimem aj.).

Jak již bylo řečeno, ve vyšším věku stoupá riziko polyfarmakoterapie vzhledem k časté víceorgánové patologii. Někdy bývá předepisována medikace na každý jednotlivý symptom, aniž předchází adekvátní vyšetření, které by stanovilo etiopatogenetickou diagnózu nebo aniž by bylo odpovědně zváženo, jaký přínos bude mít medikace pro kvalitu života seniora. Někdy se dokonce podrobnější vyšetření považuje za neindikované vzhledem k vyššímu věku. Může být i nepřímý tlak ze strany příbuzných předepisovat medikaci na příznaky nebo chorobné projevy, na něž žádná medikace s objektivně prokázaným příznivým účinkem neexistuje. Zvyšuje se tak riziko nejružnějších nežádoucích účinků léčiv. Řada studií dokumentuje nárůst polékových komplikací (nežádoucích účinků léčiv a lékových interakcí) s rostoucím věkem a rostoucím počtem užívaných léků.

Vždy by se měla indikovat pouze léčiva, jejichž účinnost byla prokázána a při preskripci postupovat podle medicíny založené na důkazech. Jako důkaz slouží studie, především velké a multicentrické, případně metaanalýza provedená na základě zhodnocení řady studií. Jako důkaz jsou přijímány i výsledky malých, přesně definovaných a metodicky dobře zabezpečených studií. Obecně platné důkazy se pak využívají formou konsenzu. Jde o shodu skupiny odborníků, kteří zhodnotí dostupné průkazné materiály a doporučí určitý preventivní, léčebný nebo diagnostický postup. Účinná terapie ve starším věku by měla proto vycházet z konkrétního cíle a preferencí podle nemocného. Pokud pacient tyto cíle nebo preference nemá a nezná, je třeba s ním jednotlivé možnosti srozumitelně a podrobně rozebrat. Některá běžně předepisovaná léčiva dokonce seniorům škodí a vedou ke vzniku dalších onemocnění a symptomů. Užití těchto léků v evropských zemích sledovala multicentrická studie, kterou publikoval výzkumný tým Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha v medicínském časopisu JAMA (JAMA 2005). Tato studie jako první v Evropě popsala situaci v preskripci léčiv nevhodných ve stáří v 8 evropských zemích.

Základní principy medikamentózní léčby u starších nemocných:

- Zhodnotit skutečnou potřebu medikamentózní terapie.
- Je farmakoterapie nutná? Ne všechny choroby, které se vyskytují ve stáří, vyžadují medikaci, protože mnohdy jsou pro seniora a kvalitu jeho života významnější geriatrické syndromy (syndrom instability, imobility, inkontinence, malnutrice a psychické alterace) než klasické indexové choroby.
- Pokud je to vhodné, spíše se preferuje léky nepodávat. Na druhé straně, pokud některý lék významně zlepší kvalitu života staršího nemocného, není nejmenší důvod ho nepodávat.
- Před zahájením jakékoli farmakoterapie je nutné vždy stanovit diagnózu a zvážit předpokládaný přínos terapie proti rizikům.
- Zjistit lékovou anamnézu, zvyklosti a návyky v užívání léku (nemocní mohou mít předepisovány léky od různých lékařů).
- Znalost užívané terapie jak předepsané, tak nepředepisované pomáhá předvídat eventuální lékové interakce.
- Kouření, alkohol a kofein mohou ovlivnit účinek léku.
- Všeobecně se doporučuje užívat ve stáří nižší dávkování (zejména při zahajování léčby, doporučuje se přibližně 30 % obvyklé dospělé dávky).
- Standardní dávka je pro staršího nemocného často vysoká.
- Starší nemocní jsou zvláště citliví na léky, které ovlivňují funkce centrálního nervového systému.

U seniorů byla popsána vyšší citlivost k sedativním účinkům léčiv, která se často projevuje psychomotorickým útlumem se zvýšeným rizikem pádů již při podání obvyklých terapeutických dávek.

- Dávkování léků je třeba pečlivě monitorovat a upravovat podle konkrétní klinické odpovědi pacienta.

Incidence nežádoucích účinků léků obecně je ve stáří 3–5krát vyšší než ve středním věku (ve stáří při užívání méně než tří léků během jednoho roku se objeví u 2 % nemocných, při více než deseti lécích vzniknou až u 17 % seniorů). V poslední době se stále častěji na úkor monoterapie upřednostňuje kombinace více léků. Počet potenciálních lékových interakcí roste exponenciálně s počtem podávaných léků. Může k nim dojít jak na úrovni farmakokinetické, tak i farmakodynamické. K interakci léků může docházet i s některými potravinami. Z nežádoucích účinků léků lze předvídat téměř $\frac{1}{3}$ a pouhou redukcí dávky léku lze eliminovat až $\frac{2}{3}$ z nich. Naskýtá se zde zcela oprávněná otázka, zda u seniorů nepoužíváme příliš vysoké dávky, když lék dávkujeme podle standardních doporučení. Podobně jako se u seniorů setkáváme s atypickým často vleklým průběhem chorob s možnými přidruženými komplikacemi, jež stáří samo o sobě přináší, setkáváme se ve stáří u seniorů s atypickými nežádoucími účinky léků, které jsou ve středním věku vzácné nebo se vůbec nevyskytují (např. delirantní stav, deprese, parkinsonismus, pády, močová inkontinence atd.). Úzká souvislost s pády je prokázána například u dlouhodobě účinkujících benzodiazepinů a při kombinované terapii čtyřmi a více léky. Tyto v kombinaci s dalšími rizikovými faktory pádů u seniorů zvyšují jejich riziko až 28x. Chybná diagnostika těchto nežádoucích projevů léčby farmaky může mylně vést k podávání a preskripci dalších léků, tzv. preskripční kaskádě. Tak vzniká začarovaný kruh, který končí polypragmazií. Komplexní posouzení medikace, jak léků vázaných na recept, tak i volně prodejných, u seniorů spočívá v jejich správné indikaci, správném dávkování a lékové formě přiměřené intelektovým možnostem a somatickým dovednostem léčeného seniora, v eliminaci předvídatelných nežádoucích účinků a lékových interakcí, v minimalizaci jejich dopadu na léčené a ve zvažování potřeby optimální doby podávání léku. V případě dlouhodobého až trvalého užívání léků nutný důsledný monitoring nežádoucích účinků a průběžné vyhodnocování compliance.

Závěr

V současné době může lékař díky velmi široké paletě léčiv a pokroku na poli technologie lékových forem volit léčivý přípravek prakticky „na míru“ konkrétnímu seniorovi. Tato možnost však na druhou stranu přináší některá úskalí. Především klade velké nároky na odbornou zdatnost lékaře, na jeho orientaci v dostupných léčivech a na detailní znalost možností jejich klinického užití a potenciálních rizik. Terapeutické úsilí může zpočátku vést ke zcela odůvodněné a účelné farmakoterapii, od níž je již velmi blízko k polypragmazií s možnými zdravotními riziky pro seniora, nehledě na snižující se compliance a narůstající náklady terapie. Farmakoterapie ve vyšším věku by měla být moderní, jednoduchá, individuální a účelná.

Z důvodů maximálně možné eliminace vedlejších efektů farmakoterapie by měly být respektovány obecně platné léčebné zásady ve stáří:

- * Podávat minimum léků.
- * Podávat léky co možná nejkratší dobu.
- * Léčit nízkými, ale účinnými dávkami.
- * Myslet na lékové interakce.
- * Léčit nefarmakologicky, pokud to lze.

Použitá literatura:

1. Ambler Z.: Neurologické poruchy a základní principy farmakoterapie u pacientů staršího věku
2. Weber P., Ambrošová P.: Polyfarmakoterapie a polypragmazie – základní problém geriatrické medicíny
3. Metyš K.: Podávání léků ve stáří
4. Kabelka L.: Terminální paliativní péče – zajímavosti farmakoterapie
5. Bartošíková L., Nečas J., Fráňová J.: Zhodnocení farmakoterapie u geriatrických pacientů ve vybraných domovech důchodců v regionu Brno
6. Vítovec J.: Neléčíme příliš?
7. Léky potencionálně nevhodné ve stáří, Medical Tribune 16/2005

Poznámky k aktualizaci seznamu nemocí z povolání

Prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.

Klinika pracovního lékařství LF Masarykovy univerzity a FN u sv. Anny v Brně

Nemoci z povolání (NzP) jsou podle nařízení vlády č. 290/1995 Sb. nemoci vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání. Nemoci z povolání se rozumí též akutní otrava vznikající nepříznivým působením chemických látek. NzP mohou podle platné legislativy (vyhl. č. 342/1997 Sb. v platném znění) uznat pouze specializovaná pracoviště – střediska nemocí z povolání, jejichž seznam je uveden v příloze vyhlášky.

Z definice je zřejmé, že pro uznání nemoci z povolání má zásadní význam seznam nemocí z povolání. Zjednodušeně lze konstatovat, že seznam má trojí význam:

1. Jde o taxativní seznam onemocnění, která mohou být za určitých podmínek uznána za nemoc z povolání. Pokud onemocnění v seznamu uvedeno není, nemůže být za nemoc z povolání uznáno a odškodněno. Je tedy zřejmé, že nemoc z povolání je zejména pojem právní.
2. Seznam u některých onemocnění stanoví jejich stupeň závažnosti, event. klinický obraz a diagnostická kritéria, od kdy se o nemoc z povolání může jednat. Za nemoc z povolání je pak považován většinou nejméně středně těžký stupeň onemocnění, lehký stupeň se za nemoc z povolání nepovažuje. Je tomu tak např. u pneumokoniózy, periferních neuropatií typu úžínových syndromů, Raynaudova syndromu z vibrací přenášených na ruce, u percepční nedoslýchavosti z hluku apod.
3. Seznam udává podmínky vzniku NzP. Týkají se míry expozice etiologickému profesnímu agens. Ohlédnutí do historie seznamu nemocí z povolání v naší republice nás zavádí na 7. mezinárodní konferenci práce do Ženevy v roce 1925, kde byl vypracován návrh úmluvy o odškodňování nemocí z povolání. Návrh obsahoval několik zavazujících právních ustanovení. Např. stanovil, že každý člen Mezinárodní organizace práce, který úmluvu ratifikuje, se zavazuje, že zabezpečí osobám postiženým NzP nebo jejich rodinným příslušníkům odškodnění založené na všeobecných zásadách svého státního zákonodárství, týkajícího se odškodňování pracovních úrazů, a bude považovat za nemoci z povolání onemocnění a otravy uvedené v přiložené tabulce. Československá republika tuto mezinárodní úmluvu ratifikovala v roce 1932 a byla 21. státem, který se k úmluvě připojil. Našla odraz v zákonu č. 99/1932 Sb., o odškodnění nemocí z povolání. V příloze k paragrafu 2 byl uveden seznam NzP obsahující 25 položek. Na základě rostoucích poznatků lékařské vědy se v následujících letech československý seznam NzP postupně rozšiřoval o nové nemoci, což dokumentuje následující přehled.
 - Zákon č. 46/1947 Sb., seznam nemocí z povolání obsahoval 34 položek,
 - zákon č. 99/1948 Sb. se seznamem o 35 položkách,
 - zákon č. 55/1956 Sb., seznam měl 36 položek,
 - Zákon č. 101/1964 Sb., a vyhl. č. 102/1964 Sb. se seznamem NzP o 40 položkách,
 - Vyhl. č. 128/1975 Sb. stanovila seznam se 42 položkami, a vyhl. č. 149/1988 Sb. uváděla seznam NzP se 44 položkami.

Následující již pouze český seznam nemocí z povolání byl stanoven nařízením vlády č. 290/1995 Sb. byl překvapivě zpracován zcela novou formou a v nové struktuře, v níž byly nemoci netradičně

rozděleny do šesti kapitol s celkem 83 položkami. U jednotlivých položek bylo uvedeno její číslo, označení nemoci z povolání a podmínky jejího vzniku. Lze konstatovat, že tento seznam v době svého zpracování kvalitně odrážel tehdejší lékařské poznatky a reflektoval požadavky seznamu nemocí z povolání Mezinárodní organizace práce, která v roce 1980 přijala novelu úmluvy č. 121/1964 a Evropské komise, která vydala pro členské státy seznam nemocí z povolání ve formě doporučení v roce 1990, tzv. evropský seznam nemocí z povolání (Commission Recommendation 90/326/EEC of 22 May 1990 concerning the adoption of a European schedule of occupational diseases).

K další aktualizaci českého seznamu NzP došlo zákonem č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, který v příloze č. 1. obsahuje nový seznam nemocí z povolání. Zákon změnil stávající koncepci poskytování právní úpravy zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání na pojištění sociálního systému, které bylo formulováno jako pojištění komplementární k zákonnému systému sociálního zabezpečení. Nemělo jít o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo NzP, ale o formu sociálního úrazového pojištění s vlastním systémem poskytovaných dávek. Ačkoli je zákon platný, nenabyl dosud účinnosti a zákonem č. 282/2009. byla jeho účinnost odložena do 1. 1. 2013.

V odborné veřejnosti se vzápětí projevil názory, že od doby sestavení seznamu NzP, který je přílohou nařízení vlády č. 290/1995 Sb., uplynulo zhruba 15 let a za tu dobu došlo jednak k rozvoji lékařské vědy a poznání příčinných souvislostí mezi různými riziky práce a onemocněními, jednak došlo k technickému pokroku a objevily se nové materiály a technologie spojené s novými pracovními riziky a také možnost vzniku nových poškození zdraví. Následně byly zahájena široká diskuse o úpravách a doplnění seznamu NzP, který by uvedenou skutečností reflektoval.

Výsledkem je aktualizace seznamu nemocí z povolání nařízením vlády č. 114/2011 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb, kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. Nabude účinnost již od 1. 7. 2011.

Po obsahové stránce byl českému seznamu vzorem tzv. evropský seznam nemocí z povolání, který vydala pro členské státy EU ve formě doporučení Evropská komise v roce 2003 (Commission Recommendation 2003/67/EC of 19 September 2003 concerning The European Schedule of Occupational Diseases). Je třeba konstatovat, že nový český seznam nemocí z povolání je širší než vzorový evropský seznam uvedený přílohou I citovaného doporučení. Oproti němu nejsou v našem seznamu uvedeny pouze dvě nozologické jednotky. Jde o nystagmus horníků a onemocnění z Thomasovy moučky. Důvodem je skutečnost, že zlepšené pracovní podmínky v našich dolech již po mnoho desítek let nevedly k nystagmu horníků, a změnami výrobní technologie vymizela i onemocnění z Thomasovy moučky. Proto nebyly tyto dvě položky zařazeny již do českého seznamu NzP v roce 1995 a aktuálně nebyl důvod znovu je z evropského seznamu převzít.

Druhým obsahovým zdrojem se stal seznam nemocí z povolání zpracovaný ve formě Doporučení R194 z 90. Generální konference Mezinárodní organizace práce z roku 2002 (R194 List of Occupational Diseases Recommendation, 2002) a jeho aktualizace, k níž došlo v roce 2010 (ILO List of Occupational Diseases /revised 2010/).

V rámci diskuse v odborné veřejnosti byly srovnávány i národní seznamy NzP několika evropských států. Bylo konstatováno, že zásadním momentem omezujícím význam mezinárodního srovnávání počtů NzP a jejich spektra je skutečnost, že uznávání NzP je v každé zemi zapojeno do zcela jiného sociálního a kompenzačního systému, existují odlišnosti v diagnostice a kvantifikaci onemocnění, v měření a hodnocení hygienických podmínek na pracovištích apod.

Nynější aktualizace zásadně vychází ze seznamu, který byl přílohou k nařízení vlády č. 290/1995 Sb. Ten je a) rozšířen o několik nových položek, nemocí z povolání, b) v některých položkách došlo k drobným formálním úpravám formulace textu, které se ukázaly jako potřebné na základě používání seznamu v praxi, které ale nemění zásadním způsobem obsah stávajících položek.

Seznam NzP je nadále rozdělen do šesti kapitol podle etiologického činitele nebo podle poškozených orgánů. Každá kapitola obsahuje zpravidla několik položek, u nichž je uvedeno jejich číslo, označení nemoci z povolání a podmínky jejího vzniku. Aktualizovaný seznam NzP má následující strukturu:

Kapitola I – NzP způsobené chemickými látkami – obsahuje 58 položek;

Kapitola II – NzP způsobené fyzikálními faktory – obsahuje 12 položek;

Kapitola III – NzP týkající se dýchacích cest, plic, pohrudnice a pobřišnice – obsahuje 13 položek;

Kapitola IV – NzP kožní – obsahuje 1 položku;

Kapitola V – NzP přenosné a parazitární - obsahuje 3 položky;

Kapitola VI – nemoci způsobené ostatními faktory a činiteli – obsahuje 1 položku (profesionální poruchy hlasu).

V čem se konkrétně liší nový seznam NzP od seznamu z roku 1995?

Seznam nemocí z povolání je nově rozšířen o nemoci, u nichž bylo s dostatečným stupněm jistoty na podkladě současných vědeckých poznatků prokázáno, že jejich vznik může kauzálně souviset s faktory práce, pracovních podmínek a pracovního prostředí.

Jedná se o šest následující nových nemocí z povolání:

1. **Nemoc z organických kyselin, která je nově uvedena v kapitole I a položce 56.**
2. **Nemoc z louhů, která je nově uvedena v kapitole I a položce 57.**
3. **Nemoc z dalších látek nebo směsí látek, která je nově uvedena v kapitole I a položce 58.**
Komentář: U prvních dvou nově zařazených nemocí pod položkami 56 a 57 se nepředpokládá, že povedou k významnému nárůstu NzP. Nemoci způsobené chemickými látkami se na počtu nemocí z povolání uznaných v naší republice v posledních letech podílí zhruba jen 1 %.
K zařazení nové položky 58 vedla skutečnost, že položky uvedené v seznamu NzP z roku 1995 v kapitole I neumožňovaly uznat za NzP nemoci prokazatelně způsobené směsí látek, např. inhalací zplodin hoření při požárech, nebo chemickými látkami, které nebylo možno pro jejich chemickou strukturu zařadit do žádné ze stávajících položek. Položka usnadní uznat za NzP mnohé zhoubné novotvary způsobené chemickými karcinogeny, které International Agency for Research on Cancer (IARC) řadí mezi látky s prokázaným humánním karcinogenním účinkem. Tuto položku bude event. možno využít i pro chemické látky, které se v budoucnu objeví v rámci nových technologií, ale také technologií, které se již objevily (např. nanomateriály), ale lékařské poznatky o tom, zda mohou být příčinou nemoci, se teprve shromažďují. Ve skutečnosti se jedná o „otevřenou“ položku.
4. **Rakovina hrtanu ve spojení s azbestózou nebo hyalinózou pleury je nově uvedena v kapitole III, položce 2 písm. d) seznamu nemocí z povolání.**
5. **Rakovina plic ve spojení s pneumokoniózou způsobenou prachem s obsahem volného křemíkatého oxidu křemičitého s typickými rtg znaky prашných změn, která je nově uvedena v kapitole III a položce 12 seznamu.**

Komentář: Zařazení dvou zhoubných novotvarů do seznamu NzP odráží aktualizaci našich znalostí o karcinogenním účinku oxidu křemičitého a azbestu podle IARC. U obou zhoubných

novotvarů nebude při uznávání NzP vzhledem k požadované asociaci s další nemocí způsobenou stejným etiologickým agens zohledňován velmi významný mimopracovní kauzální karcinogenní podíl, tj. kouření tabáku.

6. Chronická obstrukční plicní nemoc způsobená při těžbě v podzemí černouhelných dolů.

Komentář: Jedná se o nejvíce spornou a odborníky diskutovanou novinku seznamu NzP. Je velmi nesnadné vyhodnotit etiologický podíl pracovních faktorů a zejména faktorů mimopracovních, z nichž především kouření cigaret je nepochybně nejvýznamnějším faktorem kauzálně spojeným s tímto onemocněním. Epidemiologické studie prokázaly dávkovou závislost vzniku chronického zánětu průdušek a emfyzému plic na celkovém množství vdechnutého prachu. Proto musí být před uznáním nemoci z povolání prokázána dostatečná míra expozice černouhelnému prachu (resp. smíšeného prachu s obsahem krystalického křemene a prachu černouhelného) při práci v dole. Odrazem je zavedení expozičního kritéria podobně jako v německém seznamu nemocí z povolání. Je požadováno dosažení 90 % nejvyšší přípustné expozice a nemoc musí být zjištěna do dvou let po opuštění práce s rizikem fibrogenního prachu s obsahem volného krystalického oxidu křemičitého. Druhým limitujícím faktorem pro uznání NzP je až stadium III. chronické obstrukční plicní nemoci. Z důvodů lepší objektivizace bylo kromě omezení standardně používaných ventilačních spirometrických parametrů, tj. FEV1/FVC na méně než 0,70 a FEV1 na méně než 50 % náležitých hodnot, použito i kritérium zvýšení reziduálního objemu RV na 140 % náležité hodnoty nebo více, které je nutno verifikovat již objektivnější metodou celotělové pletyzmografie, a tak eliminovat možné rentové tendence.

Jeden ze závěrů proběhlé odborné diskuse, že by měl být seznam NzP aktualizován častěji v kratších časových intervalech, našel odraz v Národním akčním programu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro období 2011–2012, který byl schválen Radou vlády pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci dne 10. prosince 2010. Revize seznamu NzP budou v budoucnu prováděny ve dvouletých intervalech a v případě potřeby bude navržena jeho aktualizace.

V této souvislosti předpokládáme nejprve zahájení odborné diskuse, zda rozšířit a aktualizovat seznam NzP o onemocnění meziobratlových plotének bederní páteře z dlouhodobého zvedání nebo přenášení těžkých břemen nebo z dlouhodobých pracovních činností v extrémním předklonu nebo z dlouhodobého, převážně vertikálního působení celotělových vibrací při pracích vsedě. Obdobně musíme uvažovat o zařazení onemocnění krčních meziobratlových plotének z dlouhodobého přenášení těžkých břemen na rameni, a také odlomení trnů dolních krčních a hrudních obratlů při dlouhodobé práci s lopatou, zvedání nebo přenášení břemen, po degeneraci kostní hmoty z přetížení.

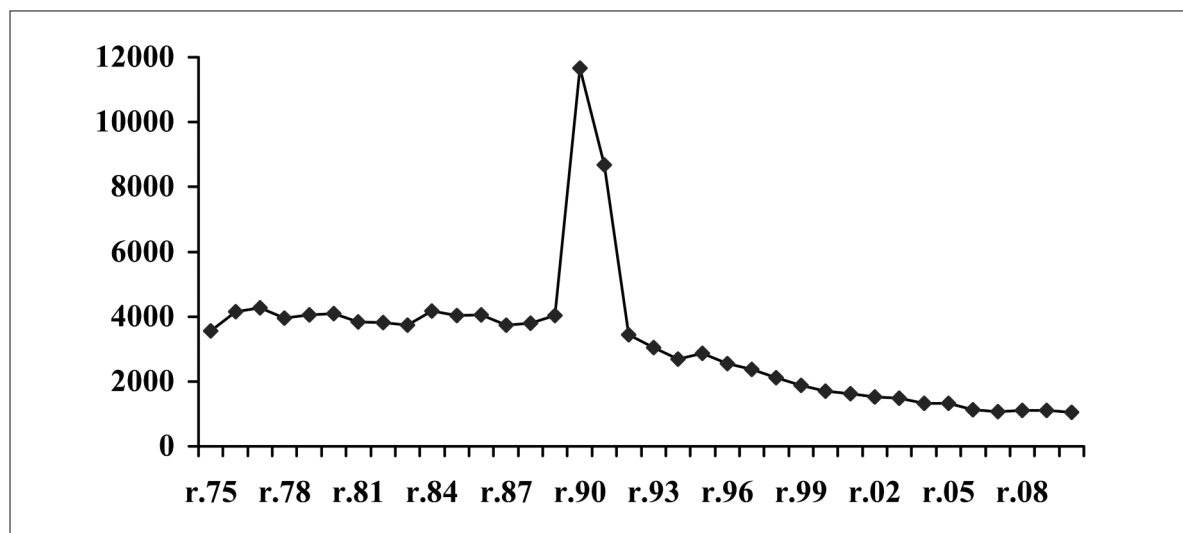
Dalším úkolem, který před odborníky pro pracovní lékařství stojí, je aktualizace, dopracování a upřesnění kritérií pro uznávání NzP v podobě diagnostických standardů.

Je potřeba konstatovat, že vznik NzP znamená selhání prevence. Řešení problematiky uznávání a odškodňování NzP je jisté na místě, ale zásadním způsobem je v naší republice potřeba podpořit zejména prevenci. V této oblasti oproti vyspělým zemím EU stále zaostáváme.

Na závěr se musím alespoň zmínit, že trend NzP je v naší republice dlouhodobě sestupný (graf 1, tab. 1). Přechodný vzestup v letech 1990–1992 byl způsoben arteficiálně tzv. hornickými reklasifikacemi. V roce 2010 byl uznáno 1 236 nemocí z povolání. Dominovaly NzP způsobené fyzikálními faktory (53 %), z nichž se na vzniku NzP kauzálně uplatnily zejména jednostranné dlouhodobé a nadměrné přetěžování pohybového aparátu a nervů končetin (406 NzP), nadměrné vibrace přenášené na ruce (230 NzP) a hluk (16 případů). Následovaly NzP dýchacího ústrojí, NzP přenosné a parazitární, před profesními dermatózami a NzP způsobenými chemi-

kými látkami (tab. 2). Nejvíce nemocí z povolání jsme zaznamenali v odvětví ekonomické činnosti „zdravotnictví a sociální péče“ (180 případů), před „těžbou a dobýváním“ (163 případy) a „výrobou motorových vozidel“ (131 NzP). S ohledem na regionální distribuci bylo nejvíce NzP ohlášeno tradičně v Moravskoslezském kraji (25 %).

Graf č. 1: Počet poškozených profesními nemocemi uznanými v České republice v letech 1975 až 2010



Tabulka č. 1: Základní údaje o profesních nemocích v České republice v letech 2004 až 2010

Parametr/rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Počet postižených osob	1 316	1 317	1 122	1 062	1 115	1 107	1 050
Nemoci z povolání	1 329	1 340	1 150	1 228	1 327	1 245	1 236
Ohrožení NzP	59	60	66	63	76	68	56
Profes. nemocí celkem	1 388	1 400	1 216	1 291	1 403	1 313	1 292
Muži	826	817	708	753	767	739	735
Ženy	562	583	508	538	636	574	557
Incidence na 100 tis poj.	31,6	31,5	27,0	28,1	30,7	30,9	30,0

Tabulka č. 2: Distribuce nemocí z povolání podle kapitol seznamu NzP – srovnání let 2009 a 2010

Kapitola seznamu NzP	Rok 2009 Počet	Rok 2010 Počet
NzP způsobené chemickými látkami	7	13
NzP způsobené fyzikálními faktory	593	657
NzP dých. cest, plic, pohrudnice	239	246
NzP kožní	175	140
NzP přenosné a parazitární	229	180
Profesní poruchy hlasu	2	0
Celkem	1 245	1 236

Použitá literatura:

- Brhel P., Manoušková M., Hrnčíř E. et al. Pracovní lékařství. Základy primární pracovnělékařské péče. Brno: NCONZO, 2005, 338 s
- Brhel P. Potřebujeme ohrožení nemocí z povolání a jejich seznam? Pracov. Lék., 60, 2008, 2, s. 79–83
- Dvořák P., Urban P. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace podle obecných zásad u návrhu právní úpravy nového seznamu nemocí z povolání
- Groneberg D. A., Nowak D., Wussow A. et al. Chronic cough due to occupational factors. J Occup Med Toxicol, 1, 2006, s. 1–10
- Hnizdo E, Vallyathan, V. Chronic obstructive pulmonary disease due to occupational exposure to silica dust: a review of epidemiological and pathological evidence. Occup Environ Med, 60, 2003, s. 237–243
- Národní registr nemocí z povolání. Nemoci z povolání v České republice 2010. Praha: SZÚ, 2011, 94 s
- Pelclová D. Je třeba aktualizovat český seznam nemocí z povolání? České pracovní lékařství, 10, 2009, 1, s. 25–29
- Trupin L, Ernest G., SanPedro M. et al. The occupational burden of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J, 22, 2003, s. 462–469
- Vejlupková J., Okrouhlík B. Historie seznamu nemocí z povolání v České republice. České pracovní lékařství, 2, 2001, 4, s. 196–202

Nejčastější postižení pohybového aparátu a nervů horních končetin jako nemoci z povolání

Prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.

Klinika pracovního lékařství LF Masarykovy univerzity a FN u sv. Anny, Brno

Mezi nemocemi z povolání (NzP) je v současnosti u nás i ve světě v popředí zájmu, a to nejen svou vysokou incidencí, problematika postižení pohybového aparátu a nervů horních končetin. Jde o skupinu onemocnění, u nichž je primární etiologickou noxou dlouhodobé a jednostranné přetěžování končetin při práci vyžadující vysoké čerpání sil svalů zapojených do pracovní operace, cílené působení nadměrné zátěže na malé svalové skupiny, vysoká četnost a stereotypní opakování vysokého počtu týchž pracovních pohybů, nadměrný rozsah pohybového pole, nefyziologická poloha končetin při práci, akumulace mikrotraumat a práce s ručně ovládaným pneumatickým nářadím a jinými vibrujícími nástroji, z nichž jsou na ruce přenášeny nadlimitní vibrace. Přitom se nemusí vždy jednat o klasické těžké manuální práce v průmyslu či zemědělství, ale může jít o administrativní práci v kanceláři u počítače s opakovanými stereotypními pohyby prstů rukou na klávesnici a myši, které vedou k přetížení šlach a svalů rukou a předloktí. Příklady prací, při nichž se můžeme s profesními bolestivými poškozeními pohybového ústrojí a periferních nervů setkat, uvádí následující tabulka 1.

Tabulka č. 1: Vzorový přehled profesí a pracovních činností s možnou expozicí dlouhodobému nadměrnému jednostrannému přetěžování končetin

Výrobní odvětví	Profese/pracovní činnost	Převažující rizikový faktor
Zemědělství	dojička-ošetřovatelka pěstební činnost	nadměrnost, jednostrannost
Lesnictví	lesní dělník	nadměrnost, jednostrannost potencující riziko vibrací
Dobývání uhlí	razič, rubač ručním způsobem	nadměrnost, jednostrannost potencující riziko vibrací
Výroba potravin	řezník-bourač, cukrářka	nadměrnost, jednostrannost
Textilní průmysl	soukařka, švadlena, šička, žehlířka, kloboučnice	nadměrnost, jednostrannost potencující faktor-nepříznivá pracovní plocha
Veřejná správa	administrativní pracovníce, písařka na manuálních stroji, na počítači	nadměrnost, jednostrannost
Zdravotnictví	stomatolog, zubní laborant	nadměrnost, jednostrannost potencující riziko vibrací
Pohostinství	číšník	nadměrnost, jednostrannost
Výroba kovů	frézař, lisař, montážní pracovník u pásu, soustružník, jeřábník, revidentka trub, struskař, bílý zedník, svářeč, zámečnick	nadměrnost, jednostrannost

Výroba nábytku	čalouník, dřevoobráběč	nadměrnost, jednostrannost
Výroba el. přístrojů	elektronavíječka	nadměrnost, jednostrannost
Výroba nekovových výrobků	sklář, brusič skla	nadměrnost, jednostrannost potencující riziko vibrací
Stavebnictví	zedník-omítkář podlahář, natěrač	nadměrnost, jednostrannost
Výroba obuvi	obuvník	nadměrnost, jednostrannost

Z rozboru NzP ohlášených Národním registru nemocí z povolání v letech 2005 až 2009 vyplynulo, že nemocí z povolání charakteru poškození pohybového aparátu a nervů končetin bylo uznáno celkem 2 799. V 65,6 % byly způsobeny jednostranným nadměrným a dlouhodobým přetěžováním končetin, v 33,6 % nadměrnými vibracemi přenášenými na ruce a v 0,8 % přímým tlakem. Nemocemi z povolání způsobenými vibracemi byli častěji postiženi muži (93 %), což koreluje se skutečností, že v profesích, při nichž jsou zaměstnanci vystaveni riziku vibracím, pracují převážně muži. Naopak profesními poškozeními způsobenými přetěžováním byly postiženy častěji ženy (57 %).

Dominujícím příznakem celé této skupiny NzP je bolest, kterou může předcházet pocit slabosti nebo tíhy v postižené končetině nebo parestézie. Bolesti v oblasti horní končetiny a zad pak mohou značně znepríjemňovat život nemocného a omezovat jeho funkční způsobilost.

Potíže postižených mohou pramenit z:

- a) postižení kloubních a kostěných struktur,
- b) postižení měkkých tkání (např. fascií, šlach, svalů),
- c) postižení nervů.

Poškození šlach, nervů, svalů a jiných měkkých tkání tohoto typu vznikající zejména z četných opakovaných pohybů se v odborné literatuře označuje jako Repetitive Strain Injury (RSI). U pracovních podmínek poškození pohybového ústrojí a nervů končetin se můžeme ve světové literatuře setkat s řadou další názvů – cumulative trauma disorders (CTDs), occupational overuse syndrome, work related musculoskeletal disorders, occupational cervicobrachial disorders (OCD), work related upper limb disorders (WRULD) aj.

Z rozboru této skupiny NzP horních i dolních končetin neurologické a ortopedické povahy v letech 2005 až 2009 (n = 2 799) vyplynulo, že v naší republice naprosto dominují periferní neuropatie typu úžinových syndromů. Výrazně převažují profesní bolestivé syndromy na horních končetinách. Spektrum jednotlivých typů NzP bylo následující:

1. periferní neuropatie typu úžinových syndromů (67 %),
2. poškození šlach, šlachových pochev a šlachových úponů (22 %),
3. osteoartrózy (10 %),
4. jiné (1 %); jednalo se o 22 případů burzitid, 2 aseptické nekrózy kostí zápěstí a jeden případ poškození menisků kolenních kloubů.

Podávám přehled nejčastějších bolestivých syndromů pohybového ústrojí a nervů horních končetin, které byly ve sledovaném období uznány za NzP.

A) Profesní periferní neuropatie typu úžinových syndromů na horních končetinách

Pod pojmem úžinového (tunelového) syndromu zahrnujeme lokální poškození periferního nervu a různé bolestivé syndromy v důsledku chronické mechanické iritace nervu v určitých před-

ilekčně zúžených anatomických oblastech jeho průběhu. Jde především o otvory ve fibrózní a sva-
lové tkáni a osteofibrózní kanálky, jimiž nerv prochází. Tato mechanická iritace je důsledkem
přetěžování končetin, konkrétně opakovaného nebo dlouhodobého namáhání okolních struktur,
zvl. v relativně nezvyklých polohách.

Příčinou vzniku NzP byly práce spojené s jednostranným dlouhodobým a nadměrným přetě-
žováním nebo tlak, tah či torze příslušných nervů horních končetin nebo práce s pneumatickým
náradím a jinými vibrujícími nástroji ručně ovládanými s takovými hodnotami zrychlení vibrací,
které jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci. Za NzP lze úžinové syndromy
uznat podle kapitoly II a položky 10 seznamu nemocí z povolání. Léze periferních nervů typu úži-
nových syndromů nebo charakteru ischemických neuropatií podle kapitoly II a položky 7 se-
znamu nemocí z povolání. Léze nervu musí být doprovázena klinickými příznaky a dosahovat
středně těžké poruchy podle EMG vyšetření.

V letech 2005 až 2009 jsme v ČR diagnostikovali celkem 1 900 případů NzP typu úžinových
neuropatií na horních končetinách: v 92 % šlo o syndrom karpálního tunelu, v 7 % o syndrom ku-
bitálního tunelu a v 1 % o sy. Guyonova kanálku. Na dolních končetinách byl uznán za NzP jen
jeden úžinový syndrom.

Syndrom karpálního tunelu

Je postižení středového nervu (n. medianus) tlakem v úzkém prostoru v dolní části dlaně.
Karpální kanál tvoří na dorzální straně zápěstí dvě řady zápěstních kůstek, na straně dlaňové lig.
carpi transversum. V tomto prostoru probíhají šlachy flexorů prstů, cévy a nervy pro svalstvo
a kůži ruky.

NzP vznikají v důsledku přetížení zápěstí a ruky, např. těžkou prací, často opakovaným stří-
dáním extenze a flexe zápěstí, zvl. pokud je spojeno s déletrvajícím napětím šlach flexorů při práci
s rukou ve špetce nebo se sevřením pěsti, činností s vysokou četností opakovaných pohybů flexorů
prstů, může dojít k zanícení šlachových pochev, zmenšení prostoru karpálního kanálu a útlaku
středového nervu. Nejprve dochází k ischemii povrchu nervu, při déletrvajícím útlaku dochází
uvnitř nervu k vazivovým změnám.

Pacienti si stěžují na brnění, palčivou bolest a snížení citlivosti 1.–3. prstu ruky a poloviny prs-
teníku. Prvním příznakem bývají většinou noční bolesti v dané oblasti.

Diagnostika se opírá o klinické vyšetření neurologem a elektromyografické vyšetření, které
prokáže poškození nervu až po delší době trvání obtíží.

Syndrom kubitálního kanálu

Je způsoben mechanickou kompresí n. ulnaris v sulcus nervi ulnaris humeri, který je v oste-
ofibrózním kanálku překrytý aponeurotickým začátkem m. flexor carpi ulnaris. Změny v apo-
neuróze pak zužují místa průchodu n. ulnaris a působí jeho iritaci. K onemocnění predisponují
určitá zaměstnání, při kterých dochází k dlouhodobé flexi s opřením o ulnární stranu lokte. Dal-
ším možným mechanismem vzniku je hypermobilita s tendencí k sublucacím přes mediální epi-
kondylus. K úžinovému syndromu dochází obvykle 1–2 cm distálně pod epikondylem a jeho
příčinou je také mikrotraumatizace při zvýšené námaze v oblasti lokte, zejména při forsírované ex-
tenzi nebo hyperflexi v lokti i bez jeho opírání o podložku.

V klinickém obraze dominují parestézie a bolesti vyzářující po ulnární straně předloktí do 5.,
případně 4. prstu ruky, zesilující se napnutím n. ulnaris při flexi lokte, polevující při extenzi.

Diagnóza je po neurologickém vyšetření verifikována elektromyograficky.

Syndrom Guyonova kanálu

Guyonův kanál se nachází na dlaňové straně zápěstí na bázi 5. metakarpu. Tvoří jej kůstky os pisiforme a os hamatum a vaz, který je spojuje. Pod ním prochází konečná větévka n. ulnaris, která inervuje kůži dlaňové strany malíku i jeho svalstvo a přivrácenou polovinu prsteníku. V důsledku útlaku nervu dochází k poruše aktivní hybnosti malíku provázené poruchou citivosti ulnární části dlaně. Příčinou vzniku může být nejčastěji opírání malíkové strany ruky a zápěstí o tvrdou podložku (pracovní stůl, tvrdé gripy na řídicích kola, dlouhodobý tlak pracovního nástroje na oblast hypotenaru apod.) nebo přetížení zápěstí při pracovních činnostech spojených s četnými a opakovanými pohyby flekčními a zevně.

Diagnóza je po neurologickém vyšetření verifikována elektromyograficky.

B) Profesionální nemoci šlach, svalových úponů a šlachových pochev

Jako NzP vznikají při práci, při které jsou příslušné svalové skupiny přetěžovány natolik, že přetěžování je podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci. Za nemoc z povolání lze tato onemocnění uznat podle kapitoly II a položky 9 seznamu nemocí z povolání. Musí se jednat o vleklé formy nemoci vedoucí k výraznému omezení pracovní schopnosti.

Převažující NzP jsou v této skupině tenzopatie v oblasti loketního kloubu (65 %), následované skupinou stenozujících tendovaginitid (20 %) a tendinitid flexorů a extenzorů předloktí a ruky (7 %), impingement syndromem (6 %) a dalšími poškozeními šlach jiné lokalizace (2 %).

Epicondylitis radialis humeri (též entesopathia epicondylarum humeri lateralis, EEHL, nebo tenisový loket)

Je charakteristická lokalizovanou bolestivostí v místě radiálního epikondylu humeru nebo jeho bezprostřední blízkosti, kde se nachází úpon společného začátku extenzorů ruky a zápěstí. Vzniká jako důsledek přetížení svalů a šlach, které způsobí poruchu vazivových struktur a následně aseptický zánět.

Vznikají při práci, při níž jsou přetěžovány příslušné svalové skupiny, např. jde o často opakované pohyby ruky, opakovanou silovou zátěž – dlouhotrvající stisk ruky, opakované pohyby (práce s kladivem, vrtačkou, šroubování, malování štětcem nebo válečkem, řezání motorovou pilou, nepřetržitě používání mnoha typů ručního nářadí).

Diagnóza se opírá zejména o pečlivé klinické vyšetření objektivizované pozitivitou třífázové scintigrafie loktů ve třetí, tj. kostněvazivové fázi. RTG obraz je většinou negativní.

Epicondylitis ulnaris humeri (též oštěpářský loket, golfový loket)

Je méně častá než radiální. Postižena je oblast společného odstupu flexorů zápěstí od ulnárního epikondylu. Etiopatie, klinický obraz, diagnostika a léčení jsou obdobné jako v předchozím případě.

Profesionální tendovaginitidy šlach extenzorů a flexorů ruky a zápěstí

Profesionně bývají nejčastěji postiženy šlachy prstů, ruky, zápěstí a předloktí zejména při práci, která jednak vyžaduje rychlé a opakované pohyby prstů a rukou, např. při opracovávání malých předmětů, jednak je na ni třeba vynakládat značnou svalovou sílu. Může vzniknout také při často opakovaných pohybech prstů bez vynakládání nadměrné síly (práce s myší, psaní na klávesnici, hra na kytaru, práce s mobilem apod.).

Šlachy flexorů prstů procházejí v oblasti zápěstí pod pevným vazivovým pruhem, jejich kluznost v těsném prostoru zlepšují synoviální pochvy. V případě přetížení dochází ke zvýšené tvorbě synoviální tekutiny, vzniká tzv. tenosynovitida (tendovaginitida) šlach.

V klinickém obraze nacházíme bolestivé zduření v průběhu šlach, krepitace při pohybu.

Diagnostika spočívá v klinickém vyšetření a vyšetření ultrazvukem.

Stenozující tendovaginitidy

Lupavý prst (digitus saltans, trigger finger)

vzniká vytvořením stenózy pochvy flexoru proximálně od kloubu metakarpofalangeálního. Na šlaše zde vznikne uzlík, který úžinou těžko prochází. Pohyb šlachy v pochvě je provázen lupnutím a přeskočením. Někdy šlachy zůstane ve flexi zablokována a musí se uvolnit pasivně. Uzlík bývá i hmatný.

De Quervainova choroba (též De Quervainova tendosynovitida)

Je způsobena tendosynovialitidou z přetížení šlach krátkého extenzoru a dlouhého abduktoru palce. Obě šlachy se nacházejí na vnitřní (palcové) straně zápěstí. Podél dolního konce radia probíhají v těsném vazivovém tunelu tvořícím nad šlachami fixační oblouk, který je upevňuje ve správné poloze. Kluznost šlach při pohybu zlepšují synoviální pochvy.

Příčinou vzniku jsou opakované pohyby palce ve smyslu natažení, ohnutí, odtážení a spojení s úchopem, stiskem, event. torzí zápěstí, které vedou k zánětu šlach a šlachových pochev. Výsledkem je zúžení prostoru pro pohyb šlach a bolest, kterou pocítujeme na palcové straně zápěstí.

Prvním příznakem bývá bolest na palcové straně zápěstí. Pokud problém neřešíme, dochází k většímu zanícení šlachových pochev. Při pohybu palce můžeme v průběhu šlach hmatat krepitaci. Úchop a stisk ruky je výrazně bolestivý.

Diagnostika spočívá v klinickém vyšetření a vyšetření ultrazvukem.

Impingement syndrom

Jde o bolestivý syndrom ramene s omezením pohybu při těsném subakromiálním prostoru, kdy hlavice pažní kosti, zejména při upažování, předpažování a rotacích stlačuje vůči akromiu a korakoakromiálnímu vazů čepičku rotátorů a tíhový váček. Nejvíce trpí vazivový úpon čepičky rotátorů ramene (m. supraspinatus, m. infraspinatus, m. teres minor, m. subscapularis), zvl. oblast šlachy m. supraspinatus. Šlašitý úpon této čepičky má chudé cévní zásobení, a proto snadno podléhá dystrofickým změnám.

Jako NzP vzniká při práci, při níž jsou jednostranně dlouhodobě a nadměrně přetěžovány příslušné svalové skupiny v oblasti ramene. Přispívají nevhodné polohy při práci vsedě či vstoje, často s vadným držením těla, kulatými zády a předsunutím hlavy. Za NzP uznáváme podle kapitoly II a položky 9 seznamu nemocí z povolání.

Za NzP považujeme pouze impingement syndrom III. stupně, tj. s kompletní rupturou rotátorové manžety, depozity kalcia ve šlaše zejména m. supraspinatus a exofytárními nánosy na akromiu, nižším subakromiálním prostorem, hypotrofií svalů pletence.

Charakteristickým příznakem je bolest na přední ploše ramenního kloubu, která se zvýrazní při elevaci ramene nad horizontálu. Postižení trpí nejen bolestmi při pohybu, ale také bolestmi kli-

dovými, zejména nočními. Ty se zvýrazňují zalehnutím ramene. Typické je postupné narůstání obtíží. Vždy nacházíme významné omezení hybnosti a pokles funkční svalové síly ramene.

Diagnosticky využíváme klinické ortopedické vyšetření, vyšetření ultrazvukem, RTG, MRI, event. artroskopické vyšetření.

C) Osteoartrózy kloubů horních končetin

Rozvíjí se při nesouladu mezi zátěží kloubu a biologickou odolností kloubních tkání tuto zátěž tolerovat. Při osteoartróze dochází k degeneraci hyalinní chrupavky s následnými změnami na subchondrální kosti, kloubních a kolemkloubních strukturách. Důsledkem těchto změn je omezení aktivity jedince, na němž se podílí omezení hybnosti, bolest, instabilita, snížení svalové síly a další vlivy.

Příčinou vzniku osteoartrózy jako nemoci z povolání jsou práce spojené s jednostranným dlouhodobým a nadměrným přetěžováním nebo u artrózy lokte, zápěstí nebo kloubů rukou i práce s pneumatickým náradím ručně ovládaným nebo při práci s vibrujícími nástroji s takovými hodnotami zrychlení vibrací, které jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci. Za NzP lze uznat izolované artrózy na horních končetinách podle kapitoly II a položky 9 nebo u artrózy lokte, zápěstí a kloubů ruky také podle kapitoly II položky 8 seznamu nemocí z povolání.

V letech 2005 až 2009 bylo ohlášeno 260 případů artróz horních končetin za NzP: v 48 % šlo o artrózu lokte, ve 24 % o rhizartrózu, ve 14 % o radiokarpální artrózu, v 8 % o artrózu drobných kloubů ruky, ve 3 % o artrózu ramenního kloubu (omartróza) a ve 3 % o artrózu akromioklavikulárního kloubu. Na dolních končetinách bylo uznáno jako NzP jen 6 případů osteoartrózy.

Hlavní klinická kritéria pro uznání artrózy za nemoc z povolání: artrózou je postižen pouze profesně namáhaný kloub, jde o izolovanou artrózu (nikoli o nález v rámci tzv. polyartrózy), kdy nález na sousedících a ostatních kloubech je normální nebo významně menší, než na kloubu profesně postiženém. Provléklost obtíží, tj. 6 a více měsíců trvající obtíže s objektivním doložením ve zdravotnické dokumentaci; klinický nález nepříznivé kloubní reakce postiženého kloubu (synovialitida, výpotek), odezvy ve svalové hypotrofii, desaxace, instabilita, narušení kineziologického řetězce. Na RTG změny II.–III. stupně na horní končetině a III. stupně na dolní končetině podle klasifikace Kellgrena a Lawrence; podstatné omezení kloubních exkurzí postiženého kloubu nejméně o $\frac{1}{3}$. Dochází k výraznému omezení pracovní schopnosti.

D) Jiné

Profesní nemoci tíhových váčků z tlaku

Je o abakteriální zánět tíhových váčků nad klouby vznikající jejich podrážděním. Nemoci z povolání vznikají při práci vykonávané v takové pracovní poloze, při které dochází po převážnou část osmihodinové pracovní směny k tlaku na postiženou oblast. Za nemoc z povolání lze uznat podle kapitoly II a položky 11 seznamu nemocí z povolání.

Kůže nad burzou i u aseptické burzitidy může být teplejší a zarudlá, palpačně je bolestivost a fluktuace.

Diagnostika: klinické vyšetření, ultrazvuk, aspirační punkce a doplňkově biochemie a vyšetření punktátu.

Jako nemoci z povolání byla hlášena v letech 2005 až 2009 pouze bursitis olecrani nebo bursitis subacromialis. Bursitis olecrani (studentský loket) je nejčastější postižení loketní burzy uložené povrchově mezi olecranem a kůži. Bursitis subacromialis bývá zejména součástí jiných

syndromů – např. impingement syndromu, při kalcifikující tendinitidě. Je výrazem obrany organismu po mechanické iritaci v oblasti svalového úponu.

Aseptická nekróza lunata (M. Kienböck)

Působí bolesti a omezení funkce zápěstí. Může vzniknout u pracujících s pneumatickým nářadím ručně ovládaným nebo při práci s vibrujícími nástroji s takovými hodnotami zrychlení vibrací, které jsou podle současných lékařských poznatků příčinou nemoci. Za nemoc z povolání lze aseptické nekrózy zápěstních kůstek uznat podle kapitoly II a položky 8 seznamu nemocí z povolání, pokud jsou spojeny se závažnou poruchou funkce vedoucí k výraznému omezení pracovní schopnosti. Ve sledovaném období let 2005 až 2009 byly jako NzP ohlášeny jen dvě aseptické nekrózy. Jen vzácně bývá diagnostikována aseptická nekróza os capitatum.

Použitá literatura:

- Brhel P., Manoušková M., Hrnčíř E. et al. Pracovní lékařství. Základy primární pracovnělékařské péče. Brno: NCONZO, 2005, 338 s
- Brhel P., Fenclová Z. Aktuální problematika profesionálních nemocí pohybového aparátu a periferních nervů končetin. Referát na Pracovním dnu Společnosti nemocí z povolání ČLS JEP, Brno, 12. 5. 2010
- Dungal P. et al. Ortopedie. Praha: Grada, 2005, 1 280 s
- Kadaňka Z., Brhel P. Kompresivně ischemické neuropatie na horních končetinách a práce. Čas. Lék. čes, 138, 1999, 8., s. 230–234
- Martinková J., Brhel P. Bolestivá postižení pohybového aparátu při práci v kanceláři. Pracov. Lék, 61, 2009, 3, s. 133–139
- Müller I., Brhel P. K některým otázkám hlavních nozologických jednotek profesionálních ortopedických onemocnění z přetěžování končetin. Pracov. Lék, 52, 2000, 1, s. 22–25
- Sosna A., Vavřík P., Krbec M. et al. Základy ortopedie. Praha: Triton, 2001, 175 s
- Višňa P., Hoch J. et al. Traumatologie dospělých. Praha: Maxdorf, 2004, 157 s

Salmonelóza a kampylobakteriόza diagnostika, léčba a protiepidemická opatření u osob s epidemiologicky rizikovou profesí

MUDr. Markéta Petrovová

Klinika pracovního lékařství Lékařské fakulty MU Brno a FN u svaté Anny v Brně

Úvod

Článek se zabývá nejčastějšími infekčními průjmy v ČR a postupem při léčbě osob s epidemiologicky závažnou profesí. Průjmová onemocnění jsou jedním z nejčastějších problémů vyvolaných infekčními agens. Z klinických příznaků akutního průjmového onemocnění nelze obvykle stanovit přesnou příčinu potíží, nelze ani určit mikrobiálního původce onemocnění (1). Podle anamnestických údajů a objektivního vyšetření v diferenciální diagnostice zvažujeme:

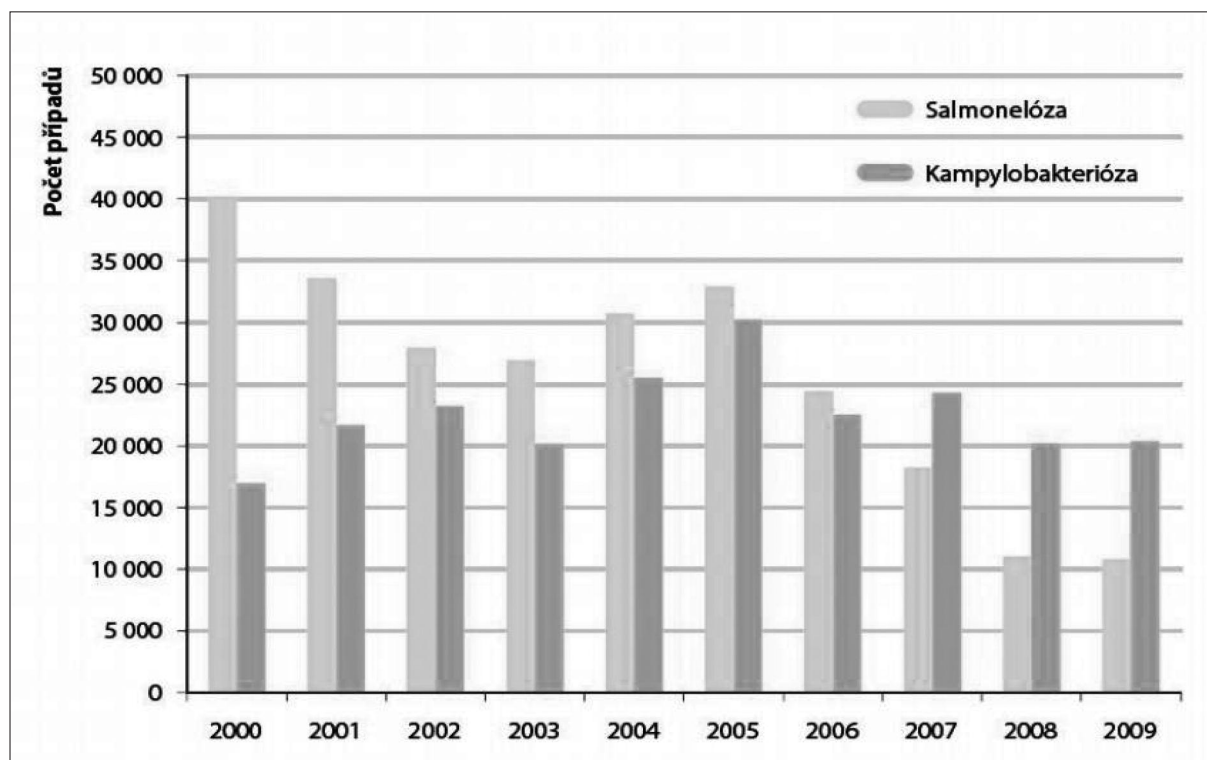
1. *Enterotoxikózy* – vznikají po konzumaci jídel kontaminovaných bakteriálními toxiny.
2. *Infekční průjmy* – onemocnění trvá několik dnů, v popředí klinického obrazu jsou horečky, průjmové stolice s příměsí hlenu a krve, často zeleně zbarvené, bolesti břicha.
3. *Průjmy neinfekční etiologie* – náhlé příhody břišní nebo chronické recidivující průjmy u tumorů, ulcerózní kolitidy.
4. *Stavy napodobující průjmové onemocnění* – užívání projímadel, funkční poruchy střevní.

Infekční průjmy

Z původců střevních infekcí se v našich podmínkách vyskytují nejčastěji salmonelózy, kampylobakteriόzy a virové gastroenteritidy (rotaviry a Norwalk viry), dále enterotoxikózy. Významně ubylo bacilární úplavice, které se dříve uplatňovala zejména v nevyhovujících hygienických podmínkách.

Více než polovinu všech hlášených průjmových onemocnění v ČR v posledních letech tvoří salmonelózy a kampylobakteriόzy. Od r. 2007 je v databázi infekčních onemocnění v ČR Epidat, provozované hygienickou službou zřetelný trend vyššího počtu kampylobakteriόz než salmonelóz. Tyto infekce nepodléhají povinné hospitalizaci, obvykle postačí domácí léčení. Do nemocnice by měli být odesláni pacienti s těžkým průjmem provázeným dehydratací, se silným zvracením, s nedostatečným perorálním příjmem potravy. Hospitalizace je nutná i u systémových infekcí.

Graf 1: Výskyt salmonel0z a kampylobakteri0z v 0R v letech 2000–2009



Zdroj dat: <http://www.szu.cz/>: Nemoci a jejich prevence [online]. 2011 [cit. 2011-05-03]. Vybrané infekční nemoci v 0R v letech 2001–2010 – absolutně.

Dostupné z [www](http://www.szu.cz/):

<http://www.szu.cz/publikace/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-1998-2007-absolutne>

Salmonel0za

Onemocnění způsobují tyčinkovité bakterie – salmonely. V současné době je známo více než 2 500 sérotypů salmonel, v 0R jich bylo diagnostikováno několik set. Některé salmonely vyvolávají jen lidská onemocnění (břišní tyfus a paratyfus), jiné pouze onemocnění u zvířat. Ostatní salmonely u lidí i zvířat způsobují horečnaté průjemové onemocnění – salmonel0zu. Dlouhodobě dominantním sérotypy jsou u nás *Salmonella enteritidis* (90 %) a *Salmonella typhi murium* (2–3 %). V roce 2009 bylo hlášeno v 0R celkem 10 805 pŕípadů onemocnění salmonel0zou, v roce 2010 celkem 8 622 pŕípadů onemocnění.

Primárním zdrojem nákazy jsou infikovaná domácí a divoká zvířata, z jejichž masa, orgánů, mléka a vajec se vyrábějí potraviny. Významným zdrojem nákazy je drůbež, především kuřata a slepice. Kromě drůbežího masa jsou vysoce riziková především vejce, a výrobky z nich (cukrářské výrobky, domácí majonéza, saláty, vaječné pomazánky). K přenosu dochází požitím potravin, které nejsou zpracovávány za vyšších teplot a které jsou dobrou živnou půdou pro pomnožování salmonel. Důležitý je způsob kuchyňské pŕípravy – k likvidaci salmonel je třeba var trvající 10–12 minut, při kratší tepelné úpravě salmonely pŕežijí. K n0kaze je obvykle třeba vysoké množství bakterií (10^6 – 10^9), přenos z člověka na člověka je díky tomu při dodržování běžných hygienických zásad vzácný. Inkubační doba je 6–48 hodin, průměrná 8–10 hodin. V konkrétním pŕípadě závisí délka inkubační doby na

sérotypu mikroba, velikosti infekční dávky, kvalitě imunitního systému jedince aj. Salmonelózy se vyskytují hlavně v létě a mívají často epidemický výskyt.

V klinickém obraze dominuje u dospělých obvykle gastroenteritida s horečkou, zvracením a vodnatými, často zelenými stolicemi. Při těžkém průběhu může dojít k rychlé dehydrataci vedoucí někdy až k selhání ledvin. Horečka dosahuje 39–40 °C, pacienti mohou mít bolesti břicha, ale i hlavy, svalů a kloubů. Stolice jsou velmi časté, až několik desítek denně, u dospělých obvykle bez příměsí krve a hlenu. Pacienti s imunodeficitem jsou ohroženi systémovým onemocněním, případně se salmonely šíří hematogenně do různých orgánů, kde vytvoří hnisavá ložiska. Salmonelová seps se projevuje jako nejasný horečnatý stav, průjem nemusí být (2, 3).

Diagnostika střevních salmonelóz se provádí kultivací ze stolice. Vzhledem k tomu, že ne v každé stolici musí být salmonela zachycena, provádíme při důvodném podezření výtěr z konečníku 3 dny po sobě. U některých nemocných může být pozitivní i hemokultura.

Léčba závisí na formě onemocnění. Asymptomatická forma léčbu nevyžaduje, salmonelová gastroenteritida se v naprosté většině případů léčí jen symptomaticky rehydratací a dietou, případně probiotiky, kontraindikována jsou antimotoilika. U těžkých salmonelových průjmů s horečkami, četnými stolicemi, příměsí krve ve stolici apod. nereagujících na symptomatickou léčbu podáváme antibiotika podle citlivosti (kotrimoxazol, chinolony, aminopeniciliny).

Období nakažlivosti je v průběhu nákazy, dlouhodobé nosičství (déle než 1 rok) je vzácné, asi ve 2–4 %o případů. Rekonvalescentní pozitivita, kdy pacient vylučuje salmonely stolicí bez klinických příznaků, může trvat týdny až měsíce. Obvykle nevyžaduje léčbu, antibiotika, probiotika ani další léky většinou debacilizaci neurychlí, naopak podávání antibiotik ji může prodloužit. Kontrola bakteriální negativity u nerizikových profesí se rutinně nemusí provádět.

Kampylobakteri0za

V současné době nejčastější bakteriální střevní infekce v ČR, v roce 2009 bylo hlášeno 20 371 případů, v roce 2010 pak 21 161 případů onemocnění. Ze 14 známých sérotypů je u nás nejvíce zastoupen *Campylobacter jejuni* (95 %) a *Campylobacter coli* (oba z rodu *C. species*).

V přírodě se kampylobaktery vyskytují v trávicím traktu různých zvířat (prasata, skot, drůbež, kořata, štěňata aj.). K přenosu na člověka dochází hlavně kontaminovanými potravinami, nejčastěji nedostatečně tepelně upraveným drůbežím masem (grilovaná kuřata, grilování masa a uzenin v přírodě). Drůbež v chovech a následně i v tržní síti je kampylobaktery často kontaminována, podstatně rizikovější je drůbež chlazená než mražená. Vznik onemocnění závisí na stupni kontaminace, infekční dávka je kolem 10⁴. Přenos kontaminovanou vodou, kontaktem se zvířetem nebo z člověka na člověka je mnohem méně častý. Kampylobakteri0zy se vyskytují celý rok s maximem v létě a na podzim a postihují děti i dospělé. Častější než epidemie jsou sporadická onemocnění bez vzájemné epidemiologické souvislosti.

Inkubační doba většinou 3–5 dní, známo je rozpětí 1–10 dní. Kampylobakteri0za je akutní bakteriální střevní onemocnění různé závažnosti, s průjmem, kolikovitými bolestmi břicha, horečkou, nevolností a zvracením. Onemocnění mohou doprovázet zánětlivé změny ve stěně střevní (čerstvá

krev ve stolici). Někdy může imitovat náhlou příhodu břišní. Nemoc trvá 4–7 dní. Ve srovnání se salmonelózou je obvykle počet stolic nižší a nebývá zvracení, rovněž dehydratace nebývá tak významná. Sepse a systémové infekce jsou podstatně méně časté než u salmonelóz. Častěji než u salmonelózy se vyskytují onemocnění s minimálním průjmem nebo bezpříznakové vylučování mikroba.

Diagnostika je obdobná jako u salmonelóz. U střevních infekcí je základem kultivace ze stolice na speciálních půdách. Laboratorně bývají vyšší zánětlivé parametry a také známky postižení jater. I v terapii kampylobakteri0z je rozhodující rehydratace a dieta. Vzhledem k invazivitě se ani zde nemají podávat antimotilika. Antibiotickou terapii je třeba použít jen u těžkých střevních infekcí, které dostatečně nereagují na symptomatickou léčbu. Měla by být podána co nejdříve a podle citlivosti; na rozdíl od salmonel se udává debacilizace do 72 hodin od podání. Lékem volby jsou u kampylobakteri0 makrolidy (např. clarithromycin aj.), účinné bývají i fluorochinolony, jejichž nevýhodou je věkové omezení a zejména výrazně narůstající rezistence (2, 3, 4).

C. jejuni je vylučován ze stolice po celou dobu onemocnění a několik dní po jeho skončení. Epidemiologické riziko je u inkontinentních nemocných. Vnímavost je všeobecná, imunita bude pravděpodobně krátkodobá.

Pro obě infekce platí stejná protiepidemická opatření:

- a) preventivní – opatření v chovech zvířat, důsledné dodržování hygienických opatření v potravinářských provozech, osvěta;
- b) represivní: hlášení onemocnění, izolace nemocného, aktivní vyhledávání všech kontaktů s provedením mikrobiologického vyšetření stolice plus zvýšený zdravotní dozor u nich. Dále onhisková a průběžná desinfekce (hygiena rukou), režim a příjem v dětských předškolních zařízeních.

Postup v případě onemocnění nebo podezření na infekční onemocnění u osoby vlastníci zdravotní průkaz z důvodu výkonu epidemiologicky rizikové profese

Činnosti epidemiologicky závažné definuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví jako pracovní činnosti:

- při výrobě a při uvádění potravin do oběhu kromě přepravy a skladování balených potravin;
- ve stravovacích službách;
- při výrobě kosmetických prostředků;
- v provozovnách holičství, kadeřnictví, pedikúry, manikúry;
- v provozovnách k péči o tělo (solária, myostimulátory);
- v kosmetických, masérských, regeneračních a rekondičních službách, při přímém styku s potravinami, pokrmy, kosmetickými prostředky nebo tělem spotřebitele.

Pracovníci musí být k této činnosti zdravotně způsobilí a musí mít znalosti nutné k ochraně veřejného zdraví. Jsou povinni podrobit se lékařským prohlídkám a vyšetřením u registrujícího praktického lékaře a informovat jej o druhu a povaze své pracovní činnosti. Při výkonu profese musí zajistit, aby nedošlo k ohrožení a poškození zdraví osob infekčním onemocněním. Za nesplnění nebo porušení povinností může uložit orgán ochrany veřejného zdraví pokutu do výše 2 000 000 Kč, resp.

3 000 000 Kč pokud došlo k poškození zdraví fyzických osob, ke vzniku nebo hrozbě epidemie. Pokuta může být uložena i za uvedení nepravdivých údajů a informací (5).

Obvyklý a správný postup pro výše zmiňované profese (běžně je pro všechny typy používán termín *potravinař*), je ošetřen ve vyhlášce MZ č. 195/2005 Sb. (6) a funguje následovně:

V případě výskytu akutního horečnatého, průjmového či exantémového onemocnění vlastního nebo u osob žijících ve společné domácnosti (za epidemiologicky významný kontakt se považuje společný byt, společná příprava a konzumace stravy, sdílení sociálního zařízení – WC, popřípadě péče o osobu s výše uvedenými zdravotními obtížemi) oznámí toto postižený neodkladně svému nadřízenému. Současně vyhledá lékaře k provedení vyšetření zdravotního stavu a odběru biologického materiálu. Může jít o lékaře závodní preventivní péče ve firmě nebo o registrujícího praktického lékaře, vzácněji infektologa, chirurga apod.

O dalším postupu rozhodne lékař poskytující péči. Klinický obraz vyvolaný jednotlivými infekčními agens nebývá jednoznačný, orientovat se lze podle uvedené konzumace jídel před vznikem onemocnění, podle inkubační doby, podle ročního období a epidemiologické situace v místě. Je možné odeslání pacienta k hospitalizaci z důvodů závažného klinického průběhu, vystavení dočasné pracovní neschopnosti nebo domácí izolace a léčba během čerpání řádné dovolené. Bezodkladně se provede vyšetření stolice na bakteriologické, lépe i virologické vyšetření. Výsledek mikrobiologického vyšetření předává diagnostikující mikrobiologická laboratoř lékaři, který vyšetření provedl (i negativní nález), pozitivní nález pak i na příslušné spádové oddělení epidemiologie.

Zaměstnavatel po oznámení infekčního onemocnění, nebo podezření na ně u pracovníka nebo u rodinných příslušníků, popř. ve společném bydlišti, rozhodne o dalším postupu s přihlédnutím k místním provozním podmínkám. Pokud se jedná o bezpříznakové onemocnění pracovníka nebo hraniční kontakt s nemocnou osobou ve společné domácnosti a čeká se na výsledek vyšetření, je teoreticky možné (po dohodě s hygienickou službou), aby pracovník byl převeden na nerizikovou práci. Tedy práci administrativní, bez kontaktu s nebalenými potravinami, mimo přípravu či výdej stravy, za předpokladu vyčlenění samostatného sociálního zařízení pouze pro pracovníka a jeho dezinfekce do doby zjištění výsledků provedených vyšetření. V ostatních případech nesmí potravinař práci vykonávat.

Opatření u nemocného po potvrzení infekční etiologie onemocnění organizuje epidemiolog. Spočívají v provedení místního šetření, získání a ověření údajů v domácnosti nemocného pracovníka i na jeho pracovišti, vyhledání kontaktních osob a nařízení preventivních protiepidemických opatření u nich (tzv. lékařský dohled: odběry biologického materiálu, vyšetření lékařem, sledování zdravotního stavu, laicky se nesprávně používá termínu karanténa). Pokud se jedná o průjmovité onemocnění u kuchařek, je obvyklé uzavření potravinářského provozu do výsledku 3x vyšetření stolic personálu, úklid a sanitace provozu, zajištění náhradního stravování popř. náhradního (zdravého) personálu kuchyně. Tato opatření ukládá provozovateli svým rozhodnutím příslušné spádové pracoviště hygienické služby – epidemiologie, ve spolupráci s oddělením hygieny výživy. V případě nosičství, dlouhodobého vylučování choroboplodných zárodků břišního tyfu, paratyfu A, B a C, salmonelózy nebo bacilární úplavice, nesmí potravinař, pokud je o této skutečnosti informován, činnosti, které by ohrožovaly zdraví jiných osob, vykonávat. Po dobu nosičství nesmí být držitelem zdravotního průkazu. Již vystavený zdravotní průkaz odevzdá orgánu ochrany veřejného zdraví.

Ošetřující lékař po léčbě a po úpravě zdravotního stavu nemocného potravinaře provede závěrečné vyšetření formou mimořádné preventivní prohlídky v rozsahu vyšetření klinického a laboratorního. Odběr stolice je třeba provést opakovaně, obvykle ve 3 následujících dnech (z důvodu

nepravidelného vylučování mikroba do stolice, kde opakování odběru zvýší pravděpodobnost zachytu). Vyšetření se nemá provádět při současném podávání antibiotik. Závěrem mimořádné prohlídky je vydání Rozhodnutí o zdravotní způsobilosti k opětovnému výkonu epidemiologicky rizikové profese na podkladě negativy provedených kontrolních vyšetření stolice.

Závěr

U osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné je problematika pracovní neschopnosti a posouzení zdravotní způsobilosti k práci složitější. Kromě diagnostiky a léčby vlastního onemocnění se musí ošetřující lékař zaměřit i na ochranu veřejného zdraví, zvolit správný algoritmus vyšetření a umožnit návrat k výkonu profese až po splnění všech legislativních požadavků. V opačném případě hrozí problémy pracovníkovi (finanční postih, zákaz činnosti až výpověď z pracovního poměru pro hrubé porušení pracovní kázně, kterým je práce v době probíhajícího průjmového infekčního onemocnění nebo předčasný návrat do zaměstnání bez prokázané negativy opakovaného laboratorního vyšetření stolice) i lékaři samotnému (podcenění situace, nedostatečná protiepidemická opatření, špatné informování pacienta, předčasné ukončení pracovní neschopnosti, pokud vedou k výše zmíněným problémům u pracovníka).

Použitá literatura:

- 1) Doporučené postupy pro praktické lékaře. Infekční průjmy. Praha: ČLS JEP, 2002. 10 s. o/020/254
- 2) Ambrožová Helena. Salmonelozy a kamylobakteriozy. Zdravotnické noviny : příloha Lékařské listy. 28. 6. 2010, 13/2010, s. 12–15. ISSN 1214-7664
- 3) Havlík Jiří, et al. Infekční nemoci: Příručka pro praktické lékaře. Vyd. 1. Praha : Galén, 1998. Průjmová onemocnění bakteriální a virová, s. 221, 89–108
- 4) Bardoň Jan. Bakteriální alimentární infekce. Potravinářská revue. 2008, 2/2008, s. 3. ISSN 1801-9102
- 5) Zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. In Sběrka zákonů. 2000, 74, s. 3622–3662
- 6) Vyhláška 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky vzniku a šíření infekčních nemocí a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In Sběrka zákonů. 2005, 71, s. 3814–3834

Problematika transplantace kmenových buněk krvetvorby v posudkovém lékařství

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV – odbor posudkové služby

Transplantace jako léčebná metoda

Transplantace kmenových buněk krvetvorby (SCT-stem cell transplantation) se používá jako léčebná metoda při léčbě primárních imunodeficiencí dětí a řady maligních nádorů dětí i dospělých, kdy je díky ní možno použít intenzivnější chemoterapii. K transplantaci lze použít různé štěpy – kostní dřeň, periferní kmenové buňky nebo pupečnickovou krev. Metoda transplantace kostní dřene/krvetvorných buněk je léčebný výkon, při kterém se nahradí vlastní vadná kostní dřeň novou krvetvornou tkání od zdravého dárce (alogenní transplantace) nebo vlastním štěpem (autologní transplantace) a díky tomu se obnoví obranyschopnost. Dárci se kmenové buňky mohou odebírat buď přímo ze žilní krve do separátoru nebo odsátím kostní dřene z dutin pánevní kosti s oddělením kmenových buněk. U dárců se odběry štěpů kostní dřene a krvetvorných buněk provádí po stimulaci (G-CSF – růstovým faktorem pro granulocyty, Neupogen). Je též možno provádět odběry nestimulovaných krevních lymfocytů (DLI) úplné krve či krevních destiček k podpoře transplantačního efektu. K transplantaci je potřebné nashromáždit dostatečný počet kmenových buněk (v jednom nebo více odběrech v několika dnech po sobě). Kmenové buňky lze podat pacientovi hned po odebrání nebo je možné je uchovat ve zmraženém stavu až do doby jejich aplikace (po rozmražení) pacientovi. Samotná transplantace kostní dřene nebo kmenových buněk probíhá formou transfuze do žíly.

Pro úspěch transplantace je nutno docílit co možná nejvyšší shody v tzv. transplantačních znacích (vyšetření HLA znaků I. a II. třídy). Podané kmenové buňky si najdou cestu do kostní dřene, kde se usadí a začnou se množit. Po cca 10–14 dnech po autologní a syngenní transplantaci a po cca 14–21 dnech po alogenní transplantaci vznikne nová populace krevních buněk a v krevním obraze se začnou objevovat všechny krevní elementy; pacient přestává potřebovat transfuze. Nastává „příhojení“. Do doby příhojení je pacient v těžké neutropenii, trombocytopenii a anemii. Podávají se mu transfuze a růstové faktory pro bílé krvinky (G-CSF). Součástí léčby je i vysoce ochranné prostředí transplantačních jednotek (pobyt na izolačním boxu, transplantačním pokoji) s podáváním nízkobakteriální stravy. Nedílnou součástí léčby je podávání hepatoprotektiv a antivirotik, a to ještě i několik týdnů po transplantaci k snížení rizika pozdních komplikací. Největším nebezpečím do doby příhojení jsou infekce a v důsledku chemoterapie (vysokodávkové) i komplikace z poškození orgánů – zejména poruchy jater, ledvin a poškození sliznic s projevy mukositivity. Další komplikací může být intenzivní reakce štěpu proti hostiteli (GVHD – graft versus host disease) vyvolaná lymfocyty dárce; může být akutní nebo chronická a projevuje se zejména poruchou funkce jater, zažívacího systému a kůže. Uvedená komplikace při použití vlastního štěpu odpadá. K pozdním následkům transplantací patří v některých případech poruchy žláz s vnitřní sekrecí, poruchy plodnosti, vznik druhotných maligních onemocnění, poruchy tvorby slin a slz, šedého základu nebo u dětí poruchy růstu.

Druhy transplantace

Transplantace krvetvorných buněk se dělí podle toho, kdo je dárce – na autologní, kdy jde o převod vlastní krvetvorné tkáně pacienta, alogenní a syngenní a podle zdroje kmenových buněk na transplantaci kostní dřevě a transplantaci krvetvorných buněk z periferní krve. Transplantace jsou indikovány především u mladších pacientů s prognosticky nepříznivým nebo pokročilým onemocněním.

Principem autologní transplantace je převod vlastní krvetvorné tkáně pacienta, která je odebrána před podáním vysokodávkové chemoterapie nebo před celotělovým ozářením (které nenávratně poškozují kostní dřevě). Po absolvování chemoterapie nebo radioterapie se krvetvorná tkáň (která není poškozena léčbou) vrací/transplantuje zpět. Protože jde o vlastní tkáň, pacient nemusí užívat imunosupresiva.

Autologní transplantace se používají v léčbě pacientů s mnohočetným myelomem, lymfomy nebo akutními leukémiemi; jsou používány při léčbě jiných nádorů jako karcinomu varlat či dětských onkologických nemocí (Ewingův sarkom, neuroblastom). Po autologní transplantaci není potřebné podávání imunosupresiv.

Principem alogenní transplantace – je převod krvetvorné tkáně od zdravého dárce. Pokud je dárce identický sourozenec, jde o alogenní příbuznou transplantaci. Pokud je dárce vhodný nepříbuzný jedinec, jde o alogenní nepříbuznou transplantaci. Pacienti dostávají chemoterapii nebo radioterapii, ale ta nemusí být vysokodávková a jejím cílem nemusí být odstranění všech zhoubných nádorových buněk. Při alogenní transplantaci se předpokládá, že buňky dárce, vznikající po transplantaci v kostní dřevě příjemce, rozpoznají a zlikvidují zhoubné buňky příjemce. Alogenní transplantace se používají u pacientů s chronickou myeloidní leukémií, akutními leukémiemi, lymfomy nebo chronickou lymfatickou leukémií; méně často je indikací imunodeficience. Ihned po transplantaci se začnou podávat imunosupresiva k zabránění nežádoucích imunitních reakcí mezi buňkami dárce a příjemce.

Principem syngenní transplantace je převod krvetvorné tkáně od zdravého jednovaječného dvojčete. Výhodou uvedené identity je skutečnost, že příjemce nemusí brát po transplantaci imunosupresiva; nevýhodou je však skutečnost, že dobře nefunguje reakce štěpu proti hostiteli.

Registr

Český národní registr dárce dřevě (ČNRDD) eviduje téměř 35 tisíc dárce (přičemž vlastní odběr podstoupí zpravidla až každý 95. registrovaný) a zajišťuje štěpy krvetvorných buněk dárce z vlastní databáze nemocným na transplantačních centrech v ČR i v jiných zemích světa. Přitom od doby zřízení registru (1992) do současnosti bylo provedeno cca 450 odběrů u českých dárce; dovezených štěpů dárce z jiných registrů bylo cca 350. Počet transplantací realizovaných prostřednictvím ČNRDD v ČR je tedy cca 750.

Transplantace kmenových buněk krvetvorby u primárních imunodeficiencí dětí

Jde o různorodou skupinu nemocí postihující různé složky imunitního systému, kdy těžká kombinovaná imunodeficience s poruchou buněčné i protilátkové imunity se projevuje brzy po narození a bez léčby by vedla k úmrtí dítěte; jiné imunodeficience se mohou projevovat v pozdějším věku. Incidence je ojedinělá, cca 2 případy na 100 tisíc dětí. K transplantaci se používají různé štěpy (kostní dřevě, periferní kmenové buňky, pupečnicková krev), od identických sourozenců, neidentických rodinných dárce nebo nepříbuzných dárce. Před transplantací je používán myeloablativní přípravný

režim nebo přípravný režim s redukovanou intenzitou (RIC – reduced intensity condition). Rovněž dochází k profylaktické a preemptivní antibiotické, antivirové a antimykotické léčbě. Součástí léčby je i vysoce ochranné prostředí transplantačních jednotek. S podáváním cytostatik je spojena řada toxických komplikací jako např. mukozitida, poškození jater, venookluzivní nemoc, plicní komplikace a infertilita. Nejčastější komplikací alogenní SCT je reakce štěpu proti hostiteli (GVHD – graft versus host disease), jejíž intenzita závisí zejména na míře HLA shody mezi dárce a příjemcem, věku, vyšší intenzitě přípravného režimu s toxickým poškozením a preexistujícím orgánovým poškozením. Úspěšnost imunitní rekonstituce a transplantace závisí na včasné diagnóze a provedení transplantace před rozvojem infekčních komplikací, plicního a jaterního poškození a na efektivní profylaxi a cílené léčbě infekčních komplikací. Celkové přežití je velmi dobré a pokud dojde k přežití prvního roku až dvou po transplantaci, je další prognóza velmi dobrá, neboť nedochází k relapsu. Podávání imunosupresivní léčby po transplantaci hematopoetických kmenových buněk pro primární imunodeficienci lze do roka po transplantaci ukončit. V současné době je pětileté přežití u cca 90 % dětí transplantovaných od HLA identického sourozence a 69 % dětí transplantovaných od nepříbuzného dárce.

Transplantace kostní dřeně a kmenových buněk krvetvorby (ASCT) v onkologii

První fází léčby je fáze přípravná s aplikací cytostatik nebo celotělovým ozářením s cílem zničit nemocnou kostní dřeň pacienta. Transplantace se provádí v situaci, kdy je nádor již zmenšen, popř. zničen předchozí standardní chemoterapií. I v době, kdy nádor není zjistitelný zobrazovacími metodami, může v těle zůstat určité množství nádorových buněk, které by po ukončení standardní léčby daly vznik nádoru. ASCT se provádí za účelem likvidace zbytkových nádorových buněk po ukončení standardní chemoterapie/na její závěr. Výjimkou jsou mozkové nádory, kdy jsou transplantace prováděny v několika cyklech po sobě, a to již od počátku léčby.

Leukémie v dětském věku

V dětském věku leukémie představují cca 30 % maligních nádorů (tj. cca kolem 85 případů ročně), přičemž nejčastějším typem leukémie je akutní lymfoblastická leukémie (ALL), která tvoří cca 80 % leukemií, na druhém místě pak akutní myeloidní leukémie (AML) – cca 15 % leukemií, myelodysplastický syndrom (MDS) – cca 5 % a chronická myeloidní leukémie (CML) pak 2–3 %. Incidence leukémie v ČR je 5 nových případů na 100 tisíc dětí do 18-ti let věku tzn., že každoročně je nově diagnostikováno cca 65 dětí s ALL, 12 s AML, 3 s MDS a 1 s CML.

Akutní lymfoblastická leukémie

Stanovení přesného podtypu leukémie a genotypu leukemické buňky je hlavním prognostickým faktorem úspěchu léčby; další prognosticky významným faktorem je pak časná odpověď na léčbu. ALL u dětí je citlivá na chemoterapii v kombinované podobě; intenzivní léčba vede v prvních týdnech k eradikaci leukemických buněk. Léčba v ČR se provádí podle protokolu ALLIC-BFM 2002 (interkontinentální protokol léčby dětské ALL) v délce trvání dva roky.

Léčba začíná intenzivní krátkou indukci, s cílem dosáhnout remise. Dosažení remise se posiluje méně intenzivní konsolidační léčbou, poté v intervalu šesti měsíců zopakováním indukce ve zkrácené podobě (pozdní intenzifikace) s cílem zničit zbylé leukemické buňky. Úspěch léčby se následně jistí udržovací léčbou podávanou po dobu několika let, za podmínky účinné likvidace blastů v centrálním nervovém systému intratekální aplikací cytostatik, event. zářením.). Fenotyp T-ALL (event.

u dětí vzácné Ph1+ALL, MLL+ALL) se léčí podstatně intenzivněji (včetně transplantace kostní dřeně), má sklon k časným relapsům, nepříznivou prognózu a sklon k leukemické infiltraci mozku. Dalším významným prognostickým faktorem je časná odpověď na léčbu a dosažení remise (klidové stadium nemoci) s poklesem blastů v kostní dřeni pod 5 % a obnovením normální krvetvorby. U cca 90 % dětí s ALL lze remise dosáhnout po měsíci léčby. Prognosticky nepříznivou skutečností je pomalá redukce nádorové masy, se zvýšeným rizikem relapsů.

U ALL lze provádět většinu léčby ambulantním způsobem. V průběhu léčby je nutno co nejdříve léčebně reagovat na rizika infekce při vzestupu teploty dítěte, snížit riziko infekce i dietními opatřeními (vynechání čerstvého ovoce, zeleniny, mléčných výrobků s obsahem živých kultur). V současnosti lze dle onkologů vyléčit 80 % dětí s ALL. Relaps postihuje cca 20 % dětí.

Péče o nemocné dítě

Dítě s leukémií a transplantací kmenových buněk krvetvorby v období intenzivní léčby vyžaduje mimořádnou péči rodiče/osoby blízké. Vzniklá situace má dopad na pocit „rodinné pohody“, ekonomickou situaci s dočasným zvýšením nákladů v souvislosti s doplatky za léky, změnou stylu života dítěte i rodiny. Po skončení intenzivní léčby, zpravidla po 8–10-ti měsících navazuje méně intenzivní léčba a stav dítěte se zlepšuje. V průběhu intenzivní léčby dochází k opoždění růstu dětí, ale po jejím skončení se stav rychle upravuje.

Dítě se po zlepšení funkce imunitního systému a odeznění nepříznivých průvodních fenoménů léčby vrací do normálního života (je možný návrat do školy). Úroveň potřebné péče rodiny se podstatně snižuje až minimalizuje na prevenci infekcí a preventivní podávání Cotrimoxazolu dva dny v týdnu. Děti zůstávají v dispenzární péči příslušného odborného pracoviště do 18-ti let věku. V rámci pravidelných ambulantních kontrol po ukončení léčby se pracoviště zaměřuje i na včasné známky případného návratu nemoci.

U dětí vyléčených z leukémie je častější výskyt obezity jednak v důsledku kortikoterapie v období léčby a v dlouhodobém horizontu z důvodu nižší pohybové aktivity dětí. Může se vyskytovat i osteoporóza, včetně výskytu zlomenin či přechodný steroidní diabetes mellitus. V delším časovém odstupu od léčby je riziko pozdní kardiotoxicity, která je subklinická a vyskytuje se po více než 5-ti letech u cca 5–10 % léčených dětí.

Proces onkologické léčby často změní život dítěte i celé rodiny natolik, že se obtížně vrací do původních kolejí, nevěří, že mohou žít jako dříve a žijí v permanentním strachu z návratu nemoci. Podle hematooonkologů každým rokem po ukončení léčby se pravděpodobnost návratu nemoci snižuje; po 5 letech je zcela minimální. V současné době se většina onkologicky nemocných dětí vyléčí, což znamená, že se nemoc nevrátí a děti dále žijí zcela normálním životem. V zásadě by se v průběhu času naprostá většina pacientů měla fyzickou aktivitou vyrovnat svým vrstevníkům. Výzkumy bohužel prokázaly, že část rodičů svým dětem po onkologické léčbě zbytečně v normální fyzické aktivitě brání a tyto děti jsou tak zcela nedůvodně vyřazovány ze skupiny svých vrstevníků a poskytovaná „hyperprotektivní péče“ je ve svých důsledcích v řadě případů nežádoucím způsobem omezuje.

Posudková problematika

Situace každého jedince s transplantací kmenových buněk krvetvorby je v něčem shodná a v něčem zcela odlišná. Každý potřebuje po určitou dobu podporu nebo pomoc, v různém rozsahu a intenzitě, a to s ohledem na průběh nemoci a léčby, komplikace, věk, sociální situaci a jiné. Přiznání dávek z různých systémů sociálního zabezpečení závisí na mnoha podmínkách a vychází vždy

z aktuálních věcných a právních úprav. V případě dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je pak rozhodující zdravotní stav (který je ale v průběhu léčby dosti proměnlivý), rozsah a stupeň funkčního omezení v důsledku vlastního zdravotního postižení nebo léčby a důsledky zdravotního postižení a léčby např. na pomoc či dohled druhé osoby, na schopnost pohyblivosti nebo orientace, na uspokojování běžných životních potřeb, na schopnost soustavného studia, soustavné přípravy na budoucí povolání nebo na pracovní schopnost a schopnost soustavné výdělečné činnosti. Posuzující lékař by měl být rámcově informován o prognosticky významných faktorech, průběhu a stadiu léčby, předpokládané době jejího trvání, následcích léčby a souvisejících skutečnostech, aby mohl spolehlivě posoudit individuální okolnosti případu a učinit správné posudkové závěry. V případě, že je průběh onemocnění příznivý a výsledek léčby dobrý (vyléčení, stabilizace zdravotního stavu), omezení z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se zpravidla po dvou letech od zjištění nemoci a zahájení léčby minimalizuje (i když dále a dlouhodobě bude probíhat udržovací léčba a prevence infekcí) a jedinec se zapojuje do plnohodnotného života. To se následně odráží i v míře sociální pomoci. V případě, že přetrvávají funkčně významné následky léčby, je nutno individuálně posoudit jejich rozsah, tíži, význam a dopad na kvalitu života.

Zdroje:

web. stránky registr ČNRDD

web. stránky dětská onkologie

web. stránky ordinace

web. stránky zdravotnické noviny, postgraduální medicína

web. stránky linkos

Děti s poruchami autistického spektra

Výtah z atestační práce

MUDr. Vanda Bártlová, referát lékařské posudkové služby OSSZ Kolín

Úvod do problematiky PAS

Poruchy autistického spektra (dále PAS) se vyskytují v naší populaci poměrně často. Současné údaje uvádějí 15–25 dětí na 10 tisíc narozených. Mimo osoby s typicky vyjádřenou PAS se setkáváme s autistickými rysy u dalších osob, které tuto skupinu rozšiřují až na 30–70 dětí na 10 tis. narozených. PAS se projevují poměrně různorodou symptomatologií, díky které v minulosti často docházelo (v současnosti méně, ale stále dochází) k záměně diagnózy PAS za např. atypickou schizofrenii, hraniční a schizoidní osobnost, atypické obsedantně kompulzivní poruchy, mentální retardaci s poruchou chování, atypický vývoj s poruchou emocí, nespecifické poruchy vývoje řeči. Včasné stanovení diagnózy a zavedení adekvátních intervenčních programů je však zásadní pro zamezení prohlubování deprivace dítěte, jeho komunikačního a sociálního handicapu.

Společnou charakteristikou poruch autistického spektra je stav, kdy dítě plně nerozumí tomu, co prožívá, vidí i slyší. Duševní vývoj dítěte je narušen zejména v oblasti komunikace, sociálního chování, vnímání a představitosti. Je typická určitá míra stereotypního, rigidního až kompulzivního chování. Dítě má zvláštní, často nutkavé a neodklonitelné zájmy. Frekvence tíže symptomů se velmi liší, někdy určité schopnosti zcela chybí, jindy jsou jen výrazně opožděny. Řečové schopnosti se pohybují od různých stupňů dysfázie až po výrazné jazykové nadání. Intelekt se pohybuje od pásma mentální retardace, přes nerovnoměrný vývoj s ostrůvkovitými schopnostmi až po nadprůměrně inteligentní děti. Různí se také zájem o sociální interakci – dítě může být pasivní a odtažitý, ale i mazlivý a fixovaný na blízké osoby. Chování může být i aktivní a vstřícné, ale bez schopnosti dodržovat společenské normy.

Jednotlivé symptomy se mohou vyskytovat v různých kombinacích, s různou tíží. Tíže symptomů kontinuálně přechází od těžké symptomatologie, přes středně těžkou, lehkou a hraniční až pouze k výrazným osobnostním rysům a konečně i k chování v populaci celkem běžnému. PAS ovlivní vývoj dítěte, přináší komplikace ve vztahu s rodinou, vrstevníky, ve vzdělávání. Vhodně zvolená intervence a specifický přístup může handicap dítěte zmírnit – umožní dítěti využít jeho schopnosti, osvojit si důležité dovednosti – a tím zlepšit jeho vyhlídky na budoucí uplatnění a maximální možnou míru samostatnosti. Z uvedeného vyplývá, že rodiny s dítětem s diagnózou PAS potřebují nejen včasnou diagnózu, ale účinnou a přiměřenou sociální pomoc státu, aby mohly existující intervenční programy efektivně využít.

Charakteristika a rozdělení PAS

Autismus jako klinická diagnostická jednotka je znám déle než 50 let. Poprvé byl popsán americkým psychiatrem Leo Kannerem v r. 1943. Typický Kannerův syndrom vystihuje nejvíce dnešní diagnózu dětského autismu. Roku 1944 nezávisle na Kannerově práci popsal rakouský pediatr Hans Asperger chování dětí s tzv. „autistickou psychopatií“, později byl tento termín nahrazen výrazem Aspergerův syndrom. Zvláštní chování lidí s PAS je však popisováno již celá staletí, neboť se vymyká

společenským normám. Může se pojit s rysy geniality, naopak v současnosti se odborná veřejnost přiklání k názoru, že i tzv. „vlčí děti“ jsou primárně autistické a až ve druhé řadě deprivované.

Vývojem od 50. let prošlo i pátrání po příčině vzniku autistických poruch u dětí. Původ vzniku PAS dosud není znám. Původní názor psychologů a psychiatrů, že anomální chování dítěte zapříčinily nefungující odtažitě vztahy v rodině, a zejména chladný a odtažitý vztah s matkou, nahradila v 70. letech všeobecně akceptovaná teorie o organickém původu poruchy, pravděpodobně poškozením mozku již v prenatálním období, bez ohledu na vliv rodinného prostředí. Objevily se i teorie nevědecké, které např. zvedly v 80. letech vlnu odporu proti očkování dětí s údajným následkem vzniku autismu. Jednoznačně byl prokázán vliv genetických faktorů – PAS má familiární výskyt. Zatímco v 50. letech byli primárně léčeni rodiče (ovšem bez výrazného vlivu na rozvoj PAS u dítěte), v 60. letech se ujal behaviorální přístup. Ten posiluje vhodné chování formou odměny, nejčastěji jídlem (pochvalu dítě nevnímá). Averzivní terapie naopak zavedla tresty za chování nevhodné, např. za sebezraňování. Tato terapie byla záhy opuštěna, neboť v některých případech vedla paradoxně k upevnění nevhodného chování a také její metody (např. elektrošoky) již nebyly slučitelné se společenskou normou. V současné době je v popředí pozitivní behaviorální trénink a nácvik řečových funkcí.

Diagnostika PAS se vyvíjela postupně vzhledem k rozmanitosti symptomatologie, vystřídalo se několik diagnostických škál, které hodnotily typické známky PAS.

Tyto typické znaky v chování dětí zahrnují zejména:

- poruchu komunikace a sociální interakce;
- problémy s rozvojem řeči;
- zvláštní chování, zvláštní zájmy, zvláštní způsoby hry, ev. rituály;
- zvláštní pohyby (stereotypní pohyby);
- zvláštní reakce na sluchové i zrakové podněty;
- ostrůvkovité schopnosti;
- nástup v časném dětství (tzv. regres, nejčastěji po 18. měsících věku, později dochází ke znovunabývání ztracených schopností – do 6 let věku).

PAS zastřešuje širší škálu poruch, než jen pervazivní vývojové poruchy. Sdružuje i abnormní chování, specifické deficity a poruchy příbuzné. Z praktického hlediska však všechny tyto děti potřebují stejné specifické programy a metodiky.

Do diagnostické jednotky PAS zahrnujeme děti s výskytem několika symptomů v jednotlivých oblastech tzv. triády.

Triáda zahrnuje 3 oblasti:

sociální interakce, komunikace, představitost (hra).

Sociální interakce jeví kontinuální spojitost od typu osamělého až po typ aktivní, ale v interakci zvláštní, vybočující ze společenských norem. Jednotlivé kategorie mohou přecházet a vykristalizují zpravidla až v dospělosti. Odlišnosti se projevují už v útlém věku – chybí napodobování, chybí sdílení pozornosti – sledování očního kontaktu, ukazování, chybí u dětí přirozená touha po stejnosti v sociálních situacích. Vlastní odlišnost si děti mohou uvědomovat a reagovat na ni různě – některé obviňují sebe (může se objevit až paranoidita), jiné vyžadují pouze větší toleranci okolí.

Asi polovina dětí s PAS si neosvojí řeč na komunikační úrovni. Nejlépe řečově vybavené jsou děti s Aspergerovým syndromem. Poruchy jsou i v oblasti neverbální komunikace (chybí oční kontakt). Verbální složka může být postižena v oblasti receptivní i expresivní. U nejtěžších forem autismu děti

nemluví a nerozumí. Bývají obtíže s artikulací (setřelá řeč), používání agramatismů, nesprávné užívání zájmen (děti o sobě často mluví ve 2. nebo 3. osobě), chybná syntaxe, echolálie. Jsou defektní praktické konverzační schopnosti (neumí navázat rozhovor, vmísit se do hovoru – nepozná pauzu či konec věty).

U dětí s PAS vážne vývoj nápodoby a představitivosti. Rozvoj představitivosti umožňuje plánování. Proto děti s PAS upřednostňují jednoduché předvídatelné a opakovací hry, odpovídající zpravidla mladšímu věku. S věkem bývají hry složitější, ale nikdy nedosáhnou úrovně zdravých dětí. Typický je nezájem o sdílení hry, o napodobování činnosti dospělých, nezájem o hračky napodobující živé tvory, panenky, nezájem o pohádky. Děti si často hrají s předměty nefunkčním způsobem, často je jen rozhazují či rozbíjejí. Zájem o hru je ulpívavý, často až neodklonitelný, kdy se dítě může věnovat činnosti celé hodiny a pokus o její přerušování vede k agresi či sebezraňování. Objevují se některé zvláštní pohybové aktivity – např. točení dokola, třepání rukama či prsty.

Mohou se projevit nespecifické variabilní rysy, které nelze jednoznačně zařadit do triády příznaků, ale objevují se až u dvou třetin lidí s PAS. Jsou to zejména percepční poruchy – zrakové, sluchové, chuťové i hmatové. Zraková percepční porucha se projevuje hypersenzitivitou na zrakové vjemy, sluchová přecitlivělostí na běžné zvuky, nebo naopak nevnímáním běžných zvuků, kdy dítě působí dojmem hluchého. Porucha percepce chuti vede k vyhraněnému vybírání v jídlu nebo k pojídání nestavitelných předmětů – kameny, hlína, papír. Hmatová hypersenzitivita vede k např. nesnášenlivosti oděvu, hyposenzitivita způsobí dyspraxii. Dítě může nesnášet běžné čichové podněty, nebo předměty nutkavě a společensky nevhodně očichávat. Časté jsou poruchy vnímání hladu, žízně nebo bolesti.

Právě tyto nespecifické variabilní rysy často vedou k záměně diagnózy. Pro motorické odlišnosti neurolog diagnostikuje LMD či DMO, mohou být poruchy hybnosti, připomínající Parkinsonův syndrom. Bizarní pohyby bývají u schizofrenií a mentálních retardací, poruchy vnímání rovněž vedou k diagnóze schizofrenie či k podezření na smyslovou poruchu.

Je narušena grafomotorika na různé úrovni. Lidé s PAS mívají zvláštní specifické zájmy, kterým se intenzivně a neodklonitelně věnují – encyklopedie, mapy, stroje, jízdní řády. Vždy je zhoršená adaptabilita – dítě špatně snáší změnu prostředí, osoby, činností, změnu zadání úkolu. Ke zlepšení vede vizualizace prostředí, času i činnosti např. obrázky. Častým jevem u PAS jsou problémy v chování – agrese, afekty, sebezraňování, hraničně až konflikty se zákonem.

Do poruch autistického spektra řadíme nozologické jednotky:

Dětský autismus

Je nejbližší klasickému Kannerovu syndromu. Splňuje kritéria MKN pro diagnózu autismu:

- projevuje se před 3. rokem věku dítěte;
- je kvalitativní narušení sociální interakce;
- je narušena komunikace ve slozce verbální i neverbální (oční kontakt);
- jsou přítomny omezené, stereotypní způsoby chování, zájmů, rituály, odpor ke změnám, netypické hračky, pohybové stereotypie.

Tíže symptomů kontinuálně přechází od těžkých (nízkofunkční autismus) po lehké (vysoce funkční autismus). Specifické intervenční programy jsou prospěšné pro jedince z celého spektra a vzhledem k pomalejšímu dospívání autistů jsou účinné i v rané dospělosti.

Atypický autismus

Široká diagnostická jednotka, která splňuje kritéria pro autismus jen částečně.

- projevuje se po 3. roce věku;
- abnormality mohou být ve všech třech složkách triády, ale nemusí splňovat diagnostická kritéria MKN;
- diagnostická triáda nemusí být naplněna – některá oblast není významně narušena;
- autismus se pojí k těžké a hluboké mentální retardaci.

Péče je shodná se specifickými metodami pro dětský autismus.

Aspergerův syndrom

Splňuje diagnostickou triádu:

- je narušena sociální interakce;
- jsou přítomny omezené stereotypní způsoby chování, zvláštní zájmy, aktivity;
- poruchy v oblasti sociálního a profesního fungování;
- není opožděný vývoj řeči – pokud je, do 5 let věku se vyrovnává na úroveň zdravých dětí;
- intelekt je v normě (často nadprůměr);
- dyspraxie.

Aspergerův syndrom může být nízcelfunkční i vysocefunkční. V dospělosti může fungovat relativně samostatně, dokáže se zapojit do pracovního procesu, část jedinců ale ve společnosti selhává a fungovat může jen v chráněném bydlení a v podporovaném zaměstnání.

Dětská dezintegrační porucha

Dříve známa jako Hellerův syndrom. Nastupuje nejčastěji mezi 3.–4. rokem věku dítěte:

- první dva roky u dítěte normální vývoj, pak náhlá či pozvolná deteriorace;
- ztráta alespoň dvou dovedností (řečové schopnosti, sociální dovednosti, kontrola močení a stolice, hra, motorické dovednosti);
- abnormality alespoň dvou oblastí (poškození sociální interakce, poškození komunikace, opakující se vzorce chování, zájmů, aktivit);
- nesplňuje lépe diagnostická kritéria jiné PAS nebo schizofrenie.

Po období deteriorace přichází stagnace, může dojít i ke zlepšení, ale nikdy ne na původní úroveň. Porucha je vzácnější, ale bývá nízcelfunkční, pojí se s těžším typem mentální retardace a s častějším výskytem epilepsie.

Rettův syndrom

Jako jediná porucha autistického spektra má morfologický korelát. Je známa genová mutace na X chromozomu, která je přítomna u 80 % postižených jedinců. Tato genová mutace však může být přítomna i u lidí asymptomatických. Vyskytuje se pouze u dívek, chlapci vzhledem k absenci normálního X chromozómu nepřežívají, nebo jen ojediněle s těžkým kognitivním deficitem.

- do 6 měsíců normální vývoj;
- mezi 5.–48. měsícem zpomalení růstu hlavičky, ztráta naučených pohybů, porucha řeči;
- pohyby typické – kroutivé, „mycí“ pohyby rukama (až vyčerpávající, rozptylující, umožní jen velmi krátkou koncentraci na úkol), ztráta úchopu, potíže s koordinací (někdy vedou jen k neobratné chůzi se zakopáváním, někdy k odkázanosti na invalidní vozík).

Po období regresi bývá stabilizace, další zhoršení může později přijít. Intelekt je v pásmu střední až těžké mentální retardace. Současný výskyt epilepsie je až v 80 % případů.

Jiné pervazivní vývojové poruchy

Kvalita sociální interakce, komunikace a hry je narušena, ale ne v míře odpovídající diagnostickým kritériím autismu. Patří sem zejména:

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací

- IQ bývá pod 50;
- výrazná motorická aktivita;
- stereotypní chování a činnosti;
- není však narušení sociální interakce autistického typu.

Diagnostika PAS

Výskyt v populaci 0,9 %.

Chlapci jsou postiženi častěji než dívky v poměru 4 : 1. S nižším IQ se rozdíl výskytu mezi pohlavími zmenšuje.

Do 1 roku věku PAS nelze diagnostikovat. Podezření budí absence očního kontaktu.

Do 30. měsíců chybí napodobování pohybů, je snižena senzitivita na všechny typy podnětů.

Je pozorován malý zájem o okolí a o nové předměty. V ideálním případě je diagnóza stanovena do 4–5 let věku.

Screeningové a diagnostické nástroje

ADI-R – Autism Diagnostic Interview – Revised

- semistrukturovaný rozhovor s rodiči dítěte, nejspolehlivější v předškolním věku, výsledky se převádějí na diagnostická kritéria MKN

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule

- semistrukturované vyšetření, hodnotí sociální interakci a komunikaci vyšetřované osoby v přesně definovaných situacích, několik forem podle verbální zdatnosti, lze testovat děti a mluvící dospělé

A. S. A. S. – Australian Scale for Asperger syndrom

- screeningová metoda pro děti mladšího školního věku, 24 otázek na sociální, emoční, komunikační, pohybové, kognitivní schopnosti a specifické zájmy dítěte, skórované dle míry výskytu 0–6 body. Pokud dítě obdrží ve většině položek více než 2 body, je silné podezření na Aspergerův syndrom.

AQ test – Kvocient autistického spektra

- orientační metoda ke stanovení rizika Aspergerova syndromu v adolescenci a dospělosti;
 - 50 otázek, které se hodnotí body podle klíče. Pravděpodobný výskyt AS při více než 32 bodech.
- CARS Childhood Autism Rating Scale – Škála dětského autistického chování;
- hodnotí se 15 položek, každá podle frekvence a intenzity abnormit 1–4 body. Do 30 bodů se nejedná o autismus, 30–36 bodů odpovídá lehké až středně těžké symptomatologii, nad 36 bodů těžké symptomatologii.

CHAT Checklist for Autism in Toddlers – Autistické chování u batolat

- provádí pediatr v 18 měsících věku. Test zahrnuje dotazování rodičů a vlastní pozorování pediatra. CHAT nedokáže zachytit mírnější formy autismu.

DACH – Dětské autistické chování – nejvhodnější u dětí 18 měsíců až 5 let. Dotazník pro rodiče dětí obsahuje 74 položek, nad 50 % souhlasných odpovědí je pozitivních pro podezření na PAS.

Psychologické vyšetření:

- měl by provádět psycholog s praxí v diagnostice PAS. Vyšetřuje se symptomatika PAS a aktuální schopnosti dítěte. Skládá se z pohovoru s rodiči, pozorování dítěte při volné činnosti a řízené práce s dítětem, u starších dětí provedení inteligenčních testů.

Vyšetření dospělých:

- výhodou je spolupráce rodičů pro získání anamnestických dat, orientačně se provádí AQ test.

Diferenciální diagnostika PAS

Diferenciální diagnostika PAS řeší několik problémů:

PAS lze zaměnit na základě podobných symptomů za jinou diagnostickou jednotku.

PAS se může kombinovat s jinou známou poruchou, které se pak jen přičítá zvláštní chování. PAS může překrýt symptomatologii jiné choroby.

V diferenciální diagnostice se nejčastěji objevuje:

Mentální retardace – komorbidita PAS a mentální retardace je přítomna u 75 % dětí s autismem, nejčastější je střední mentální retardace a MR je častější u dívek.

Syndrom fragilního X – má příznaky typické pro autismus – stereotypie, absence očního kontaktu, nezáměr o fyzický kontakt, může být současně s autismem.

Downův syndrom – typický vzhled, lehká až střední mentální retardace, u 7 % současný výskyt autismu, jinak jsou děti s DS velmi sociabilní.

Tuberózní skleróza – splňuje kritéria PAS až v 61 %.

Epilepsie – 38 % dětí s PAS má současně epilepsii, častý je abnormní záznam EEG bez záchvatu

Schizofrenie – často se zaměňuje zejména u dospělých s PAS, ale chybí zde předpubertální projevy.

ADHD, ADD – porucha pozornosti s hyperaktivitou, bez hyperaktivity.

Obsedantně kompulzivní porucha – stereotypní, repetitivní aktivity, ale není porucha sociálního chování.

Elektivní mutismus – neschopnost mluvit zpravidla jen v určitých situacích, není porucha sociability ani stereotypní chování.

Afektivní poruchy – stažení v akutní fázi onemocnění, imitující poruchu sociálního chování a emocí u PAS.

Porucha se stereotypními pohyby – chybí ostatní symptomy triády.

Tourettův syndrom a jiné tikové poruchy – motorické i vokální tiky, chybí ostatní symptomatologie.

Vývojové dysfázie – může být narušena složka expresivní i receptivní, ale neverbální komunikace narušena není.

Landauův – Kleffnerův syndrom – získaná afázie, regres trvá méně než 6 měs., není postižena neverbální komunikace, na EEG zachycena abnormní paroxysmální aktivita, léčí se antiepileptiky.

Schizoidní porucha – projevuje se sociální izolovaností, zvláštními zájmy, může se projevit už v dětství, ale nesplňuje ostatní kritéria.

Schizotypní porucha – zvláštní chování, formální vyjadřování, epizody s bludy, často přechází do schizofrenie.

Posuzování dětí s PAS v nepojistných systémech sociální ochrany

Státní sociální podpora a stupeň zdravotního postižení

Stupeň zdravotního postižení posuzujeme dle zákon ač. 117/1995 Sb., ve znění pozd. předpisů a vyhlášky č. 207/1995 Sb. Ve znění pozd. předpisů.

Sociální služby a stupeň závislosti

Stupeň závislosti posuzujeme podle zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozd. předpisů.

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Poruchy pohyblivosti nebo orientace pro účely mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany posuzujeme podle přílohy č. 2 vyhl. č. 182/1991 Sb., ve znění pozd. předpisů.

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla

Příznává se od 3 let věku dítěte. Příspěvek může být přiznán v souvislosti s pohybovým omezením např. u Rettova syndromu (při odkázanosti na invalidní vozík) podle přílohy č. 5 písm. f) vyhlášky č. 182/1991 Sb, ve znění pozd. předpisů.

Statistická zjištění z posuzování dětí s PAS na OSSZ Kolín a v ČR

V r. 2006 bylo v ČR posouzeno pro dávky nepojistného systému celkem 18 853 dětí do 18 let, z toho 140 dětí s dg. Pervazivní vývojové poruchy – F. 84 (dále jen F. 84). V r. 2010 počet posudků vzrostl celkem 1,8krát na 34 807 posouzených dětí, z toho počet posouzených s dg. F. 84 vzrostl 18krát na 11 193 případů (viz graf č. 5).

Ve stejném časovém období vzrostl ve Středočeském kraji počet posouzených dětí z 1 848 případů na 3 342 případů (1,8krát), z toho s dg. F. 84 z 15 případů na 306 případů (20krát).

Na OSSZ Kolín nebyl v r. 2006 ze 158 posuzovaných dětí evidován žádný případ s dg. F. 84, v r. 2007 pouze 1 případ, v r. 2010 již 36 případů. Počet posuzovaných žádostí vzrostl do r. 2010 na 286 (1,8krát).

Příspěvek na péči

LPS OSSZ Kolín posoudilo v r. 2010 celkem 104 dětí pro stanovení SZ pro PnP, z toho 43 mělo dg. mentálního postižení (41 %), z nich 19 dětí dg. F. 84 (18 %).

SZ byl přiznán v 78 % případů celkem, pro mentální postižení v 93 % případů, pro dg. F. 84 v 95 % případů. SZ III.–IV. st. byl přiznán u 28 % ze všech posudků, u 44 % posuzovaných s mentálním postižením a u 53 % u posuzovaných s dg. F. 84.

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Pro přiznání MV bylo posouzeno v r. 2010 na LPS OSSZ Kolín 71 dětí, z toho 27 s mentálním postižením (38 %), 5 s dg. F. 84 (7 %).

Ze všech posuzovaných byly MV přiznány v 78 % případů, v 52 % případů šlo o MV III. st. Dětem s duševním postižením byly přiznány MV v 74 % případů, a to vždy MV III. st. Všem posuzovaným dětem s dg. F. 84 byly přiznány MV III. st.

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla

LPS OSSZ Kolín posoudila v r. 2010 celkem 10 případů dětí pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla, z toho 7 dětí s duševním postižením, z toho 5 dětí s dg. F. 84. 1x příspěvek nebyl uznán, pro všechny děti s duševním postižením, včetně dg. F. 84 byl příspěvek hodnocen kladně.

Státní sociální podpora

LPS OSSZ Kolín posoudila v r. 2010 celkem 96 dětí pro SSP, z toho 30 dětí s duševním postižením, z toho 10 dětí s dg. F. 84.

SSP byla celkem přiznána v 91 % případů, 53 % dětí bylo posouzeno jako zdravotně postižené a těžce zdravotně postižené. U dětí s duševním postižením byla SSP uznána vždy, z toho u 77 % případů se jednalo o děti zdravotně a těžce zdravotně postižené. U dětí s dg. F. 84 byla uznána vždy, z toho v 90 % případů šlo o děti zdravotně postižené a těžce zdravotně postižené.

Česká republika

Celkem 34 807 posouzených, z toho:

Kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování	11 993	34 %
z toho F. 84	2 522	7 %
Kapitola VI. Nemoci nervové soustavy	6 709	19 %
Kapitola XVII. Vrozené vady	3 670	11 %
Kapitola X. Nemoci dýchacích cest	2 399	7 %
Kapitola IV. Nemoci endokrinní	1 957	6 %
Kapitola VIII. Nemoci ucha	1 604	5 %
Kapitola II. Novotvary	1 501	4 %

Středočeský kraj

Celkem 3 358 posouzených, z toho:

Kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování	1 100	34 %
z toho F. 84	306	9 %
Kapitola VI. Nemoci nervové soustavy	666	20 %
Kapitola XVII. Vrozené vady	362	11 %
Kapitola X. Nemoci dýchacích cest	327	10 %
Kapitola IV. Nemoci endokrinní	236	7 %
Kapitola VIII. Nemoci ucha	162	5 %
Kapitola II. Novotvary	165	5 %

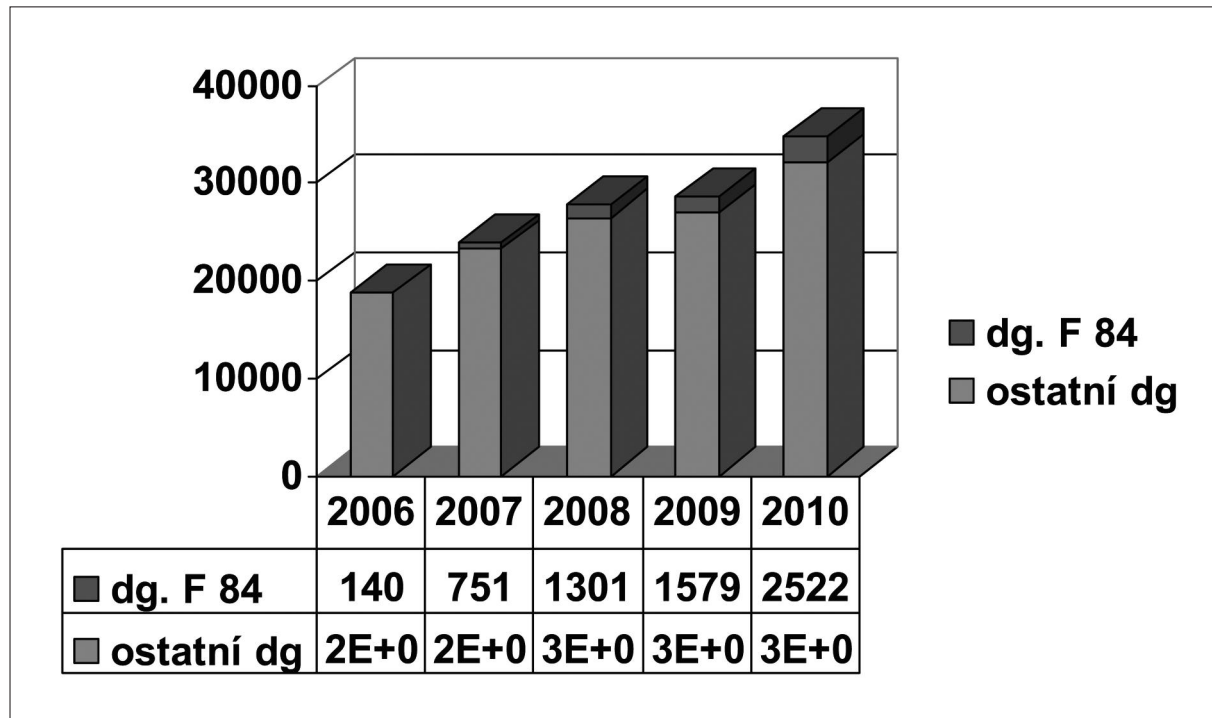
OSSZ Kolín

Celkem 286 posouzených, z toho:

Kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování	107	37 %
z toho F. 84	36	13 %
Kapitola VI. Nemoci nervové soustavy	45	16 %
Kapitola XVII. Vrozené vady	27	9 %
Kapitola X. Nemoci dýchacích cest	40	14 %
Kapitola IV. Nemoci endokrinní	13	5 %
Kapitola VIII. Nemoci ucha	12	4 %
Kapitola II. Novotvary	9	3 %

Vyšší podíl diagnózy F. 84 v OSSZ Kolín může být zapříčiněn lepší dostupností kvalifikované diagnostiky – přítomnost krajského koordinátora pro PAS pro Středočeský kraj v PPP Kolín. Nasvědčuje tomu i snížení podílu nemocí nervové soustavy (DMO, LMD).

Graf č. 1: Nárůst počtu posuzovaných případů v nepojistném systému u osob mladších 18 let v letech 2006–2010 v ČR s ohledem na výskyt diagnózy F. 84



Závěr

Frekvence diagnózy F. 84 u dětí při posuzování zdravotního stavu pro účely dávek nepojistných systémů sociálního zabezpečení (sociální péče, státní sociální podpora, sociální služby) vzrůstá s řádově rychlejší dynamikou proti celkovému nárůstu počtu posuzovaných případů. Tento fakt je zapříčiněn větší informovaností odborné i laické veřejnosti o problematice PAS, více dětí je včas zachyceno a diagnostikováno. Pedagogičtí pracovníci jsou školeni v rozeznávání symptomatologie PAS u dětí ve školních i předškolních zařízeních. Specializovaná pracoviště jsou více dostupná ve všech regionech. Diagnóza autismu je více medializována, sami rodiče na poruchu častěji pomýšlejí. Tento fakt může být dále podmíněn menším počtem více opečovaných dětí v rodinách zejm. vyšší socioekonomické skupiny.

Jednotlivé dávky sociálního zabezpečení jsou v současnosti pro dg. PAS uznávány ve vyšším stupni a ve větším procentu případů než cca před 5-ti lety. Nejčastějším důvodem pro posuzování pro dg. PAS je řízení o příspěvek na péči a mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. Diagnostika PAS je stále poměrně obtížná a často pozdní. Komorbidita (mentální retardace, epilepsie) je častá. V mnoha případech je obtížné posuzování funkčních důsledků zdravotního postižení dítěte, které se mohou projevat v různých oblastech, zejména v těch případech, kde diagnostický proces není ukončen a existuje „podezření na PAS nebo autistické rysy“.

PAS představují poměrně nehomogenní skupinu duševních poruch; proto se u jednotlivých posuzovaných případů liší jak symptomatologie, tak rozsah a tíže nepříznivých důsledků zdravotního postižení, kdy i schopnosti a dovednosti jedince jsou rozmanité a mění se i v čase – s věkem, nabýváním nových dovedností a schopností výchovou, vzděláváním, přípravou na pracovní uplatnění.

Lékaři LPS musí vyžadovat k posouzení jednotlivých případů kvalitní podklady s objektivizací zdravotního stavu dítěte od jeho praktického lékaře pro děti a dorost. K tomu přistupují i odborné nálezy psychologické; v poslední době z diagnostických pracovišť, zabývajících se problematikou PAS. Speciální vyšetřovací postupy umožní odlišit například děti se sníženým intelektem, s autistickými rysy v chování, s ADHD aj., jejichž socializace bude probíhat méně problematicky než u dětí s PAS. Zároveň je nutno ve většině případů mít jako podklad i psychiatrické vyšetření vzhledem k složitosti problematiky ve vztahu k jiné psychiatrické komorbiditě. Ke komplexnímu zhodnocení lze využít i podklady vypracované speciálními pedagogy.

Sociální pomoc státu formou různých dávek a služeb v případě dětí s PAS umožňuje dítěti adekvátně se sociálně začlenit a jeho rodině lépe fungovat. Péči o děti s PAS kromě rodin zajišťují profesionálové – odborníci příslušných oborů (neurologie, psychiatrie). Poruchy autistického spektra je možné zmírnit různými speciálními postupy a podpůrnými programy. Ty umožní dětem podle míry jejich postižení zlepšit fungování v rodině, ve škole a později v dospělosti i začlenění do společnosti a pracovního procesu. Patří sem zejména raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny, služby osobního asistenta respitní (odlehčovací) služby, sociální rehabilitace, bezplatné sociální poradenství, tréninkové bydlení a další.

Použitá literatura:

- Thorová K., Poruchy autistického spektra, Praha: Portál 2006, 456 str., 1. vydání, EAN 978807367917
<http://www.praha.apla.cz/socialni-sluzby/index.php>
- Thorová K., online čl. Komplexní diagnostika autismu, vlož. 17. 4. 2007, dostupné na <http://www.autismus.cz/diagnostika/index.php>

Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MPSV – odbor posudkové služby

Závěry projektu VaV GK MPSV -01-187/10

Úvod

Základním problémem lékařské posudkové služby je malý zájem lékařů o práci pro sociální zabezpečení. V lednu 2011 měla lékařská posudková služba ČSSZ 372 systemizovaných míst pro posudkové lékaře, 20 míst nebylo naplněno. Vedlejším problémem oboru je nepříznivá věková skladba posudkových lékařů. Průměrný věk lékařů činí 59,6 let a téměř polovina lékařů je v důchodovém věku. Proto Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) realizovalo prostřednictvím společnosti Faktum Invenio v roce 2010 projekt „Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě“. Cílem projektu bylo zjistit názory lékařů na práci lékařské posudkové služby a motivační faktory, které by vedly k získání nových posudkových lékařů.

Metodika

Šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného telefonického rozhovoru na vzorku 504 respondentů – lékařů. Respondenti byli vybíráni metodou kvótního výběru podle specializace lékaře (praktický lékař, pediatr, ambulantní specialista a lékař v nemocnici) a regionu. Dotazování proběhlo na přelomu června a července 2010. Metoda šetření CATI – telefonní sběr dat dle předem nastavených kvót. Data byla zpracována a vyhodnocena statistickým softwarem SPSS, který je v současnosti nejpoužívanějším statistickým SW na světě (19. verze v základním modulu). Výstupem získaných zpracovaných dat jsou grafy a tabulky třídění 1. a 2. K standardnímu třídění 2. stupně byly použity proměnné pohlaví, věk, specializace lékaře, délka praxe a region v členění na Prahu, Čechy a Moravu. Metodika zpracování výzkumu odpovídá standardům sdružení SIMAR a ESO-MAR. Na základě závěrů proběhlých dotazníkových šetření zaměřených na možné personální zdroje LPS lze předpokládat, že při ztrátě zaměstnání lékaři pracující v nemocničním sektoru představují největší potenciál pro získání nových posudkových lékařů. Samotní „nemocniční“ lékaři také častěji připouští možnost spolupráce s lékařskou posudkovou službou.

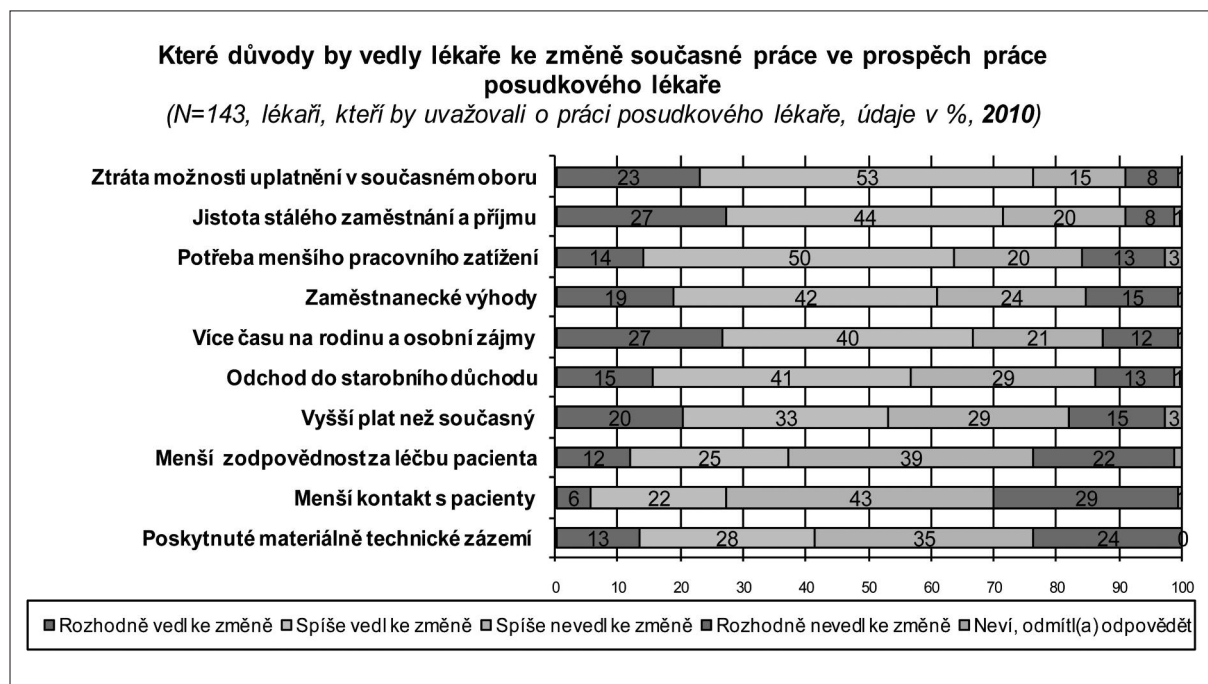
Výsledky

Zájem o práci lékaře lékařské posudkové služby

Mezi lékaři zhruba pětina nevyklučuje možnost, že by se někdy v budoucnu mohla stát lékařem lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení, avšak pouze 2 % lékařů o této možnosti do budoucna uvažují. Častěji připouští možnost, že by v budoucnu mohli pracovat pro LPS lékaři z nemocnic (35 %). Naopak možnost této spolupráce odmítají lékaři starší 60-ti let (80 %). Jak uvádí obrázek 1 pro práci posudkového lékaře by se lékaři rozhodli především při ztrátě možnosti uplatnění v současném oboru a dále pak z důvodu jistoty stálého zaměstnání a příjmu. V obou případech je to více než 70 %. Vyšší finanční ohodnocení, menší pracovní zatížení a zaměstnanecké výhody

a odchod do důchodu by byly důvodem změny profese ve prospěch posudkového lékařství pro polovinu lékařů, kteří nevyklučují možnost stát se posudkovým lékařem.

Obr. č. 1: Které důvody by vedly lékaře ke změně současné práce ve prospěch práce posudkového lékaře



Diskuse

Hlavní motivaci lékařů pro práci v lékařské posudkové službě představují finanční ohodnocení a menší časové zatížení. Snížením administrativní zátěže, větším kontaktem s klinickou medicínou a zvýšením prestiže oboru se práce pro posudkovou službu sociálního zabezpečení stane pro lékaře atraktivnější. Současně je však důležité zlepšit povědomí o její činnosti mezi ostatními zdravotnickými profesionály. Jak vyplývá ze závěrů šetření, více jak polovina lékařů disponuje nedostatečnými informacemi o práci posudkových lékařů. Lékaři se podrobnější informace o činnosti lékařské posudkové služby dovídají až v průběhu své praxe. Proto je třeba systematictěji seznamovat lékařskou veřejnost s činností lékařské posudkové služby, a to jak již v pregraduální výuce studentů lékařských fakult, tak i v průběhu specializačního vzdělávání u všech klinických oborů a rovněž v rámci celoživotního vzdělávání.

Závěr

Cílem projektu bylo popsat motivační faktory lékařů různých specializací vedoucí k jejich zapojení do práce v lékařské posudkové službě. Práci posudkových lékařů považují lékaři jiných odborností za administrativně a odborně náročnou a společensky potřebnou, na druhou stranu je vnímána jako ne příliš zajímavá z důvodů náročné administrativy a omezeného kontaktu s pacientem. Více než polovina oslovených lékařů ji vnímá jako práci vhodnou pro důchodce. Prestiž této profese je vnímána převážně jako nižší či srovnatelná s jinými lékařskými obory. Na práci lékaře lékařské posudkové služby (LPS) sociálního zabezpečení se podle lékařů nejvíce hodí lékaři s širší znalostí medicíny,

což jsou hlavně praktičtí lékaři a internisté. Profesi posudkového lékaře by podle lékařů měli též vykonávat lékaři zkušení s delší praxí a s atestací popř. kvalifikovaní v posudkovém lékařství. Relativně největší potenciál pro nábor nových lékařů pro lékařskou posudkovou službu představují nemocniční lékaři. Ti v porovnání s praktickými lékaři, pediatry a jinými ambulantními specialisty častěji připouští možnost spolupráce. Hlavní motivací by pro ně bylo vyšší finanční ohodnocení a menší časové zatížení. Jak vyplynulo z rozhovorů, lékaři se detailnější informace o LPS dozvěděli až v průběhu své praxe. Pro zvýšení motivace lékařů o spolupráci s LPS doporučuje řešitel zařadit posudkové lékařství již do výukových osnov lékařských fakult. Posudkové lékařství by mohlo být variantou pro studenty, kteří se rozhodují mezi obory spadajícími do nekurativní medicíny. Pro zlepšení mezioborové spolupráce řešitel doporučuje elektronické vyplňování formulářů LPS. Elektronizaci přivítala část lékařů, především pak mladšího věku, kteří si zdravotní kartu pacienta vedou v elektronické podobě a možnost jednoduchého kopírování požadovaných informací by jim usnadnila a urychlila vyplňování formulářů. Zároveň by tak lékařům odpadla povinnost chodit s formuláři na poštu.

Poznámka:

- MPSV v připomínkovém řízení k zákonu o zdravotnických službách uplatnilo zásadní připomínku: doplnit do ustanovení § 45 – elektronická komunikace – povinnost poskytovatele zdravotních služeb komunikovat elektronicky.
- Předmět Základy posudkového lékařství je jako volitelný od akademického roku 2009/2010 zařazen do pregraduální výuky na 1. lékařské fakultě UK v Praze a na LF Masarykovy univerzity v Brně. Od akademického školního roku 2011/2012 se na LF MU v Brně budou Základy posudkového lékařství vyučovat jako povinně volitelný předmět.

Zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci lékařské posudkové služby

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MPSV – odbor posudkové služby

Závěry projektu VaV GK MPSV - 01-201/10

Úvod

Cílem projektu realizovaného v roce 2010 „Zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci lékařské posudkové služby“ bylo zjištění stresové zátěže a faktorů ovlivňujících odolnost vůči stresu posudkových lékařů v probíhající reorganizaci posudkové služby.

Hlavní závěry projektu potvrdily, že posudkové lékařství představuje specifickou profesi, která na lékaře, kteří ji vykonávají, klade oproti jiným profesím statisticky i fakticky významně vyšší nároky. Charakter profese posudkového lékaře vyžaduje pro optimální výkon profese specifické osobnostní charakteristiky. Mezi faktory, které zvyšují stresovou zátěž lékařů posudkové služby, nejvíce patří především nedostatek času na jednoho pacienta/klienta, velká administrativní zátěž a nízké platové a osobní ohodnocení. Míra stresové zátěže přímo souvisí s rozhodnutím lékařů odejít z profese. Toto rozhodnutí bylo identifikováno u 25 % lékařů. Specifickou otázkou, která ovlivňuje jak rozhodování o odchodu z profese a souvisí i s percepcí stresové zátěže, je nízká atraktivita oboru.

Závěry šetření

Pracovní podmínky

Za nejzávažnější negativní jev lékaři posudkové služby v souvislosti s pracovními podmínkami považují nedostatek času na jednoho pacienta (23 %), za nejméně závažný nedostatek v pracovních podmínkách považují situace, k jejichž řešení nejsou dostatečně kvalifikováni (14 %). Vnímání nedostatku času na jednoho pacienta statisticky významně koreluje s intenzitou syndromu vyhoření ($r=0,37$; $p<0,01$) i mírou depresivity ($r=0,37$; $p<0,01$).

Druhým nejvýznamnějším faktorem je percepce přetížení administrativou, která opět statisticky významně koreluje s mírou vyhoření ($r=0,28$; $p<0,01$) i intenzitou depresivních symptomů ($r=0,35$; $p<0,01$). Přetížení administrativou v oblasti posudkového lékařství je v tomto ohledu zvažovat jako závažný rizikový faktor.

Třetím velmi významným nálezem v oblasti pracovních podmínek je výrazná nespokojenost s finančním a osobním ohodnocením. Tato nespokojenost velice úzce souvisí jednak s rozhodnutím „odejít“ z profese, i s projevy syndromu vyhoření.

Výlučnost profese

Vnímání „výlučnosti“ profese napomáhá zvyšovat pocit příslušnosti k ní, i k oboru. Příslušnost k oboru nebo profesi je pak důležitým faktorem, který může snižovat pravděpodobnost rozvoje syndromu vyhoření nebo obdobných jevů spojených s výkonem profese. Na otázku, zda lékaři posudkové služby vnímají posudkové lékařství jako „výlučnou profesi“, odpovědělo 48 % lékařů, že ano, 20 %, že nikoliv, zbytek nedovedl odpovědět.

Percepce výkonu profese jako zdroje stresové zátěže

Percepce výkonu profese jako zdroje stresové zátěže je dalším důležitým prediktorem pracovní nepohody a dalších negativních jevů jako je syndrom vyhoření, deprese apod. Na otázku, zda je práce zdrojem dlouhodobého stresu, posudkoví lékaři odpověděli v 85 %, že ano. Toto procento je třeba rozhodně považovat za alarmující údaj. Při porovnání skupiny posudkových lékařů s kontrolními skupinami klinických lékařů a nelékařů, docházíme ke zjištění, že statisticky nejvýznamněji vnímají svoji profesi jako zdroj zátěže posudkoví lékaři ($p < 0.01$).

Mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující pocit stresové zátěže se řadí nízká prestiž oboru, a finanční ohodnocení. Jako další faktory, které by mohly snížit stresové zatížení lékařů uvádějí změnu legislativy/redukci příjemců dávek a právní ochranu lékařů posudkové služby.

Jako velmi významný stresor lékaři vnímají nedostatek času na jednoho pacienta (63 %). Tato skutečnost byla již uvedena i výše.

Doporučení

Hlavní nálezy výzkumného projektu lze s vyšší mírou abstrakce zobecnit do několika hlavních doporučení:

Pokračovat ve sledování vývoje stresové zátěže a výskytu syndromu vyhoření mezi posudkovými lékaři, a to především z důvodu hodnocení efektivity prováděných změn, ale i jako prevenci personální destabilizace služby.

Zvážit vytvoření standardů a metodiky pro psychologický výběr zájemců o práci v rámci lékařské posudkové služby. Zavedení takové metodiky by ve střednědobém horizontu vedlo k personální stabilizaci.

Zvážit tvorbu komunikačních a etických standardů. Jejich vytvoření by vedlo ke snížení stresové zátěže lékařů a zároveň ke zvýšení efektivity a systematizace posudkové činnosti.

Zvážit zavedení systémů supervize a dalších mechanismů aktivní prevence syndromu vyhoření a dalších negativních jevů.

Zvážit změny v oblastech, které lékaři posudkové služby vnímají jako kritické. Jedná se především o nedostatek času na jednoho klienta, nadměrnou administrativní zátěž, nedostatečné ohodnocení a další.

Závěr

Hlavní závěry projektu potvrdily, že posudkové lékařství představuje specifickou profesi, která na lékaře, kteří ji vykonávají, klade oproti jiným profesím statisticky i fakticky významně vyšší nároky. Mezi faktory, které zvyšují stresovou zátěž lékařů posudkové služby, nejvíce patří především nedostatek času na jednoho pacienta/klienta, velká administrativní zátěž a nízké platové a osobní ohodnocení. Míra stresové zátěže přímo souvisí s rozhodnutím lékařů odejít z profese. Toto rozhodnutí bylo identifikováno u 25 % lékařů. Specifickou otázkou, která ovlivňuje jak rozhodování o odchodu z profese a souvisí i s percepcí stresové zátěže, je nízká atraktivita oboru. Významnou roli hraje i skutečnost, že lékaři posudkové služby vnímají profesi samotnou jako neatraktivní. Z hlediska výskytu

vyšší míry syndromu vyhoření mezi posudkovými lékaři, lze posudkovou službu považovat za ohroženou profesi, a to především z personálního hlediska. Je proto nutné zvážit realizaci uvedených doporučení, která by jasně a přímo vedla ke snižování úrovně syndromu vyhoření a stresového zatížení posudkových lékařů.

Poznámka:

Jedním z připravovaných opatření ke snížení administrativní zátěže posudkových lékařů bude chystaný projekt v gesci ČSSZ z prostředků OP LZZ, který zavede institut asistentů posudkových lékařů s bakalářským vzděláním v sociálně právní oblasti. Činnost asistentů posudkových lékařů by měla ulehčit od některých administrativních úkonů posudkovým lékařům, kteří se budou moci soustředit výlučně na vysoce odbornou posudkově medicínskou činnost. Součástí projektu bude specializované vzdělávání pro tyto asistenty.

Účelová neperiodická publikace

**AKTUALITY PRO LÉKAŘSKOU
POSUDKOVOU SLUŽBU**

Zpracoval odbor posudkové služby MPSV
Vyšlo v roce 2011, počet stran 124, 700 výtisků, vydání první
Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčnickém právu 1, 128 00 Praha 2

ISBN 978-80-7421-032-7
Neprodějně

