

AKTUALITY LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY

Praha 2008

© Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008

ISBN 978-80-86878-68-3

Obsah:

Úvod

Vzdělávání lékařů rezortní lékařské posudkové služby

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a jak dál ?

Nemoci oční

Posuzování invalidity u chronické obstrukční nemoci

Posudková hlediska pro hodnocení pracovní schopnosti u nemocných s diabetes mellitus

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů na referátu LPS ČSSZ z hlediska lékařské etiky

Posudkově medicínská kategorie – osoba zdravotně znevýhodněná

Program posudky ÚP pro jednotnou rezortní posudkovou službu

Otázka závaznosti posudků lékařské posudkové služby ve správním a soudním řízení

Jednoduché testy k posuzování závažnosti demence

Dělají posudkoví lékaři občanům „naschvály“

Trpí posudkoví lékaři syndromem vyhoření ?

Invalidizace podle věku pojištěnců a vybraných kapitol MKN 10
V letech 2005 – 2006

Základní údaje o počtu nově přiznaných invalidních důchodů v roce
2006 podle typu důchodu, pohlaví, věku a kapitol MKN 10

LPS ČSSZ, Evropská unie a formulář E 213

EUMASS – Evropská asociace posudkových a revizních lékařů

Vertebrogenní a myofasciální onemocnění a jejich podíl na dočasné
pracovní neschopnosti a následně na invaliditě

Úvod

Motto: „O změně musíte hovořit každíčkou vteřinu každého dne“ (Jack Welch)

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

rovněž v roce letošním stejně tak jako před rokem bych Vás rád informoval o nadcházejících změnách v organizaci a činnosti posudkové služby. I v současné době se ukazuje stav lékařské posudkové služby jako přechodný.

Sdělovaný záměr reorganizovat lékařskou posudkovou službu v souvislosti se vznikem Národního úřadu pro zaměstnanost a sociální správu (NÚZSS) se neuskuteční v původní termínu (k 1.1.2009) z důvodu pozastavení prací. Reorganizace posudkové služby však nadále pokračuje a pocit naléhavosti změny se tak může naplnit.

Jaké nás tedy čekají změny a co se již podařilo uskutečnit?

Jak pan ministr Petr Nečas během setkání s posudkovými lékaři PK MPSV potvrdil, podařilo se vytvořit jednotný systém vzdělávání posudkových lékařů a přijmout zavedení softwarového programu Posudky pro potřeby sjednocené lékařské posudkové služby, včetně LPS ČSSZ. Získaný časový prostor (sjednocení se předpokládá k datu k 1.7. 2009) může být využit pro programování a důkladné otestování nového programu. Nadále se bude pokračovat v reorganizaci posudkové služby a samozřejmě i v platové stabilizaci lékařů.

Ve chvíli, kdy píšete tyto řádky je rozeslán do mezirezortního připomínkového řízení návrh zákona, kterým se mění zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Zásadní změnou, kterou novelizace zákonné úpravy přinese, je převedení kompetence k posuzování zdravotního stavu pro účely rozhodování v prvním stupni správního řízení z úřadů práce zpět na Českou správu sociálního zabezpečení. Dále návrh zákona sleduje sloučení prvoinstanční posudkové služby s využitím synergických efektů ke zvládnutí kapacitních nároků. V druhoinstanční LPS se nově navrhuje upravit kompetence ČSSZ k posuzování zdravotního stavu pro účely námitkového řízení ve věcech důchodového pojištění. Další změny se navrhuje v některých procesních pravidlech výkonu LPS tak, aby právní úprava více odrážela specifický expertní medicínský charakter činnosti LPS.

Současná přetíženost posudkových lékařů úřadů práce se zatím řeší formou výpomoci se zapojením 78 lékařů ČSSZ, navíc taktéž pracuje 35 lékařů ČSSZ jako smluvní lékaři. Přetíže-

nost LPS úřadů práce se projevuje již měsíce v extrémně zvýšeném nárůstu práce posudkových komisí MPSV. Od roku 2007 dochází k významnému nárůstu odvolacích řízení správních, jedná se zejména o nárůst ve stupních závislosti, ale i mimořádných výhod. V roce 2008 se očekává potřeba vypracování více jak trojnásobku posudků před rokem 2007.

Součástí připravované transformace je i skutečnost, že vedoucího organizačního útvaru ČSSZ pro úsek posuzování zdravotního stavu bude jmenovat a odvolávat ministr práce a sociálních věcí.

Cílem všech přijatých opatření zůstává nadále výrazně zkvalitnit posuzování v rámci správního řízení, ale také usnadnit domáhání se sociálních práv občanů, čehož nelze dosáhnout bez zapojení všech zúčastněných do prosazování dlouho očekávané a potřebné změny. Rovněž bez rozšíření pocitu naléhavosti změny do podvědomí každého z členů exkluzivního týmu lékařů rezortní posudkové služby se v nadcházejícím období neobejdeme. Mohu jen předpokládat, že k realizaci dojde až v letech 2010 – 2011.

Odpovědět na otázky, jak v současné době pohlíží lékařská a laická veřejnost na osobu posudkového lékaře a jak vnímá činnost lékařské posudkové služby, měla dotazníková akce, kterou MPSV realizovalo prostřednictvím společnosti Faktum Invenio na konci roku 2007. Šetření se zaměřilo na odbornou lékařskou veřejnost (lékaři pracující v posudkové službě nebo s ní úzce spolupracující) s cílem zjistit, jaká opatření zvýší zájem o práci v oboru posudkové lékařství. Součástí výzkumu byla rovněž dotazníková akce se zaměřením na klientelu lékařské posudkové služby s cílem zjistit, jaká opatření zlepší její pozitivní vnímání. Všechny tři dílčí projekty považujeme za nedílnou součást jednoho komplexního šetření, jehož výsledky a z nich učiněné závěry podpoří personální stabilizaci lékařské posudkové služby.

Z šetření vyplynulo, že se svojí prací je spokojeno zhruba 9 z 10 posudkových lékařů, ale znovu by si ji vybraly už jen dvě třetiny. Lékaři by ji znovu nevolili hlavně kvůli nízkému platu, malému kontaktu s „opravdovou“ medicínou a malé prestiži tohoto povolání nejen v očích veřejnosti, ale bohužel i mezi lékaři ostatních specializací. A opravdu i lékaři ostatních specializací vidí tuto práci jako velmi málo prestižní. Provedený výzkum potvrdil, že pokud se nebudeme věnovat potřebám posudkových lékařů, včetně plánování personálního rozvoje, nemůže překvapit ani současná věková struktura, ani vysoká míra lékařů bez předepsané specializované způsobilosti.

V současné době sice disponujeme již dostatečným množstvím analytických materiálů o lékařské posudkové službě jak prvoinstanční tak druhoinstanční, ale každá analýza má přinejmenším tři omezení. V nápadně velkém počtu případů nepotřebujeme provádět další podrobné analýzy, abychom pochopili, že staré strategie se neosvědčily a budeme muset formulovat nové. Jakékoliv analytické nástroje jsou víceméně nepoužitelné v turbulentním světě, ve kterém se lékařská posudková služba již několik let nachází. Dobré analýzy jen zcela výjimečně mohou dokázat lidem významnějším způsobem motivovat, neboť mění pouze jejich myšlení, leč motivace jsou věci emocí. Vynakládané úsilí o jakoukoliv změnu končí nezdarem, protože dosud nemáme dostatečný prožitek vysoce úspěšné změny. Bez takovéto zkušenosti můžeme propadat pesimismu, malověrnosti či syndromu vyhoření. Vysokému pracovnímu zatížení, plnění lhůt, každodennímu jednání s určitým typem klientely či řešení obtížných sociálních a pracovních situací čelí každý z pěti stovek posudkových lékařů, kteří nyní působí v LPS. Proto odbor posudkové služby na základě závěrů operativní porady vedení MPSV zpracoval návrh projektu „Syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby, jeho příčiny a řešení“.

Pokud dokážeme vyběhnout ze dveří rozhodnutí, že okamžitě začneme jednat zásadně novým způsobem a pokud se nám podaří společně vnímaný zvýšený pocit potřeby změny uskutečnit, pak se o osud lékařské posudkové služby zbavené dětských nemocí nemusí obávat žádný z členů týmu lékařské posudkové služby, ale ani naši spoluobčané, kteří se na nás s důvěrou obrací. Všude kolem nás se ukazuje, že tradiční způsob vedení založený na hierarchické struktuře selhává. Neukazuje se vhodné pracovat na základě příkazu, neboť pak nemusíme přemýšlet a cítit se odpovědni. Úspěch tvoří především kvalita lidí, kteří hledají nové cesty a vzhledem k tomu, že každý posudkový lékař je nejen zkušeným lékařem, ale pracuje vlastně na expertní bázi, splňuje předpoklad úspěchu. I do dalšího roku nám všem takovýto úspěch přeji.

MUDr. Rostislav Čevela,
ředitel odboru posudkové služby MPSV ČR

Motto:

„ Existuje jen jedno dobro a to je vědění. Existuje jen jedno zlo a to je nevědomost“ (Sokrates).

Vzdělávání lékařů rezortní lékařské posudkové služby

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

Nároky na vzdělání posudkových lékařů byly vždy vysoké a to nejen v souvislosti s pokroky lékařské vědy, ale i v rámci velice dynamického vývoje v oblasti sociální.

Podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona č. 125/2005 Sb. se specializační vzdělávání uskutečňuje dle specializačních programů, které jsou schváleny a zveřejněny Ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Vzdělávací program oboru posudkové lékařství je zveřejněn ve Věstníku MZ ČR, ročník 2005, srpen, částka 8, str. 116 – 118. V současné době se připravuje nový vzdělávací program, který bude sladěn se vzdělávacími programy ostatních lékařských oborů a bude pro výkon povinné praxe rozlišovat akreditovaná pracoviště I. ,II. a III. typu.

Specializační vzdělávání - tedy celý vzdělávací program - má být absolvováno dle směrnice 93/16/EHS na akreditovaném pracovišti tzn. oficiálně schváleném. Akreditaci pracovišť upravuje rovněž zákon č. 95/2004 Sb. Akreditaci na vzdělávací program v oboru posudkové lékařství má již IPVZ, Katedra posudkového lékařství. Je žádoucí, aby o akreditaci pro obor posudkového lékařství usilovalo i Ministerstvo práce a sociálních věcí, neboť by tak přímo ovlivňovalo vzdělávání lékařů, kteří v rámci resortu vykonávají svoji činnost.

Navržená novela právní úpravy zákona č. 95/2004 Sb., by umožňovala akreditaci pouze na část vzdělávacího programu, a to v případě oboru posudkového lékařství by znamenalo povinnou praxi v oboru v délce onoho jednoho roku zaměřenou pouze na posudkovou činnost. Novela rovněž vyčleňuje seznam specializačních odborností, jejichž počet chce ministerstvo zdravotnictví vyhláškou snížit na úroveň běžnou v EU.

Jednou z podmínek podání žádosti o akreditaci, zahrnující vybraná detašovaná pracoviště Odboru posudkové služby MPSV, k získání specializované způsobilosti v oboru posudkové lékařství, je lektorská a publikační činnost zaměstnanců. Požaduje se, aby lékaři z uvedených pracovišť pravidelně publikovali - např. v publikacích vydávaných MPSV nebo v časopise „Posudkové a revizní lékařství“ a aktivně vystupovali se svými odbornými příspěvky zejména na akcích příslušných odborných lékařských společností nebo vykonávali jinou odbornou lektorskou činnost. Žádoucí je však i pasivní účast posudkových lékařů na vzdělávacích akcích v rámci celoživotního vzdělávání. Systém celoživotního vzdělávání všech lékařů garantovaný Českou lékař-

skou komorou upravuje Stavovský předpis č. 16. Celoživotní vzdělávání dle tohoto stavovského předpisu též splňuje podmínky celoživotního vzdělávání dle zákona č. 95/2004 Sb. Každý lékař – člen České lékařské komory - má povinnost účastnit se systému celoživotního vzdělávání lékařů. Naplnění tohoto stavovského předpisu splňuje kritéria kontinuálního vzdělávání lékařů - zaměstnanců dle zákoníku práce.

V návaznosti na požadavek vytvoření uceleného systému celoživotního vzdělávání zaměstnanců resortu MPSV byla zpracována a ministrem práce Petrem Nečasem schválena Koncepce jednotného vzdělávání posudkových lékařů resortu MPSV.

Koncepce, která je v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., si klade za cíl zdokonalit a sjednotit systém vzdělávání posudkových lékařů v rámci resortu MPSV. Zbývá ještě zpracovat normativní instrukci, která zkonkretizuje jednotlivá ustanovení v koncepci obsažená a současně zohlední i Stavovský předpis č. 16 ČLK.

Cílem koncepce je nejen definovat podmínky celoživotního vzdělávání posudkových lékařů, ale především zvýšit počet lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru.

I když identifikace potřeby vzdělávání představuje dosti obtížný problém, nezpochybnitelná skutečnost, že více než polovina ze všech 510 lékařů, působících v současné době v lékařské posudkové službě, předepsané požadavky na vzdělání nespĺňuje, opodstatňuje nutnost změny v přístupu ke vzdělávání. Např. jen 59% lékařů LPS úřadů práce má specializovanou způsobilost z oboru posudkové lékařství. Jako další příklad poslouží počty atestujících lékařů. 11 lékařů atestovalo v roce 2004, 12 lékařů v roce 2005, 24 lékařů v roce 2006 a 27 lékařů v roce 2007. Celkem za posledních 7 let získalo specializovanou způsobilost 94 lékařů, což by se nemohlo uskutečnit bez mimořádné pružnosti jediného „akreditovaného“ pracoviště, tj. katedry posudkového lékařství IPVZ.

Obecně lze říci, že identifikace potřeby vzdělávání představuje i v posudkovém lékařství dosti obtížný problém již proto, že kvalifikace a vzdělání jsou obtížně měřitelné a kvantifikovatelné vlastnosti člověka. Dá se jen očekávat, že obsazení nových systematizovaných míst posudkových lékařů se bude zajišťovat postupem individuálního schválení platu. Neexistuje organizace, pro kterou by investice do vzdělávání vlastních zaměstnanců nepředstavovala z dlouhodobé perspektivy přínos, stejně jako pro jednotlivé pracovníky - tedy lékaře posudkové služby a ve svém důsledku i pro jejich klienty.

Počítač v ordinaci lékaře

MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D., MPSV – odbor posudkové služby
MUDr. Milan Cabrnich, předseda Správní rady Českého národního fóra pro eHealth

Místopředseda vlády ČR a ministr práce a sociálních věcí RNDr. Petr Nečas převzal záštitu nad vzdělávacím projektem „**Počítač v ordinaci lékaře**“.

Projekt, který občanské sdružení České národní fórum pro eHealth (ČNFeH) připravilo ve spolupráci s Českou společností zdravotnické informatiky a vědeckých informací (ČSZIVI) se stal součástí kampaně za zavedení eHealth v České republice v souladu se státní strategií rozvoje eHealth jako součástí eGovernmentu.

České národní fórum pro eHealth je občanské sdružení. Bylo založeno v první polovině roku 2007. Fórum je nevládní, nezávislou a neziskovou organizací. Jeho cílem je vytvořit otevřenou platformu pro odbornou diskusi o rozvoji eHealth v České republice a Evropské unii. Fórum je otevřeno každému, kdo se chce účastnit na takové diskusi. Česká společnost pro zdravotnickou informatiku a vědecké informace je součástí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Společnost je odborným garantem celého vzdělávacího programu.

Společným zájmem obou pořadatelů vzdělávacího programu je vzdělávání zdravotnických pracovníků i obecné veřejnosti o možnostech, které nové komunikační a informační technologie přináší v oblasti péče o zdraví a zdravotnictví. Proto se pořadatelé spojili a připravili ucelený vzdělávací program, který je velice potřebnou součástí celoživotního vzdělávání zdravotníků.

Cílem vzdělávacího programu je poskytnout zdravotníkům základní informace o možnostech využívání nových technologií v jejich každodenní práci. Na trošce teorie a řadě příkladů chce program ukázat a vysvětlit zdravotníkům, v čem jim mohou informační technologie být prospěšné, ulehčit a urychlit jejich práci, pomoci v nekončícím boji s administrativou a umožnit více se věnovat diagnostice a léčení pacientů.

Řádná práce s informacemi je cestou k lepší zdravotní péči. Ve správný čas a na správném místě dostupné informace umožní lékařům i ostatním zdravotníkům poskytovat bezpečnější a kvalitnější zdravotní péči. Práce s informacemi umožní předcházet omylům a chybám, rozhodovat lépe a rychleji. Ve všech oblastech současného života je přece využívání nových technologií samozřejmostí.

Projekt „Počítač v ordinaci lékaře“ je uceleným vzdělávacím programem a ne jedním seminářem bez dalšího pokračování.

Prvním krokem vzdělávacího programu je seminář, který během roku 2008 nabídneme v pátečních odpoledních v krajských městech České republiky. Na semináře jsou zváni všichni lékaři, stomatologové, lékárníci, ale i další zdravotničtí pracovníci. Seminář proběhne a probíhá podle následujícího harmonogramu:

28.	3. 2008	Plzeň
4.	4. 2008	Ústí nad Labem
16.	5. 2008	Brno

23. 5. 2008	Hradec Králové
6. 6. 2008	Ostrava
19. 9. 2008	České Budějovice
3. 10. 2008	Olomouc
17. 10. 2008	Praha

Pro ty, kdo se semináře zúčastní, je vytištěna učebnice. Obsah učebnice odpovídá obsahu semináře.

Kdo se nebude moci zúčastnit semináře osobně, může se s jeho obsahem seznámit prostřednictvím internetu. Na webových stránkách ehealthforum.cz bude celý obsah semináře přístupný v elektronické formě.

Vedoucí pracovníci MPSV metodicky řídící lékařskou posudkovou službu na všech stupních aplikaci projektu „Počítač v ordinaci lékaře“ podporují. Rozšíření informací lékařů o elektronické výměně dat v rámci jejich celoživotního vzdělávání přispěje k zefektivnění činnosti rezortní lékařské posudkové služby. Proto vítáme možnost co nejširší účasti posudkových lékařů na vzdělávacích seminářích.

Zcela jistě nestačí informovat zdravotníky o tom, že například elektronický podpis existuje. To je málo, současně však v rámci semináře není dostatečný prostor na podrobné vysvětlování. Proto autoři jednotlivých kapitol zpracovali ucelené lekce ke všem tématům, které seminář otevírá. Tyto lekce může každý prostudovat na internetu. Součástí každé lekce jsou nejen podrobnější informace o tématu, ale také otázky, kterými si účastníci mohou ověřit, zda tématu skutečně porozuměli.

V případě zájmu o další informace a případné konzultace se uvažuje o pořádání prezenčních kursů, během kterých by zájemci získali skutečně podrobné informace, mohli diskutovat se špičkovými lektory a závěrem potvrdili svou novou kvalifikaci testem a získali osvědčení.

Tabulka obsahuje témata, která jsou do programu zařazena.

Elektronická zdravotní dokumentace
Elektronická výměna a sdílení zdravotnických informací
Elektronické předepisování léků Elektronický podpis
Předávání a sdílení zdravotních informací v elektronické podobě
Registry ve zdravotnictví a jejich využití
Podpora rozhodování, standardní postupy a informační zdroje ve zdravotnictví
Elektronické vzdělávání ve zdravotnictví
Portály zdravotních pojišťoven a ČSSZ
Informace pro občany, pojištěnce, pacienty

Samostatnou kapitolou je elektronické vedení zdravotní dokumentace. Pokud je zdravotní dokumentace vedena na počítači, otevírá se mnoho možností další práce s informacemi. Technika umožňuje bezpečné sdílení cenných informací jak mezi jednotlivými ošetřujícími lékaři, tak mezi lékaři a pacientem. Jednou z forem zdravotní dokumentace je předpis či žádanka. Každý už

asi slyšel o elektronické žádance či elektronickém předpisu léku. Elektronická dokumentace by měla být plně srovnatelná s dokumentací na papíře. Technologickou podmínkou k tomu je využívání elektronického podpisu.

Každý zdravotnický pracovník stále vyhledává nové informace a učí se. Také v této oblasti nabízí nové technologie řadu možností. Celoživotní vzdělávání je nutností, současně však při každodenním souboji s diářem na ně nezbyvá dost času. Elektronické vzdělávání nabízí cestu, jak se dozvědět nové informace a naučit nové věci. Elektronické lekce se výhodně propojují s prezenčním studiem, kdy mají účastníci vzdělávání možnost o tématech diskutovat, dozvědět se podrobnosti a také jsou ze znalostí přezkoušeni.

V rámci projektu účastníci získají rovněž základní informace o registrech, které se ve zdravotnictví zpracovávají a o zatím málo využívaných možnostech těžít z registrů nové informace, ale i o portálech veřejné správy a zdravotních pojišťoven.

Vzdělávací program „Počítač v ordinaci lékaře“ je nejen příspěvkem k využívání informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví, ale současně cestou ke kvalitnější a bezpečnější zdravotní péči.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a jak dál?

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV – odbor posudkové služby

I když medicína v druhé polovině minulého století docílila význačných pokroků v diagnostice a terapii, jejich dopad do oblasti lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení byl pozvolný. Prudký rozvoj medicíny od 90. let minulého století však zásadně změnil prognózu jednotlivých nemocí a zdravotních postižení a přispěl ke zkvalitnění života osob se zdravotním postižením. Teorie a metodologie lékařské posudkové činnosti se však v posledních 15 ti letech nerozvíjela. Proto se posudkoví lékaři nyní často dostávají do situací, kdy se velmi obtížně vyrovnávají s některými medicínskými skutečnostmi a s nově vznikajícími fenomény. Zatímco po stránce administrativní, technické, věcné a právní byly pracovní postupy posudkových orgánů v posledních letech určitým způsobem upraveny, nebyl učiněn pokus o minimalizaci subjektivních vlivů při posuzování ani o teoretický rozvoj posudkového lékařství.

Zdá se, že vývoj posudkového lékařství nedržel krok s pokroky lékařské vědy a poznatky o prognóze nemoci/zdravotního postižení, o vnímání příznivosti či nepříznivosti v medicíně. Stejně otázkou zůstává zejména v čem lze či nelze spatřovat objektivně příznivost či nepříznivost zdravotního postižení a jak se vyrovnat s principem sociálního začlenění osob se zdravotním postižením, zejména pak prostřednictvím práce, využití jejich schopností, motivací a stavu kompenzace jejich handicapu.

Pro posudkové lékaře není snadné stanovit „posudkovou prognózu“ - tj. zda jde či nejde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, prognózu o vývoji zdravotního stavu a pracovní/výdělečné schopnosti, zejména pak v situacích, kdy ani ošetřující lékaři nemají o zdravotním stavu svého pacienta zcela jasno. Laická i odborná lékařská veřejnost vnímá údaje o vývoji zdravotního stavu, jeho prognóze, ale není dostatečně připravena akceptovat i princip vývoje pracovní/výdělečné schopnosti s možností využití zachovalých schopností, kvalifikačního potenciálu a mechanismů rehabilitace, rekvalifikace a adaptace.

Jednou z nejvýznamnějších kategorií v posudkovém lékařství a lékařské posudkové činnosti je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, tak jak je vymezen v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů – jako stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, se z dnešního pohledu svojí všeobecností a neurčitostí jak po stránce časové, tak v otázkách nepříznivosti při stávajících pokrocích lékařské vědy stává pastí. Pro zajímavost je nutno připomenout, že již zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, vymezoval invaliditu pojištěnce vazbou ztráty nebo podstatného poklesu výdělku jako následku nepříznivého zdravotního stavu, přičemž takový zdravotní stav měl potrvat podle poznatků lékařské vědy déle než jeden rok. Obdobné pojetí pak bylo i následujících právních úpravách sociálního zabezpečení. Z toho je zřejmé, že věcné a právní vymezení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se v zásadě padesát let nezměnilo, ale medicína za uvedenou dobu doznala zásadních změn.

Nynější právní definice dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu v zákoně o důchodovém pojištění a státní sociální podpoře jako základní kámen posudkového procesu, bohužel, neposkytuje posudkovému lékaři dostatečnou oporu a jistotu jak jej vnímat a správně aplikovat. Ve vlastní dlouhodobosti, vztahující se ke skutečnosti, že stav potrvá déle než jeden rok je sporné zejména to, že není zřejmé, od kdy se tato dlouhodobost počítá. Lze zvažovat její počátek od doby vzniku nemoci /úrazu nebo kdy nemoc/úraz měly funkčně významné následky nebo kdy se projevil dopad stavu na pracovní/výdělečnou schopnost nebo kdy se projevil dopad na kvalitu života atd. Dále je nutno se zamyslet nad tím, o jakou nepříznivost se jedná – ani v této věci není zcela jasno. V krajním pojetí totiž může být nepříznivost vnímána již tak, že vše, co není fyziologické a tedy i příznivé je nepříznivé. Jiné vnímání nepříznivosti může být vzhledem k skutečností, zda je léčba málo účinná nebo neúčinná, zda dochází ke zhoršování zdravotního stavu, zda má zdravotní postižení dopad na pracovní schopnost, na omezení běžných aktivit jedince a snížení kvality života.

Další problém ve vztahu k dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu nastává, když zdravotní stav jedince, považovaný za dlouhodobě nepříznivý, po absolvování moderní a účinné léčby např. artrózy endoprotézou, obliterace tepen angioplastikou, stentem nebo by passem, po transplantaci orgánu, úspěšném léčení nádorového onemocnění, je i nadále z hlediska posudkové služby považován za dlouhodobě nepříznivý. Klinický lékař se za citované situace může „chlubit“ léčebnými úspěchy a jiný lékař-posudkový lékař je považuje za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Přitom moderní léčebné postupy a techniky zmírňují, minimalizují nebo odstraňují zdravotní problémy jedince, zkvalitňují jeho život a potažmo mají nepochybně i pozitivní dopad na jeho pracovní život. Přesto jsou tyto skutečnosti považovány za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Tento paradox je důsledkem selhávání teorie a metodologie lékařské posudkové činnosti a potvrzuje, že dosavadní věcné a právní vymezení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není v citovaných sociálních systémech optimální a v souladu s pokroky lékařské vědy.

Posudkoví lékaři při posuzování, zda jde či nejde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, vycházejí jak z poznatků lékařské vědy, tak ze svých vlastních znalostí a zkušeností. Vlastní zkušenost posudkových lékařů však není stejná. Lze se na ni spolehnout při posuzování těch poruch a zdravotních postižení, ke kterým má posuzující lékař díky své specializované způsobilosti a předchozí klinické praxi odbornou kvalifikaci a vlastní praktické zkušenosti. Znevýhodňující skutečností je pak časový faktor, neboť cca během pěti let se v medicíně změnila či obměnila třetina informací, a tak i význam předchozích lékařských zaměstnání a praktických zkušeností pozvolna klesá, zejména tam, kde posudkový lékař nemá pravidelné vazby jak teoretické tak praktické k dříve vykonávanému zdravotnickému zaměstnání a nabyté specializované způsobilosti. I přes existenci posudkových hledisek, daných právními předpisy se v posudkové činnosti projevuje vliv subjektivní. Protože odborné znalosti a zkušenosti ošetřujícího lékaře a posudkového lékaře nebo mezi samotnými posudkovými lékaři nejsou totožné, tedy i jejich názor na důsledky zdravotního postižení není a nemůže být shodný. K sjednocení vnímání a hodnocení důsledků zdravotního postižení na kvalitu života, schopnosti vykonávat běžné denní aktivity i schopnosti pracovat by nepochybně přispělo zavedení systému hodnocení dle WHO ICF- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností jak do oblasti zdravotní péče, tak i následně do činnosti posudkové služby. Subjektivní faktory a nejednotnost v nazírání na zdravotní postižení a jeho důsledky se pak projevují v posudkové činnosti např. v diferencích ve výsledcích posudkové činnosti v různých sociálních systémech v jednotlivých regionech. K tomu přispívá i absence odborné lékařské literatury, která by se zabývala jednotlivými systémy, okruhy zdravotních postižení nebo i jednotlivými zdravotními postiženími právě z hlediska jejich případné nepříznivosti a vlivu na kvalitu života a na pracovní/výdělečnou schopnost.

Zdá se, že lékaři, pracující v posudkové službě sociálního zabezpečení, i když disponují velkým množstvím medicínských znalostí a informací, nemají v současné době dostatečnou teoretickou ani praktickou oporu pro přijímání pokroků lékařské vědy a jejich promítání do každodenní praktické posudkové činnosti. Proto by bylo potřebné zaměřit se na aktuální problémy posudkového lékařství a pokusit se je věcně řešit novým chápáním a novým vymezením stěžejních posudkově medicínských kategorií a hledisek.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl řadu let ve všech sociálních systémech vymezen shodně. Teprve zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., a zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., posunuly a změnily pojetí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. V prvním případě jeho nepříznivost byla promítnuta do podstatného omezení psychických, smyslových a fyzických schopností a zároveň i do schopnosti pracovního uplatnění, v druhém případě do schopnosti péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Bohužel, řada posudkových lékařů si ještě zcela spolehlivě neosvojila správné nazírání na nové skutečnosti. Rovněž připravený návrh novely zákona o důchodovém pojištění (tzv. parametrické změny – první etapa důchodové reformy) počítá s novým vymezením dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu tak, aby byl pro potřeby posouzení invalidity vztažen na ty skutečnosti, které jsou nepříznivé z hlediska dopadu na pracovní schopnost a z hlediska trvání rozhodných skutečností.

Nemoci oční

Přehled některých pojmů a vyšetřovacích metod v očním lékařství

MUDr. Marie Strážová, MPSV – odbor posudkové služby

Problematika očních nemocí v posudkovém lékařství je málo frekventní, a proto může posuzujícímu lékaři činit jisté obtíže jak správná a účelná objektivizace zdravotního stavu posuzované osoby tak následně učinění přesných a spolehlivých posudkových závěrů. Proto se předkládá přehled vyšetřovacích metod v očním lékařství, jejich stručný popis i přínos pro objektivizaci poruch zraku.

Vizus (zraková ostrost)

Vyšetření zrakové ostrosti patří mezi vyšetření psychofyziologická. Zahajujeme jím obvykle oftalmologické vyšetření. Pacient čte nejprve na dálku bez korekce každým okem zvlášť, poté zkusíme vidění binokulární. Nejmenší velikost znaků, které pacient ještě bez chyby přečte, je zaznamenán jako vizus naturalis (nat.) neboli vizus sine correctione (v.s.c.). Vizus 6/24 např. znamená, že vyšetřovaný čte ze vzdálenosti 6 metrů znaky tak veliké, které normálně vidící vidí ze vzdálenosti 24 metrů – jeho zraková ostrost je L normálního vizu, neboli 0,25. Je-li vizus snížen natolik, že pacient nepozná ani největší znak optotypu, zkusíme jeho zrak z kratší vzdálenosti – přečte-li potom např. znak 60 ze vzdálenosti 2 metrů, zaznamenáme tento vizus jako 2/60. Je-li k jeho přečtení nutné přiblížení až na 10cm, zapíšeme 0,1/60 (0,0017). Dříve se u těchto nízkých stupňů vidění používalo počítání prstů (na 1metr, před okem, apod.), pro nepřesnost a malou porovnatelnost nelze však tento způsob akceptovat. Nerozezná-li pacient největší znak optotypu ani z bezprostřední vzdálenosti, zkusíme, zda je schopen zaznamenat pohyb (např. ruku vyšetřujícího) před okem. Nevnímá-li ani tento pohyb, zkusíme, zda je zachováno alespoň vnímání světla – světlocit. Při takto snížených zrakových funkcích je důležité, zda má pacient zachovánu správnou projekci světla (projectio certa), nebo není-li schopen vůbec určit směr, odkud světlo přichází (projectio lucis incerta). Když člověk nevnímá ani světlo silného světelného zdroje, pak jeho vizus je 0 - neboli jedná se o amaurozu – slepotu ve vědeckém slova smyslu.

Po vyšetření vizu do dálky vyzkoušíme schopnost čtení do blízka zapíšeme vždy číslo nejmenšího řádku či odstavce, který pacient souvisle čte ze vzdálenosti 30cm (event. s přiblížením, při vyšetření na jinou vzdálenost, než 30cm, je třeba uvést tuto vzdálenost v centimetrech).

Východiskem pro určování vizu je zjištění rozlišovací schopnosti oka (v praxi jde o schopnost identifikace dvou prostorově oddělených objektů – minimum separabilis). Předpokladem je, aby obraz těchto objektů vnímaných jako dva byl oddělen alespoň jedním čípkem, na který se promítne mezera mezi těmito objekty. Ve foveolární oblasti sítnice mají čípky průměr v rozmezí 2– 2,5 mikrometrů – jedna oblouková minuta v objektovém prostoru odpovídá na sítnici délce 5 mikrometrů. V jednom čípku se tedy zobrazí objekt o úhlové velikosti 0,5 – 0,4' (tj. 30-24 úhlových sekund). Tato velikost je současně mírou minimálního úhlu rozlišení (MÚR), což je veličina, kterou při určování vizu zjišťujeme. Vizus je pak reciprokou hodnotou MÚR, vyjádřenou v obloukových minutách: $V = 1/MÚR(\text{min.})$. Pro $MÚR = 0,5$ je tedy $V = 2$, atd.

Zkoušky zrakové ostrosti

Pro vyšetření vizu se používá znaků (písmena, číslice, různé obrazce), nazývaných optotypy. Konstruovány jsou na základě Snellenova principu – každý znak je vepsán do čtverce viditelného z určené vzdálenosti pod zorným úhlem $5'$, přičemž tloušťka linie znaku se rovná jedné pětině čtverce a odpovídá $1'$, což je průměrná hodnota minima separabilis. (V posledních 10 letech došlo k revizi zastaralých optotypových tabulí Snellenova typu a jejich náhradě tabulemi „log MÚR“ – jsou sestaveny z Landoltových prstenců s mezerou v jednom ze čtyř základních směrů nebo z písmen se stejnou čitelností, jakou vykazují Landoltovy prstence, dále se liší v tom, že mají v každém řádku stejný počet optotypů (5 nebo 10), jejichž velikost v řádku je rovna velikosti optotypu, a jejich řádky vykazují geometrickou progresi velikosti optotypů. Snellenovy optotypové tabule naopak používají optotypy s nestejnou čitelností, mají nestejný počet optotypů v řádcích a nekonstantní odstupy mezi řádky – zde jsou nejčastěji používanými znaky písmena nebo číslice, pro předškolní děti a analfabety jsou určeny speciální znaky, pro nejmenší děti optotypy obrázkové.

Při vyjadřování vizu Snellenovým zlomkem (např. $6/24$) označuje čitatel vzdálenost, z níž kritický detail optotypů tohoto řádku svírá úhel 1 obloukové minuty. Za referenční hodnotu se při tom považuje správné určení obloukového úhlu 1 minuta z předepsané vzdálenosti (např. 6 metrů). Za této situace je $V = 6/6$ a $\log MÚR = 0$. Převertáčená hodnota Snellenova zlomku se rovná velikosti MÚR. Vizus se často vyjadřuje také decimálním převodem těchto zlomků ($6/24 = 0,25$)

Základní vyšetření zrakové ostrosti (do dálky) doplňujeme vždy zkouškou vidění do blízka na standardní vzdálenost 30 (nebo 40) cm. Používá se tabulek se souvislým textem, jehož odstavce jsou vytištěny v různé velikosti a označeny pořadovými čísly (nejrozšířenější jsou Jaegerovy tabulky – krátké odstavce textů vytištěné knižním tiskem na bílém papíře různé velikých písmen a podle velikosti označené od nejmenšího – č.1, do největší - č.24. Jednotlivá písmena nejsou vepsána do čtvercové sítě, ale mají poměr šířky k výšce 5:7. Jaeger 1 odpovídá vizu 1, Jaeger 17 asi vizu 0,06 atd.).

Další z psychofyziologických vyšetření je vyšetření entoptických fenoménů (za určitých okolností mohou být vnímány některé vnitřní struktury oka, které si za normálních okolností neuvědomujeme).

Purkyňův cévní obrazec – pozorování obrazce sítnicových cév (uplatňuje se při zákalech rohovky nebo čočky) .

Haidingerovy svazky – nažloutlé kartáčky – vnímání žlutého makulárního pigmentu obklopujícího Henleova vlákna ve vnější plexiformní vrstvě sítnice – mizení a objevování se za určitých kautel slouží k testování makulární funkce.

Létající mušky (muscae volitantes) – drobné skvrnky, pohybující se souběžně s pohyby oka – nejčastější příčinou jsou drobné zákaly ve sklivci. Většinou jsou benigní, jsou-li však spojeny se záblesky, mohou signalizovat hrozící odchlípení sítnice.

Kapilární oběh v sítnici - drobná světlá oválná tělíska při dobrém osvětlení – jde o v.s. krvinčky procházející sítnicovými kapilárami.

Citlivost n a kontrast

Nejrozšířenější vyšetřovací metodou jsou tabule VCTS – každý z pěti řádků je tvořen devíti terči o určité prostorové frekvenci stejně širokých tmavých a světlých pruhů – jejich jasový profil má sinusový průběh. Prostorová frekvence pruhů se vyjadřuje v cyklech na úhlový stupeň.

Test kritické frekvence splývání

Pacient udá okamžik, v němž se mu postupně se zrychlující krátké světelné podněty promítané na makulu splývou v souvislý osvit.

Makulární oslňovací test

Po osvitu centrální sítnicové oblasti oftalmoskopem na dobu 15 minut sledována délka času nutná k přečtení řádku, který byl čten před oslněním – patologická doba je nad 20 sekund.

Adaptace na tmou

K měření prahu citlivosti na světlo se používá adaptometr - o výsledku informuje adaptační křivka (čípky se na tmou adaptují rychleji než tyčinky).

Barvocit

Správné barevné vidění je vyžadováno u řady profesí, především v dopravě.

Testování barvocitu se děje v rozmezí 380 – 760nm.

3 skupiny sítnicových čípků obsahují tři pigmenty, jejichž absorpční maxima jsou 440-450nm (modrá), 535-555nm (zelená) a 570-590nm (žlutá či červená).

Podle Duke-Eldera označujeme fyziologický stav správného barevného vidění jako trichromazii. Protanomálie je porucha vnímání červené, deuteranomálie je porucha vnímání zelené, zatímco ve skupině dichromazií mluvíme o protanopii a deuteranopii. Lidé s velmi vzácnou monochromazií mají pouze jeden čípkový pigment, s ještě vzácnější tyčinkovou monochromazií nemají žádný čípkový fotopigment.

Vyšetřování se provádí buď jednoduchými pomůckami – rozlišování barevných světelných signálů - Worthova světla, Holmgrenovy bavlnky nebo pomocí pseudoizochromatických tabulek – obsahují obrazce (číslice, písmena, geometrické tvary) složené z bodů různých barev, značky podobného jasů jsou rozloženy náhodně – při porušeném barvocitu je tak porušena identifikace znaků.

Anomaloskop – dvě poloviny zorného pole se porovnávají, přičemž v jedné z nich je čistě žlutá barva, ve druhé barva červená a zelená v libovolně měnitelném poměru – pomocí šroubů mění pacient směs barev s cílem dosáhnout stejného barevného tónu v obou polích (pacient s protanomálií potřebuje více červené, s deuteranomálií více zelené).

Farnsworthův a Munsellův 100-hue-test – obsahuje 85 očíslovaných barevných terčů ve čtyřech odděleních – pacient seřazuje náhodně pomíchané terče od červené barvy k modré (Lantonyho 40-hue-test–na stejném principu 40 terčů).

Elektrofyzilogické vyšetřovací metody

Klasická elektroretinografie = měření elektrické sítnicové aktivity dovoluje objektivní posouzení sítnicových funkcí. Jde o záznam elektrických potenciálů, které vznikají v sítnici po fotostimulaci difuzním světlem. Místem vzniku ERG potenciálů je pigmentový epitel sítnice, receptory a bipolární buňky.

Velikost a tvar křivek závisí na intenzitě, délce a barvě fotostimulu a zejména na úrovni adaptace. Za normálních okolností dosahují retinální odpovědi hodnoty několika set mikrovoltů. Typická ERG křivka je při nižších jasech podnětů reprezentována pouze pozitivní vlnou b), při vysokých intenzitách se před vlnou b) objevuje také negativní vlna a).

Současná standardizovaná metodika (před r.1989 existovala řada navzájem se lišících postupů, což znemožňovalo vzájemné porovnávání výsledků) pro klinickou elektroretinografii – používá perimetrické koule (Ganzfeld) pro celosítnicový osvit a definice standardního záblesku. ERG odpovědi se zaznamenávají na osciloskop nebo na obrazovku počítače. Směrnice uvádí 5 typů odpovědí:

1. tyčinková odpověď oka adaptovaného na tmu
2. maximální odpověď oka adaptovaného na tmu
3. oscilační potenciály
4. čípková odpověď
5. odpovědi na rychle blikající podněty

Oscilační potenciály

Jsou drobné a rychlé vlnky nasedající na vzestupné rameno vlny b.

Elektroretinografie na strukturované podněty

Původ PERG potenciálů je připisován gangliovým buňkám sítnice. Pro fotostimulaci je užito místo difuzního světla jiných podnětů. Na sítnici se vytváří obraz prostorově strukturovaného podnětu složeného např. z černých a bílých pruhů, čtverců nebo jiných struktur. Ty si v určitý okamžik vymění navzájem svá místa (reverzace). PERG záznam obsahuje komponenty a,b,c s udáním charakteristických vrcholových latencí v milisekundách.

Zrakové vyvolané odpovědi na strukturované podněty

Testují funkce zrakových nervů. Používá se reverzační fotostimulace aj. podnětů zachovávajících stabilní podmínky jasu – v záznamu si všímáme především pro-dloužení vrcholové latence komponenty.

Elektrookulografie

Zabývá se záznamem změn klidového potenciálu (mezi pozitivní rohovkou a negativním zadním pólem oka existuje stejnosměrný potenciálový rozdíl, který se významně zvyšuje na světle). Při hodnocení se maximální hodnota potenciálu na světle dělí minimální hodnotou zaznamenanou potmě. Po vynásobení 100x dostaneme Ardenův index – norma 200-400, patologické hodnoty jsou pod 180.

Místem vzniku EOG aktivity jsou distální oblasti sítnice a cévnatky.

Vyšetření slzného aparátu

- a) Množství slz – je důležité odlišit bazální slzení, které produkují akcesorní Krauseovy a Wolfringovy slzné žlázy, a reflexní slzení hlavní slzné žlázy, na druhé straně místo porušeného odtoku slz při nadměrném slzení.
Schirmerův test I – měří totální sekreci slz – slouží ke zjištění bazální sekrece.
Schirmerův test II – určení reflexní sekrece (po zavedení proužků z filtračního papíru dráždíme zevní sliznici vatovou štětičkou).
- b) Kvality slz
Ferning test – k určení nedostatku mucinu.
Break up time - ukazuje stabilitu slzného filmu.
- c) Testy k zjištění funkce odvodných slzných cest
Test vymizení barviva, primární barvicí test. Jones I 2%-fluorescein je instalován do spojivkového vaku, do nosu je vsunuta štětička do oblasti vústění nosního slzovodu – při zbarvení štětičky jsou cesty průchodné, sekundární barvicí test - Jones II, průplach slzných cest = nejpoužívanější metoda ke zjištění místa překážky – sondu vsuneme do slzného kanálku – vstříkujeme fyziologický nebo Ringerův roztok – pokud se dostane tekutina do nosu, je vnímána slaná chuť v ústech, vrací-li se čirá tekutina druhým slzným bodem, jsou kanálky průchodné, ale překážka je buď ve společném kanálku před slzným vakem nebo níže. Vrací-li se tekutina s hlenem nebo hnisem, je překážka ve vaku nebo pod vakem. Vrací-li se čirá tekutina stejným bodem, je překážka v slzném kanálku. Diagnostická sondáž – ke zjištění místa obstrukce (používá se u dětí). Dakryocystografie – RTG vyšetření, zejména s kontrastní látkou (lipiodol), udává rozsah a místo obstrukce - může odhalit i novotvary a cizí tělesa Počítačová tomografie je důležitá zejména u traumatických změn.

Vyšetření předního segmentu bulbu

Používá se šterbinová lampa (biomikroskop sestávající z binokulárního mikroskopu s možností střídavého zvětšení 16-40x a světelného zdroje na druhém rameni, který je pohyblivý, takže lze měnit úhel osvětlení. Lze rovněž rozšiřovat a zužovat šterbinu (při velmi úzké šterbině – tzv. optickém řezu – lze dobře odlišit např. hloubky postižení v jednotlivých vrstvách rohovky. Zmenšením šterbiny na úzký paprsek lze pozorovat pohyb elementů v přední komoře. Šterbinovou lampou lze stereoskopicky vyšetřit i oční pozadí rozšířenou zornicí, buď čočkou přiloženou k rohovce (Goldmannova trojzrcadlová čočka, Panfundoskop aj.), nebo Hrubyho čočkou, která bývá součástí některých šterbinových lamp, nebo asférickými čočkami o 78 – 90dpt., které držíme volně v ruce před okem vyšetřovaného – tím vidíme stereoskopicky oční pozadí až do ekvátoru. Periferní změny lze vyšetřit zrcadly Goldmannovy čočky – součástí šterbinové lampy bývá i Goldmannův aplanační tonometr.

Vyšetření spojivky

Vyšetřujeme šterbinovou lampou při pohledu do všech stran. Normální spojivka je průhledná, vidíme pod ní skléru – můžeme sledovat spojivkové cévy i tzv. vodní vény – Ascherovy vény. Diagnosticky důležité je rozšíření cév spojivky při zánětech. Jednotlivé cévy jsou cihlově červené, na okrajích víček zakrývají vývody Meibomových žláz – jde o tzv. spojivkovou nebo povrchovou injekci, svědčící pro záněty či podráždění spojivky. Perikorneální nebo ciliární injekce

vzniká při hlubších zánětech a stavech oka – má tmavší červenou barvu a je lokalizována kolem limbu, jednotlivé cévy nejsou patrné, zbarvení je difuzní. Rozpoznání obou injekcí rozděljuje méně závažná onemocnění spojivek od onemocnění rohovky, duhovky, glaukomového záchvatu, apod. O smíšené injekci hovoříme při kombinaci ciliární injekce s druhotně vzniklou povrchovou injekcí (při bolesti, slzení, blefarospasmu). Sekrece spojivky může být serózní, hlenovitá, fibrinózní, hnisavá, popř. s příměsí krve. Na spojivce se mohou tvořit membrány a pseudomembrány, na tarzální spojivce lze při zánětech pozorovat hypertrofii papil a tvorbu folikulů.

Vyšetření rohovky

Rohovka je fyziologicky čirá, při patologických podmínkách se mění průhlednost, stejně jako fyziologická tloušťka. Průměr se měří speciálním kružtkem, tloušťka pachymetry různých typů či v úzkém řezu štěrbinovou lampou. Zakřivení měříme oftalmometrem podle Javala, nepravidelnost zakřivení různými keratoskopy – přístroj podle Kleina nebo Placida, kterými se na rohovku projikuje několik koncentrických kružnic a posuzuje se jejich deformace (přesná analýza pomocí topografů). Sledování povrchu rohovky, který je normálně hladký, krytý epitelem a zvlhčován slzami, při povrchových zánětech je povrch hrubě nerovný, což lze vyšetřit projekcí světla na rohovku – celý obraz je roztržštěn. Po povrchových zánětech vznikají povrchové jizvy, které se postupně hojí a nepravidelnost se zmenšuje. U hlubokových zánětů rohovky je epitel nepoškozený, ale celá rohovka bývá ztlustělá, edematozní. Odraz světla je jen jemně deformován, jakoby vlnitý. Citlivost rohovky lze měřit esteziometry, většinou orientačně stačí dotek vláčenka vaty a srovnání s druhým okem. Vitální barvení (nejčastěji 1% roztok fluoresceinu nebo 1% roztok bengálské červeně) po opláchnutí ulpívá v místech defektů epitelu. Lze měřit i filtraci nitrooční tekutiny rohovkou - Seidelova zkouška. Při úzkém řezu posuzujeme na štěrbinové lampě charakter a hloubku zkalení (název pro probíhající patologické procesy) či zákaly (název pro změny bez aktivního procesu). Na vnitřní ploše rohovky lze vidět nález precipitátů, endotelové exkrescence, aj. Rohovkový epitel lze podrobně vyšetřit rohovkovým spekulárním mikroskopem. Pachymetrie – metoda k měření tloušťky rohovky. Lomivost rohovky určujeme oftalmoskopem podle Javala.

Změny a nepravidelnosti lze přesněji lokalizovat keratoskopy – Placidův terč či Kleinův keratoskop (koncentrickými kružnicemi promítanými na rohovku). Dioptrické hodnoty na jednotlivých místech rohovky jsou barevně znázorněny od modré barvy (nejplošší místo) k červené (nejvyklenutější). Vrůstání cév do rohovky je patologický proces.

Vyšetření přední komory

Zjišťujeme její hloubku a obsah. Je vhodné sledovat postavení duhovky, při sledování vztahu rohovky a duhovky v různých místech hodnotíme nepravidelnosti. Obsah přední komory je normálně opticky prázdný, při zánětech cirkulují leukocyty a fibrin (Tyndallův efekt při vyšetření štěrbinovou lampou). Hnis v komoře klesající na dno – hypopyon, krev sedimentovaná na dno – hyphema. Průtok nitrooční tekutiny přední komorou lze změřit fluorofotometrií.

Vyšetření komorového úhlu

Komorový úhel je úhel mezi rohovkou, sklérou a duhovkou – lze jej vyšetřit pouze se speciální kontaktní čočkou (nejč. čočka dle Goldmanna). Principem čočky je konus ze skla, do něhož je vsunuto zrcadlo zkosené o 62° proti přední ploše – při vyšetření zamíříme paprsek na zrcadlo, ve kterém vidíme strukturu protilehlého komorového úhlu.

Gonioskopická čočka se třemi zrcadly slouží i k vyšetření periferie očního pozadí a sklivce.

Vyšetření duhovky

Vyšetřujeme na denním světle (zde vyniknou barevné rozdíly – např. heterochromie duhovky), na štěrbinové lampě vidíme podrobnosti (kresbu duhovky, prosáknutí tkáně, její atrofii, névy aj.). Cévy duhovky lze znázornit při fluorescenční angiografii.

Vyšetření zornice

Popisujeme centraci, tvar, případné anomálie (ektopie, polykorie). Šíři zornice měříme přibližně Haasovou lištou a Wesselyho keratometrem, kde jsou údaje v milimetrech. Ve tmě se vyšetřuje s pomocí infračerveného pupilometru.

Zkoušíme reakce na osvit (přímé a nepřímé) porovnáním osvětleného a druhého oka, reakce na zakrytí druhého oka, reakce na konvergenci, reakce na uzávěr oční štěrbinou. K posouzení anizokorie a patologických stavů můžeme použít farmak ovlivňujících sympatikus a parasympatikus.

Vyšetření čočky

Klinické vyšetření je možné pouze v rozsahu zornice v arteficiální mydriáze. V úzkém štěrbinovém osvětlení sledujeme jednotlivé vrstvy a jejich případné změny, posuzujeme sníženou průhlednost ve vztahu ke zhoršené zrakové ostrosti. Stupeň zkalení lze zaznamenat fotograficky Scheimpflugovou metodou. Oftalmoskopem posuzujeme reflex.

Vyšetření sklivce a očního pozadí

Přímá oftalmoskopie – použití ručního oftalmoskopu – zvětšení 14x – zjišťuje se průhlednost čočky a sklivce, papila zrakového nervu, centrální krajina a všechny kvadranty, nález na cévách, ložiskové změny sítnice, prosvítání chorioidey.

Nepřímá oftalmoskopie – binokulární oftalmoskop se nasazuje na hlavu vyšetřujícího – k podrobnějšímu vyšetření fundu .

Oční pozadí lze vyšetřit i na štěrbinové lampě s Hrubyho čočkou o síle +78 až 90D nebo kontaktní čočkou.

Laserová oftalmoskopie - vlastnosti laserů (monochromatické světlo, úzký paprsek, polarizace) umožnily osvětlení očního pozadí malým světelným bodem, který se rychle pohybuje s pomocí kamery. Reflektovaný obraz očního pozadí se zobrazuje na detektoru - nález je vyhodnocen počítačem.

Měření nitroočního tlaku

Orientační měření je palpací.

Tonometrie – je měření nitroočního tlaku pomocí přístrojů. Určitým tlakem je deformována rohovka . Čím je nižší nitrooční tlak, tím více se deformuje – buď se vpácí (impresní tonometrie) nebo oploští (aplanační tonometrie). Schiotzův impresní tonometr – dolní plošku přiložíme ke středu anestetizované rohovky – válcovitý píst ve středu imprimuje rohovku- ručička ukazuje v mmHg vnoření pístu do rohovky. Pokud jsou hodnoty nižší než 3, doplníme závaží 5,5g, které je trvale připojeno k pístu dalším závažím 7,5g a třetím závažím 10,0g. Goldmannův aplanační tonometr – je připevněn ke štěrbinové lampě.

Rohovka je zbarvena fluoresceinem – před lampu je předsunut modrý kobaltový filtr , při dotknutí rohovky se vytvoří na plošce aplanačního tělíska zelený fosforeskující kroužek tvořený zbarvenými slzami. Horní a dolní kroužku jsou od sebe opticky posunuty o 3,06mm – když přidáme více tlaku, zvětší fluorescenční půlkruhy, když se vnitřní okraje půlkruhu dotýkají, je průměr kruhu 3,06mm. Na kolečku odečteme, kolik síly v g by bylo nutné k dosažení aplanované plochy o 3,06 (1g síly = 10mmHg nitroočního tlaku).

Přenosný aplanační tonometr je na stejném principu, ale aplanační tělísko nepozorujeme štěrbinovou lampou. Bezkontaktní tonometr – měří oploštění rohovky vyvolané náhlým nárazem vzduchu. Fouknutí vzduchu – 3ms je třikrát kratší než mrknutí oka (10ms). Vhodný ke sreenin- govým akcím.

Tonografie se dnes již nepoužívá pro nepřesnost – je to měření odtokové snadnosti elektrickým tonometrem.

Vyšetření zorného pole

Zorné pole je oblast, kterou oko vidí určitý fixující bod . Provádí se perimetry.

Jde o subjektivní vyšetřovací metodu, při které zjišťujeme schopnost oka rozlišit rozdíl dvou světelných předmětů (mezi pozadím a světelnou značkou).

Kinetická perimetrie – Pacient fixuje jedním okem bod s opřenou bradou a čelem . Vyšetřující pohybuje značkou o různé velikosti z periferie do centra. (pozadí tvoří slaběji osvětlená polokoule o průměru cca 33cm). Asi 15' temporálně od fixačního bodu zjistíme výpad v zorném poli – slepou skvrnu – Marriotův bod, odpovídající vstupu zrakového nervu do oka. Spojením míst se stejnou citlivostí získáme izoptéry.

Orientační vyšetření – konfrontační zkouška – ve vzdálenosti 1m od vyšetřovaného prstem pohybujeme z periferie do centra před nezakrytým okem a srovnáme údaje o zahlédnutí prstu s vlastním viděním. Dnes vzácné jsou ruční perimetry (Foersterův nebo Maggioreův).

Kulový perimetr - je dnes nejužívanější – sestává z polokoule o prům. 33cm a zařízení projikujícího světelné značky s měnlivou velikostí, sytostí a barvou používané druhy (perimetry podle Harmse, Goldmannův perimetr, perimetr Zeiss Jena). Nález je možno zaznamenat na předtištěném formuláři.

Statické perimetrie – jde o metodu přesnější, kde lze zjistit kvantitativní změny – velikost, tvar i hloubku defektů. Testové objekty jsou buď projikovány nebo jsou to světlo imitující diody. Pacient po zpozorování značky zmáčkne tlačítko. Tiskárna vytiskne výsledek buď v různých odstínech odpovídajících různé hloubce defektu, nebo numericky.

Kampimetrie – pacient s fixovanou hlavou 1-2m před černým Bjerrumovým plátnem se dívá do jeho středu a udává, kdy vidí značku, kterou vyšetřující ručně pohybuje.

Amslerova mřížka - černá na bílém podkladě či bílá na černém podkladě o velikosti 10x10cm. Centrální sítnicové poruchy často ve střední části působí metamorfopsii, poruchy zrakového nervu a chiasmatu nepůsobí zvlnění čar, ale jejich vymizení.

Ultrazvukové vyšetření

Umožňuje určit charakter změn (solidní útvary či opticky prázdné prostory), změny v rozměrech částí oka a délku oka a hloubku přední komory při určení vhodné síly nitrooční čočky. Rychlost šíření ultrazvuku nezávisí na frekvenci kmitů, ale na hustotě materiálu, na který naráží. Při nárazu na hraniční plochy různých médií se část vlny reflektuje, část prochází v závislosti na odporu média.

Rentgenologické vyšetření

Má význam při diagnostice onemocnění očnice, kanálu zrakového nervu, při lokalizaci cizích tělísek, rtg snímky s kontrastní náplní mohou upřesnit diagnózu uzávěrů slzných cest. Používáme korneosklerální čočky nasazené na oko (Baltonova z lehkého kovu nebo Combergova z PMMA)

Počítačová tomografie

Umožňuje zobrazení oka a očníce v horizontálních, vertikálních a koronárních řezech. Je možné diferencovat detaily s rozlišovací schopností do 1mm v oku.

Magnetická rezonance

Zobrazuje řezy bez jakéhokoliv radiačního zatížení. Obrazy jsou tvořeny dlouho-vlnnými elektromagnetickými vlnami. Lze znázornit tkáň podle určité denzity, ale i podle chemického složení.

Ultrazvuková dopplerovská tomografie

Má význam u cévních poruch v povodí a. carotis, metoda je vhodná u všech ischemických poruch sítnice.

Fotografické vyšetření

K dokumentaci nálezů na předním segmentu slouží fotografie provedena na fotoštěrbinové lampě. K vyšetření očního pozadí slouží pozadřové kamery. Při fluorescenční angiografii sledujeme postupné plnění arterií, arteriál, kapilár, venózního systému sítnice či plnění cév cévnatky.

Exoftalmometrie

Protruzi bulbu měříme exoftalmometrem podle Hertela. Pod vrcholy rohovek je upevněna škála, kde lze odečíst hodnoty.

Transiluminace bulbu

Provádíme světelným zdrojem, jehož světlo je svedeno do skleněného kuželu, který je ze stran začerněn (Langeho lampa). Při doteku sklery koncem přístroje vidíme v zornici oranžový reflex. Oranžový reflex se neobjevuje tam, kde je neprůsvitný útvar. Při atrofii duhovky prosvítá reflex i v atrofických místech.

Oftalmodynamometrie

Je měření tlaku v cévách sítnice. Zvýšením nitroočního tlaku tlakem dynamometru ze stran na bulbus nejdříve dosáhneme pulzace věny, při dalším zvyšování vyprázdnění věny. Při dalším zvýšení tlaku vidíme stejné fenomény (pulzaci a zastavení proudu krve) v arteriích, zvýšení nitroočního tlaku nad diastolický, resp. systolický v a. centralis retinae.

Vyšetření refrakce a refrakčních vad

Objektivní vyšetření provádíme skiaskopií (retinoskopií, kdy pozorujeme světlo dopadající ze světelného zdroje umístěného 50-100cm od vyšetřovaného oka). Při pohybu světelného zdroje se objeví v zornici stín, který se pohybuje buď souhlasně se směrem oka, nebo protichůdně. Leží-li punctum remotum vyšetřovaného oka za vyšetřujícím, postupuje stín souhlasně, leží-li mezi vyšetřovaným okem a vyšetřujícím, pohybuje se protichůdně. Předkládáním dioptrických skel před oko můžeme zjistit od jednoho způsobu pohybu stínu k druhému. Jestliže při vzdálenosti 100cm odečteme 1D, dostaneme refrakci oka. Další možností objektivního vyšetření jsou refraktometry (často automatické), projikující obraz na sítnici a analyzující nutný počet dioptrií, aby byl obraz ostrý. Oftalmometrem podle Javala a Schiotze měříme zakřivení přední plochy rohovky tím, že projikujeme dva obrazy na rohovku. jejich rozdíl ve dvou na sebe kolmých rovinách určí hodnotu zakřivení i dioptrickou hodnotu zakřivení.

Posuzování invalidity u chronické obstrukční plicní nemoci

MUDr. Marcelína Čejková, ČSSZ

Podle prognóz Světové zdravotnické organizace (WHO) patří a budou patřit chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), bronchogenní karcinom a pneumonie mezi 5 nejčastějších a nejzávažnějších diagnóz. Za 15 let budou podle odhadů Světové banky a WHO patřit CHOPN, kardiovaskulární nemoci, těžké deprese a dopravní nehody k největším příčinám zdravotně-ekonomických ztrát v celosvětovém měřítku.

V roce 1997 WHO registrovala na celém světě 500 - 600 miliónů nemocných CHOPN, což znamená celou jednu desetinu populace. V České republice je odhad počtu nemocných cca 800 000 dospělých osob. V roce 2001 tzv. Světová iniciativa o chronické obstrukční nemoci (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, pod zkratkou „GOLD“) navrhla celosvětovou strategii diagnostiky, léčby a prevence CHOPN a Česká republika se ve stejném roce k této iniciativě připojila. Je třeba brát v úvahu i to, že statistické údaje, které jsou v literatuře uváděny mohou být zkreslené, s ohledem na to, že místo CHOPN je uváděna diagnóza astmatu.

Změna definice CHOPN, charakteristika a příznaky.

CHOPN je onemocnění charakterizované omezením průtoku vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), které obvykle progreduje a je spojeno s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodlivé částice a plyny.

V definici se tedy již neobjevují pojmy „chronická bronchitida“ ani „emfyzém“.

Za hlavní **rizikovou příčinu** vzniku CHOPN je považováno z 80-90% **kouření tabáku**, dále prachy a chemikálie v pracovním prostředí a znečištění zevního prostředí. Klinicky významná CHOPN se nevyvine u každého kuřáka a bylo již prokázáno, že spoluurčující pro vznik onemocnění jsou individuální genetické dispozice. Některé klinické studie prokázaly, že ženy jsou citlivější na vliv tabákového kouře než muži. Ročně se v České republice vykouří 2 000 cigaret na 1 obyvatele včetně kojenců.

Samotný **vznik** CHOPN se snaží vysvětlit řada teorií. Zdá se však, že vliv znečištění zevního prostředí je mnohem menší než cigaretového kouře. Bylo například prokázáno, že již jeden „šluk“ cigarety obsahuje velké množství molekul oxidačních látek, které přímo poškozují elastin a kolagen plicní tkáně a zánět přestává být kontrolován (teorie nerovnováhy mezi oxidanty a antioxidanty).

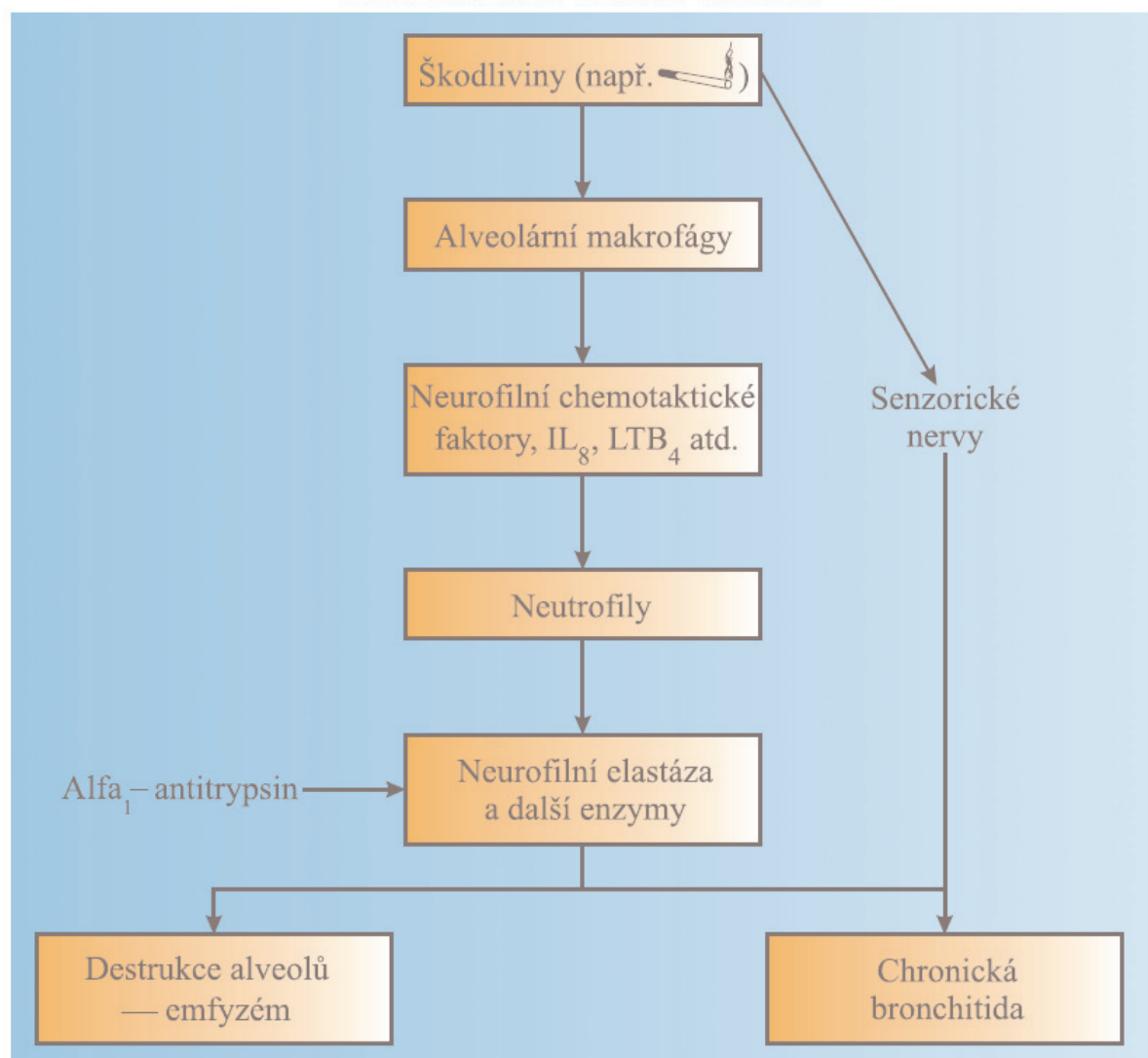
CHOPN charakterizuje

- **chronický zánět**, který postihuje oblast dýchacích cest (bronchů i bronchiolů), plicní tkáň i plicní cévy. Jedná se o odlišný typ zánětu než u astmatu. (CHOPN a astma jsou dvě rozdílné nemoci !)
- **trvalá obstrukční ventilační porucha**, která je způsobena kombinací obstrukce periferních dýchacích cest a současného postižení plic rozedmou. Obstrukce dýchacích cest vzniká na pod-

kladě chronické bronchitidy. *Plicní rozedma je v současnosti chápána jako patologicko-anatomický termín, který popisuje pouze jednu z těžkých strukturálních změn plicní tkáně tj. destrukci alveolů. Chronický zánět průdušek je oproti tomu definován klinicky, jako přítomnost kašle s vykašláváním sekretu nejméně 3 měsíce v roce a alespoň v posledních dvou letech. K bronchiální obstrukci může dojít i bez chronického kašle s vykašláváním a naopak chronický kašel s vykašláváním nemusí vést k rozvoji obstrukce. Asi u 10% pacientů se vyskytuje souběh CHOPN a astmatu.*

Hlavními příznaky CHOPN jsou dlouhodobý kašel, zejména na podzim a v zimě, vykašlávání sekretu a námahová dušnost. Kašel a vykašlávání, které se objevuje nejdříve po probuzení, později během celého dne, trvá i **několik let**. Pacienti si při zhoršení stěžují na pískoty a tíhu na hrudníku, která se objevuje po námaze. **Dušnost** se vyvíjí **pozvolna** a nemocný **má čas si na své obtíže zvyknout**. (Chronický kašel, který je také příznakem astmatu, se objevuje v kteroukoliv denní i noční dobu a většinou bývá suchý).

Mechanismus vzniku CHOPN



Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) Moderní směry v diagnostice a léčbě, V.Vondra, J.Musil, S.Kos, E.Králíková, Praha – Vltavín, str.16, 2003

Funkční vyšetření

Přestože se v oblasti funkčního vyšetřování dýchání pneumologům rozšířilo spektrum možností, základním vyšetřením CHOPN stále zůstává **spirometrie**. Jako standardizované vyšetření objektivně měří průtok vzduchu v průduškách. **Rentgenové** vyšetření hrudníku má především význam pro vyloučení jiné diagnózy, především bronchogenního karcinomu. Pokles plicních funkcí je patrný pouze při opakovaném spirometrickém vyšetření a to nejméně s ročním odstupem.

Klasifikace CHOPN

Iniciativa GOLD doporučuje rozlišovat 4 stadia:

- **Stadium 0 (rizikové)** objevuje se chronický kašel s tvorbou a vykašláváním sekretu (v podstatě chronický zánět průdušek), plicní funkce měřené spirometricky jsou normální.
- **Stadium I – lehké** FEV1 $\geq 80\%$ náležitých hodnot (n.h.), s příznaky chronického kašle a vykašlávání sekretu, pacient si není vědom zhoršení plicních funkcí.
- **Stadium II – střední** FEV1 50 až 80% n.h., chronický kašel s vykašláváním sekretu, dušnost po zátěži.
- **Stadium III – těžké** FEV1 $< 50\%$ n.h., chronický kašel s vykašláváním sekretu.
- **Stadium IV – velmi těžké** FEV1 $< 30\%$ n.h. anebo FEV1 $< 50\%$ n.h. při současných známkách respiračního selhání (pokles PaO₂ pod 8,0 kPa až klinické projevy cor pulmonale).

Posudkové zásady

V příloze č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, v platném znění, jsou funkčně vyjádřena zdravotní postižení a jim odpovídající rozmezí procentní míry poklesu výdělečné schopnosti. Zdravotní postižení je zde určitým způsobem funkčně vymezeno a procentní hodnoty míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti na sebe navazují podle různé tíže a průběhu zdravotního postižení.

Obecné posudkové zásady posuzování dolních cest dýchacích jsou uvedeny v **příloze č. 2 kapitoly VIII, oddílu B** citované vyhlášky. Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle omezení plicních funkcí, vlivu na celkový stav a podle následných projevů na jiných orgánových systémech (např. cor pulmonale). Nezbytné je pneumologické vyšetření včetně vyšetření spirometrického. Měření arteriálních krevních plynů se doporučuje u všech nemocných s FEV1 pod 40% n.h. Důležité je anamnestické zjištění četnosti záchvatů a omezení aktivit nemocného.

Při:

- **lehké poruše ventilace** posuzovaný většinou může vykonávat převážnou většinu povolání, bez zařazení do expozice prachu a chemických látek,
- **středně těžké poruše ventilace**, námahová dušnost II.stupně, PaCO₂ okolo 9,3 kPa, který klesá při fyzické námaze, nemocný je kompenzován, ale jsou zjištěny známky hypertenze v plicnici, doporučujeme fyzicky méně náročnou práci, vždy mimo rizikové prostředí.
- **těžkých poruchách ventilace**, tj. při námahové dušnosti III.stupně (**FEV1 pod 45%** n.h. a PaO₂

je okolo 8,00 kPa) je prakticky zákaz i lehké fyzické práce. **Jestliže jsou hodnoty FEV1 pod 40%, jedná se o hodnoty extrémně patologické, pracovní nároky musí být sníženy na minimum.**

Uznání invalidity

Základem posuzování invalidity je zjištění, zda u posuzovaného jde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a pokud je zdravotních postižení více, určit, které z nich způsobuje největší pokles výdělečné schopnosti (odst. 3 § 6 vyhlášky č. 284/1995 Sb.). Konstatování nemoci samo o sobě nestačí jako kritérium uznání invalidity a jejího stupně. Nikdo není plně nebo částečně invalidní jen proto, že trpí nějakou nemocí, jestliže tato nemoc nemá ve svých důsledcích dopad na funkci organismu. Pro stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti vycházíme z doložených výsledků funkčních vyšetření a ze schopnosti pojištěnce vykonávat práce odpovídající jeho zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem.

Omezení plicních funkcí, vliv choroby na celkový zdravotní stav, projevy na jiných orgánových systémech jsou součástí posudkového hodnocení. CHOPN není v příloze č.2 kapitole VIII, oddílu B citované vyhlášky uvedena pod samostatnou položkou a při hodnocení je třeba si uvědomit, že u zdravotního postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a není uvedeno v příloze č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., se procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanoví podle takového zdravotního postižení uvedeného v citované příloze, které je s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné.

CHOPN je onemocnění s trvalou progresí, jehož postupné zhoršování lze dosud jen velmi málo léčebně ovlivnit. Z prognostického hlediska se jedná o závažný zdravotní stav, vyúsťující ve ventilační poruchu trvalého charakteru, se závažnými socioekonomickými dopady.

Kontrolní lékařské prohlídky

Důvodem ke stanovení kontrolní lékařské prohlídky je zjištění možné změny jejího stupně, nejkratší lhůta je 6 měsíců. Stanovit lhůtu delší než 3 roky je problematické. Jestliže předpokládáme, že se stav za 3 roky nezmění, jedná se pravděpodobně již o stav trvalý a od KLP upustíme. CHOPN je onemocnění, které samotný pacient nevnímá hrozivě, vzhledem k tomu, že se vyvíjí řadu let a nemocný má čas se svým potížením přizpůsobovat. Při stanovení KLP je třeba si mimo jiné uvědomit, že cílem farmakologické léčby CHOPN je v současné době prevence a kontrola příznaků, snížení frekvence a tíže exacerbací, zamezení progresu a lepší tolerance fyzické zátěže. Významnou roli pro zlepšení kvality života má rehabilitace, která může pozitivně ovlivnit všechny příznaky CHOPN. U pokročilých stadií nemoci je doporučena kyslíková léčba a paliativní chirurgická léčba, jako je bulektomie nebo odstranění periferních částí obou plic, tzv. volumredukční operace. Tyto jsou zatím spíše ve stadiu experimentu a transplantace plic patří také mezi léčbu velice nákladnou. V poslední době je zvažováno i využití kmenových buněk k reparaci destruované plicní tkáně.

Úloha inhalačních kortikosteroidů není zatím zcela jasná, zatímco u astmatu jsou inhalační kortikosteroidy na prvním místě. Základem léčby CHOPN je absolutní zákaz kouření. Více informací o tomto onemocnění lze získat na adrese www.copn.cz.

Závěr

U CHOPN neexistují posudková hlediska, která bychom označili jako závazná, snažíme se co neobjektivněji hodnotit zdravotní postižení a z něho vyplývající pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Hodnocení nemůže být schematické, ale každý jednotlivý případ posuzujeme individuálně.

Literatura

1. K.Horký Lékařské repetitorium Galén 2003; 386-387
2. J. Braun, A.Dormann Vademekum lékaře Galén 2000;199-203
3. V.Vondra, J.Musil, S.Kos, E.Králíková Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) Moderní směry v diagnostice a léčbě, Praha – Vltavín, 2003
4. Kolektiv autorů Kompendium lékařské posudkové činnosti II/1 Praha ;179-208
5. Lékařské listy 22/2006 M.Sloup Chronická obstrukční plicní nemoc; 24-28
6. Lékařské listy 4/2006 J.Homolka CHOPN – čtvrtá nejčastější příčina smrti; 5-7
7. Medicína pro praxi 2007; 4 (7 - 8) J. Zatloukal Novinky v terapii CHOPN; 301-304
8. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize Praha 1992, 254.
9. Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou provádí zákon o důchodovém pojištění, v platném znění

Posudková hlediska pro hodnocení pracovní schopnosti u unemocných s diabetes mellitus

MUDr. Dušan Gajdošík, ČSSZ

Diabetes mellitus (DM) patří mezi onemocnění, která mohou vést k nepříznivému ovlivnění pracovní schopnosti člověka v produktivním věku. Akutní stavy mohou vyžadovat dočasnou pracovní neschopnost, déletrvající diabetes může zavinit takový pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti, který vede k uznání částečné nebo i plné invalidity.

ČSSZ od r. 2005 statisticky sleduje podíl jednotlivých diagnostických skupin na vyplácených invalidních důchodech (ID). V r. 2005 i 2006 činil podíl DM (dg. E10 – E14) na nově přiznaných ID přes 3 procenta. Podíl přiznaných plných invalidních důchodů (PID) a částečných invalidních důchodů (ČID) na celkem přiznaných invalidních důchodech pro DM byl v roce 2005 přibližně stejný, v r. 2006 byl vyšší podíl ČID (57 %). Zatímco v r. 2005 byl u mužů poněkud vyšší podíl PID (54 %), v r. 2006 se poměr obrátil ve prospěch přiznaných ČID (53 %). U žen přetrvává vyšší podíl přiznaných ČID (61 % v r. 2005 a 66 % v r. 2006).

Tabulka č. 1

Podíl DM na nově přiznaných invalidních důchodech v roce 2005 a 2006

rok	nově přiznané ID celkem			nové ID pro DM celkem			nové ID pro DM muži			nové ID pro DM ženy		
	ČID	PID	celk.	ČID	PID	celk.	ČID	PID	celk.	ČID	PID	celk.
2005	22571	23613	46184	771	758	1529	469	561	1030	302	197	499
2006	24718	24207	48925	920	700	1620	588	525	1113	332	175	507

Krajové rozdíly v absolutních číslech byly značné, avšak v přepočtu na 100.000 obyvatel se počet nově přiznaných ID za rok pohyboval kolem celostátního průměru 15. Nejméně přiznaných ID pro dg. DM v přepočtu na obyvatele bylo podle očekávání v Praze (cca polovina celostátního průměru, konkrétně 9 nově přiznaných ID na 100.000 obyvatel v r. 2005 a 7 ID v r. 2006), což lze vysvětlit lepší socioekonomickou situací, vyšším průměrným vzděláním obyvatel i vyšší pracovní motivací. Nejvíce ID v absolutních číslech bylo přiznáno v r. 2005 i 2006 v Moravskoslezském kraji, avšak v přepočtu na 100.000 obyvatel se počet nelišil významněji od celostátního průměru (18 nově přiznaných ID na 100.000 obyvatel v r. 2005 a 16 ID v r. 2006).

Obecné posudkové zásady

Při posuzování DM posuzující lékař musí vycházet ze zpráv a nálezů odborných lékařů. Ke správnému hodnocení je zapotřebí znát dobře kliniku a funkční důsledky vyplývající z různé závažnosti klinických příznaků. Každý diabetik by měl docházet na pravidelné kontroly k odbornému diabetologovi, který řídí jeho léčbu. Doporučuje se přitom sledovat obligátně některé parametry, uvedené v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2

Doporučení klinických a laboratorních vyšetření u diabetiků při ambulantních kontrolách

sledovaný parametr	frekvence vyšetření
glykémie (ev. glykemický profil)	každá kontrola
hmotnost (BMI)	každá kontrola
krevní tlak	každá kontrola
inspekce dolních končetin	každá kontrola
HbA _{1c}	1x za 3 měsíce (až 1x za 6 měs)
sérové lipidy	1x za 6 měsíců
moč bakteriologicky	1x za 6 měsíců
mikroalbuminurie/proteinurie	1x ročně (pozitivní ještě 2x opakovat)
TSH	1x ročně
oční vyšetření	1x ročně
interní vyšetření	1x ročně
EKG	1x ročně
orientační neurologické vyšetření	1x ročně

Zprávy od odborných lékařů musí být dostatečně vypovídající a k posouzení je třeba požadovat všechny údaje, které jsou odborní lékaři povinni sledovat. Kvalitu léčby DM lze posoudit podle údajů, uvedených v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3

Ukazatelé kvality léčby diabetu

sledovaný parametr	ukazatel kvality léčby		
	vynikající	přijatelný	špatný
glykémie v kapilární krvi (nmol/l) nalačno/před jídlem 1-2 hod po jídle	4,0 – 6,0 5,0 – 7,5	6,0 – 7,0 7,5 – 9,0	> 7,0 > 9,0
glykovaný hemoglobin HbA_{1c} (%) podle DCCT podle IFCC, od 1.1.2004	< 6,5 < 4,5	6,5 – 7,5 4,5 – 6,0	> 7,5 > 6,0
sérové lipidy (mmol/l) celkový cholesterol HDL cholesterol triacylglyceridy LDL	< 4,5 > 1,1 < 1,7 < 2,0	4,5 – 5,0 1,1 – 0,9 1,7 – 2,0 < 2,5	> 5,0 < 0,9 > 2,0 > 2,5
body mass index (kg/m ²) muži ženy	21 – 25 20 – 24	25 – 27 24 – 26	> 27 > 26
krevní tlak (mm Hg) systolický diastolický	< 130 < 80	130 – 140 85 – 90	> 140 > 90

Body mass index (BMI) by se měl u diabetiků optimálně udržovat v mezích normální hmotnosti, resp. pod hranicí prosté obezity (BMI 20,0 – 24,9). S obezitou jako rizikovým faktorem úzce souvisí **hladina lipidů v séru**. U vysoce rizikových skupin diabetiků, kde se diabetes kombinuje s manifestním kardiovaskulárním onemocněním, je snaha dosáhnout cílových hodnot sérových lipidů podle společného doporučení devíti českých odborných společností pro prevenci ICHS z r. 1995. Celkový cholesterol by se měl udržovat pod 4,5 mmol/l, LDL-cholesterol pod 2,5 mmol/l, HDL nad 1,0 mmol/l a triacylglyceroly pod 2,0 mmol/l. Optimální **hodnoty TK** při léčené hypertenzi by se měly pohybovat pod 130/80 mm Hg.

Diabetické komplikace

Významným faktorem ovlivňujícím zdravotní stav a pracovní schopnost diabetiků je přítomnost diabetických komplikací, které se dělí na specifické a nespecifické. **Specifickými komplikacemi** DM jsou diabetická mikroangiopatie s projevem nefropatie, retinopatie a neuropatie. Mezi **nespecifické** se řadí diabetická makroangiopatie (akcelerace aterosklerózy) a sklon k infekcím. Zvláštní, typickou komplikací pro DM, s komplexní patogenezi, je diabetická noha.

Rizikovým faktorem vedoucím k progresi specifických i nespecifických komplikací je především hyperglykémie, při níž dochází ke glykaci proteinů a k tvorbě nereverzibilních produktů glykace (AGE – advanced glycation endproducts), což vede ke vzniku reaktivních glykooxidovaných lipoproteinů. Ty zvyšují tvorbu pěnových buněk v aterosklerotickém plátu a zvyšují instabilitu plátu. Dalším, neméně významným rizikovým faktorem, je hypertenze, která vede ke zvýšení filtračního tlaku v glomerulu a k většímu odpadu proteinů.

Diabetická nefropatie

Diabetická nefropatie se vyvíjí u 30 – 50 % diabetiků závislých na inzulínu a jen u malého procenta NIDDM. Je projevem diabetické mikroangiopatie. Projevuje se proteinurií, hypertenzí a postupným poklesem renálních funkcí. Zpočátku se zjišťuje mikroalbuminurie, později proteinurie nad 0,5 g/24 hod. Postupné snižování glomerulární filtrace (GF) může vyústit až k selhání ledvin, které může být asymptomatické až do terminálního stadia. U nemocných s IDDM trvale přítomná, klinicky zjištělná albuminurie > 300 mg/l (nevysvětlitelná jiným onemocněním močového ústrojí), může být předzvěstí progresivního poklesu GF a rozvoje terminálního stadia renálního onemocnění v průběhu 3 až 20 let (průměr 10 let).

Podle studií je albuminurie téměř 2,5x vyšší u diabetiků závislých na inzulínu s diastolickým TK > 90 mm Hg, než u diabetiků s diastolickým TK < 70 mm Hg. Progresi terminálního stadia onemocnění ledvin urychluje nezvládnutá hypertenze.

Diabetická retinopatie

Nachází se u 20 % NIDDM již při stanovení dg., zatímco vzácně se nachází při stanovení dg. u IDDM. Má tři stadia. U **neproliferativní** (prosté) retinopatie dochází k tvorbě mikroaneurysmat, intraretinálních hemoragií, tvrdých exudátů a makulárního edému. U **preproliferativní** formy (pokročilá neproliferativní) se tvoří měkké (vakovité) exudáty, venózní abnormality, intraretinální mikrovaskulární abnormality a dochází k ischemii střední periferie sítnice. V **proliferativním** stádiu dochází k neovaskularizaci a k tomu může dojít k odchlípení sítnice tahem vaziva ze sklivce po krvácení do sklivce (tzv. trakční amoce). Každé stadium může být komplikováno edémem sítnice. Určitý stupeň retinopatie se nakonec vyvine asi u 85 % všech diabetiků.

U diabetu může dojít k **dalším očním komplikacím**, jimiž jsou paréza n. oculomotorii, n. abducens a n. trochlearis, neovaskulární sek. glaukom, katarakta a poruchy refrakce.

Diabetická neuropatie

Je častou komplikací a má různou lokalizaci a klinické příznaky. Nejčastější formou je **symetrická distální neuropatie**, která může být převážně sensorická nebo motorická. **Senzorická** je příčinou sensorických výpadů na končetinách v podobě ponožek a rukavic, začínajících obvykle na nohou, kde také bývá nejvíce vyznačena. **Motorická** se projevuje prudkými bolestmi steh, lýtek a nohou, hlavně v noci, slabostí a ochabnutím svalstva a potížemi při chůzi. Nemusí být přítomny výraznější poruchy citlivosti. **Autonomní (vegetativní) neuropatie**, která postihuje diabetiky s polyneuropatií, se může projevovat v oblasti systému kardiovaskulárního, gastrointestinálního či urogenitálního. V závislosti na tom, který systém postihuje, způsobuje tachykardii, ortostatickou hypotenzi, nadměrné pocení, zhoršenou funkci močového měchýře, jícnovou dysfunkci, opožděné vyprazdňování žaludku, zácpu nebo průjem, resp. noční průjmy. Při autonomní neuropatii chybí změny srdečního rytmu při Valsalvově manévru či hlubokém dýchání a změnách polohy z lehu do stoje (pozor na hypotenzi!). **Akutní bolestivé mononeuropatie** postihující III., IV. nebo VI. hlavový nerv, které se mohou spontánně upravit během týdnů až měsíců, se vyskytují u starších diabetiků a jsou způsobeny infarkty nervů.

Diabetická noha

Zahrnuje neuropatické, mikro- i makrovaskulární změny, které vedou k otlakům, vředům, flegmóně a gangréně, pro niž je někdy nutná amputace nohy. Vzniká především vlivem diabetické **neuropatie** na tonus svalstva, udržujícího nožní klenbu, v důsledku čehož dojde k jejímu poklesu a tlaku zejména hlavice metatarzů proti podložce. Porucha propriocepce vede k abnormálnímu způsobu přenášení váhy při chůzi, následkem toho v některých případech dochází ke vzniku typického Charcotova kloubu. Sensorická denervace při polyneuropatii zhoršuje vnímání běžných poranění (špatně padnoucí boty, kaménky v botě apod.). Svůj podíl na vzniku diabetické nohy má i **mikroangiopatie**. Na místech, kde kosti tlačí na ztenčelou kůži, vznikají otlaky a vředy, které mohou být hluboké a zasahovat ke kosti. Pak dochází k osteomyelitidě. Konečným důsledkem je flegmóna a gangréna prstů či celých akrálních částí končetin.

Klinická klasifikace diabetické nohy

- st. 0: kůže neporušená, suchá, s hyperkeratózami, prominují hlavičky metatarzů, kladívkovité prsty, kostní deformity (haluces valgus, Charcotova osteopatie), snížená citlivost
- st. 1: povrchová ulcerace zasahuje dermis
- st. 2: hlubší ulcerace zasahuje do podkoží
- st. 3: hluboké ulcerace, flegmóna, absces, osteomyelitis
- st. 4: lokalizovaná gangréna (pata, prsty)
- st. 5: gangréna celé nohy

Diabetická makroangiopatie

Jedná se o označení pro akceleraci aterosklerotických procesů velkých cév diabetiků. K tomu dochází v důsledku hyperglykémie, hypercholesterolémie i hypertenze. Postižení se může týkat koronárních tepen, velkých cév dolních končetin nebo cév mozkových. Morfologicky se změny neliší od aterosklerotických změn ostatní populace, avšak vyskytují se 2 – 4 x častěji, vznikají v mladším věku, mají rychlejší progresi a postižení je difúzní.

Posudková kritéria

Pracovní schopnost, resp. schopnost soustavné výdělečné činnosti (schopnost SVČ) diabetiků posuzujeme podle funkčních změn doložených odbornými nálezy. Procentní míru poklesu schopnosti SVČ u manifestního diabetu stanoví příloha č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v kapitole IV – poruchy endokrinní, výživy a přeměny látek, v položce č. 1.

Míra poklesu schopnosti SVČ závisí na závažnosti diabetu a na jeho funkčních důsledcích, vlivu na celkový stav a výkonnost organismu. Samotné odchylky od laboratorních hodnot nepodmiňují pokles schopnosti SVČ, ale jsou ukazatelem kompenzace diabetu a zejména v dlouhodobém sledování mohou s poklesem schopnosti SVČ korespondovat. Při posuzování se přihlíží k dalším zdravotním postižením, které mohou s DM souviset, jako např. k obezitě, hypertenzi a samozřejmě ke komplikacím diabetu jak specifickým tak nespecifickým. Ty mohou být počínající nebo již rozvinuté. Zvláště rozvinuté těžší komplikace několika systémů jsou vždy invalidizující.

Príslušná položka přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. rozlišuje, zda se jedná o diabetes kompenzovaný či těžko kompenzovatelný, diabetes na dietě, p.o. antidiabetických nebo s nutností aplikace inzulínu, diabetes bez komplikací či s počátečními anebo již rozvinutými komplikacemi.

Nekomplikovaný, dobře kompenzovaný diabetes obvykle nezpůsobuje pokles schopnosti SVČ vyšší než 33 % a nepodmiňuje ani částečnou invaliditu. V položce č. 1 kapitoly IV tomu odpovídá **písmeno a)** s procentní mírou poklesu schopnosti SVČ v rozmezí **5 – 20 %**. Ve smyslu ust. § 6 odst. 4 cit. vyhlášky lze horní procentní hranici navýšit až o 10 % s ohledem na předchozí výdělečné činnosti, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti a schopnost rekvalifikace, případně při působení více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při nezbytnosti zachovávat určitá režimová opatření, pokud dojde z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu k podstatnému omezení schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněn, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, může se stát DM důvodem k přiznání statutu osoby zdravotně znevýhodněné podle ust. § 67 odst. 2 písm. c) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Od 1.7.2006 posuzují zdravotní stav občanů pro tyto účely lékaři úřadů práce.

Pokud dochází k občasnému závažnějšímu metabolickému kolísání, nebo jsou přítomny již počínající diabetické komplikace, hodnotí se pokles schopnosti SVČ **dle písm. b)** položky č. 1 přílohy č. 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb. Míra poklesu schopnosti SVČ se stanoví v rozmezí **25 – 40 %**. DM těžko kompenzovatelný inzulínem nebo p.o. antidiabetiky s opakovanými stavy metabolického kolísání a rozvinutými diabetickými komplikacemi se hodnotí **dle písm. c)** shora uvedené položky s mírou poklesu schopnosti SVČ v rozmezí **50 – 70 %**. Může se přitom jednat buď o dlouhodobě obtížně kompenzovatelný DM nebo sice relativně dobře kompenzovaný, ale s rozvinutými komplikacemi.

Při hodnocení poklesu schopnosti SVČ je nutno pečlivě se zabývat všemi faktory, které jej mohou ovlivnit. Vychází se přitom z funkčního dopadu chorobného procesu na pracovní schopnost. Dalšími faktory jsou zejména dosažené vzdělání, předchozí výdělečné činnosti, zkušenosti, znalosti a schopnost rekvalifikace. Při hodnocení obtížně kompenzovatelnosti diabetu přihlížíme především k dlouhodobému profilu jednotlivých nálezů, četnosti metabolického kolísání a k hodnotám glykovaného hemoglobinu HbA1c, který je ukazatelem dlouhodobé kompenzace či dekompenzace diabetu. Diabetické komplikace hodnotíme z hlediska jejich funkčního dopadu. Na zřeteli máme jejich tíži a také to, zda se jedná o postižení jednoho nebo více systémů.

Diabetes s velmi těžkými komplikacemi několika systémů znamená vždy významný pokles schopnosti SVČ a plnou invaliditu. Posudkově tomu odpovídá hodnocení dle písm. d) výše uvedené položky přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů, se zde uvedenou mírou poklesu schopnosti SVČ ve výši 80 %.

Při uznání některého stupně invalidity je nezbytné při kontrolních lékařských prohlídkách sledovat vývoj DM a vyhodnocovat jeho vliv na pracovní schopnost občana, včetně případné dlouhodobě příznivé stabilizace zdravotního stavu. Z našich dosavadních zkušeností však vyplývá, že dlouhodobý vývoj vede spíše k narůstání funkčních obtíží a ke zvyšování procentní míry poklesu schopnosti SVČ s tím související.

Literatura:

1. Buryška J., Franeková J., Diabetes, současná laboratorní diagnostika a sledování cukrovky u dospělých, Lékařské listy č. 37/2005, s. 2 – 5, ISSN 0044-1996
2. Češka Richard, Metabolický syndrom, dyslipidemie a kardiovaskulární onemocnění, Lékařské listy č. 18/2006, s. 5 – 8, ISSN 0044-1996
3. Adámková V., Diabetes mellitus a arteriální hypertenze, Lékařské listy č. 18/2006, s. 26 – 28, ISSN 0044-1996
4. Sucharda P., Klinický význam kvantifikace otylosti, Quateletův index a jeho používání, Čas. Lék. čes., 128, 1989, č. 33, s. 1040 – 1043, ISSN 008-7335
5. Anděl M., Diabetes mellitus, Lékařské repetitorium, druhé vydání Galén, s. 102 – 105, ISBN 80-7262-351-6

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů na referátu LPS ČSSZ z hlediska lékařské etiky.

MUDr. Jaromír Skyva, ČSSZ

Situace klienta sociálního zabezpečení je při posuzování zdravotního stavu posudkovým lékařem pro účely přiznání dávek sociálního zabezpečení kupodivu podobná situaci, se kterou se setkávají klienti zdravotních pojišťoven, jsou-li ošetřováni ošetřujícími lékaři. V obou případech je na jedné straně žadatel o pomoc, ať finanční, v případě lékaře referátu lékařské posudkové služby (dále LPS ČSSZ), či o pomoc zdravotnickou u ošetřujícího lékaře. Jedná se téměř vždy, tedy v obou případech, o nesouměrný vztah, kde na straně jedné je vzdělaný (měl by být) a pravomocemi obdařený (je vždy) lékař, na straně druhé je posuzovaný klient nebo pacient, který zpravidla nedisponuje znalostmi takového druhu a rozsahu, aby mohl posoudit, zda je postup lékaře správný.

Ze shora uvedeného vyplývají pro klienta i lékaře dvě krajní možnosti:

První možností je, že se klient bezvýhradně svěří do péče nebo posouzení příslušného lékaře a nebude pochybovat o tom, že lékař postupuje správně. V některých případech se klient až nekriticky upne k osobě lékaře a jsou klienti, kteří přímo vyhledávají autoritu, která za ně řeší životní situace nebo jim poskytuje záštitu. V takovém případě zřejmě můžeme hovořit o příznivé situaci jak pro lékaře, tak pro klienta. Psychika nemocného netrpí, jeho víra v dokonalou osobnost lékaře pomáhá nemocnému překonat obtíže. Lékař, který vycítil ze strany pojištěnce důvěru, postupuje navíc obvykle s větší jistotou a klidem, jestliže se necítí být ohrožen chováním rezonujícího klienta nebo přímo stížností. Bohužel se s touto situací setká spíše ošetřující lékař. Tato příznivá varianta vztahu lékaře a klienta však může být a často bývá pouze přechodného rázu a může se vyvinout v situaci zcela opačnou.

S druhou krajní variantou se setkáváme pravděpodobně častěji. Jde o vztah, kde klient podezřívá lékaře z nedbalosti, či z nekalých úmyslů, nejčastěji pak z toho, že lékař je z nějakých důvodů motivován k tomu, aby na klientovi ušetřil. Může to být na příklad na dávce ze sociálního zabezpečení nebo na léčích, v případě ošetřujícího lékaře. Taková podezření je obtížné vyvrátit. U některých klientů mají tato obvinění lékaře charakter nevývratného bludu. Ve stížnostech pak klienti uvádějí výčitky typu - „aby pan doktor nepřišel o odměny, o vyznamenání“. Nezřídka tito klienti mění ošetřujícího lékaře, což jim zákon umožňuje.

V případě, kdy má klient výhrady k osobě posudkového lékaře a nechce být posuzován určitým posudkovým lékařem nebo žádným z lékařů místně příslušného referátu LPS ČSSZ, je postup upraven zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění, který stanoví nejen místní příslušnost klienta, ale i postup pro případ, kdy se lékaři, posuzující zdravotní stav pro příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení, stali nezpůsobilými jednat z důvodu podjatosti. Ke zjištění podjatosti lékařů sociálního zabezpečení dochází výjimečně a podjatost je třeba prokázat. Stanou-li se lékaři příslušné okresní správy sociálního zabezpečení nezpůsobilí jednat z důvodu podjatosti, pověří Česká správa sociálního

zabezpečení posouzením zdravotního stavu a pracovní schopnosti občana jinou okresní správu sociálního zabezpečení. Nejde tedy a ani nemůže jít z pochopitelných důvodů o svobodnou volbu posudkového lékaře.

Dvě shora popsané varianty vztahu lékaře a klienta jsou dva extrémy. Běžný klient má zájem na tom, aby jeho záležitost byla rychle a bezkonfliktně vyřízena a ví, že i lékař se může dopustit pochybení, nedomnívá se však, že v jeho případě k takovému pochybení dojde.

Postup a vzorec chování každého pracovníka lékařské posudkové služby a zejména lékaře, by měl vycházet z principu občanské rovnosti. Pokud lékař přistupuje ke klientovi paternalisticky, se zjevným vyjadřováním své převahy, porušuje tento princip a faktická nerovnost, daná již okolnostmi v rozdílném postavení lékaře a klienta, se tím ještě zvětšuje.

K tomu, aby mezi lékařem a občanem – klientem proběhlo úspěšně jednání, je třeba zachovávat určitá obecně platná pravidla chování. Ne každý četl Společenský katechismus Gutha Jarkovského, ale každý ví, že dojde-li k nějakému jednání, pak účastníci jednání by měli být vzájemně představeni. Lékař před jednáním zpracovává dokumentaci klienta, takže již při jeho příchodu ví, jak se klient jmenuje a zná řadu dalších údajů. Proto by se měl lékař klientovi představit, jestliže se jedná o první návštěvu. Obvykle nelze očekávat, že tak učiní klient sám jako první a to i v případě, že je mladší. Klient je často stresován a ovlivněn různými faktory, které mohou učinit i z průměrně sebejistého člověka naprostého zmatkáře.

Pro kontakt lékaře s klientem platí dále několik obecných zásad:

1. Lékař by například nikdy neměl obviňovat nemocného z toho, že je nemocný. K tomu by mohlo dojít u alkoholiků, kuřáků a poživatelů návykových látek, též u obézních nemocných. Odvykací „léčení“ je složitý proces a odsuzující postoj lékaře referátu LPS ČSSZ při jednání není vhodný.
2. Znáte-li klientovo přání, respektujte je, pokud tomu nebrání závažné důvody. Požaduje-li klient přítomnost někoho ze svých blízkých při jednání a vyšetření, pak se mu snažte vyhovět.
3. Usilujte vždy o správné posouzení zdravotního stavu klienta a nepodléhejte svým, ale ani klientovým emocím. Bedlivé dodržování právních norem by mělo zajistit stejné, správné a spravedlivé posuzování na celém území státu. Jestliže si posuzující lékař není jist, zda v daném případě je schopen objektivního pohledu, měl by se poradit s kolegou nebo s vedoucím lékařem, který není emočně na případu angažován. Popřípadě může posuzující lékař oznámit svému nadřízenému, že se cítí být podjatým a požádat, aby posouzení provedl jiný lékař.
4. Zajímejte se o klienta vždy jako o člověka, nikoli jen o jeho nemoc. Všímejte si sociálních důsledků zdravotního postižení. Není dobré hovořit o „infarktech“ a „mrtvicích“, pokud tím myslíme klienty.
5. Ani bezmocné klienty neoslovujte familiérně „babičko“, „dědo“ a podobně, ale vždy paní a pane.
6. Prověřujte své svědomí a přemýšlejte, zda jste postupovali správně. Neostýchejte se vyhovět autoremedurou, pokud jste došli k názoru, že je to možné. Přiznání omylu může být i projevem síly.

7. Při kontaktu s klientem se vyvarujte žargonu. Některé slangové výrazy, používané zdravotníky běžně, mohou klienta vystrašit, v lepším případě jim nerozumí. Sdělíme-li například klientovi, že nález v jeho moči je „negativní“, pak se může domnívat, že jde o nepříznivý nález.
8. Nepoužívejte vágních pojmů při sdělování informace klientovi. Výrazy „možná“, „snad“ použijte uvážlivě. Vyjádření lékaře, že možná dojde ke zhoršení choroby si klient vyloží většinou tak, že k tomu dojde s vysokou pravděpodobností.
9. Nejdůležitější informaci řekněte klientovi vždy jako první, tak si ji nejlépe zapamatuje.
10. Předpokládejte, že klient zhruba polovinu informací, které mu dáte, zapomene.
11. Používejte jasnou kategorizaci sdělení: Nejdříve vám sdělím výsledek dnešního jednání, pak vám vysvětlím další postup při vyřizování vaší žádosti a nakonec se zmíním o možnostech odvolání. Takže
12. Doporučení, která klientovi dáme, by měla být konkrétní. V rozhovoru užívejte krátkých vět s jasnými výrazy. Pošleme-li klienta na jiné oddělení nebo jiný úřad, specifikujeme to přesně, nejlépe s číslem dveří a jménem příslušného pracovníka.
13. Dejme klientovi písemnou informaci. Zlepšuje se tím jeho spolupráce. Nezapomeňte však, že ne všichni klienti jsou schopni číst (mentálně postižení, sociálně dezintegrované osoby, slabozrací).
14. Chovejme se ke klientům s profesionální úrovní, přesto však přátelsky. Dejme si obzvláště záležet na bezvadném a korektním chování při jednání s klienty, kterým nemůžeme vyhovět.
15. Nepokládejte otázky sugerující odpověď. Příklad: „Jste pan Vonásek?“ „Ano, samozřejmě, pane doktore“. Stresovaný, nedoslýchavý a servilní klient se neodváží zarmoutit lékaře zápornou odpovědí, přesto, že jmenuje jinak.
16. Pokládejte otevřené otázky – již směr, jímž se při svém povídání klient vydá, má hodnotu.
17. Zkuste klást křížové otázky. Příklad: „Pane Vonásku, říkáte, že nevyjdete do prvního patra pro dušnost. Kolikrát musíte použít váš lék ve spreji, abyste vyšel do prvního patra? Za jakou dobu se tam dostanete?“ Odpověď se může lišit od původní, nebo potvrdí předchozí informaci..

Některé skupiny klientů zasluhují z hlediska přístupu lékaře a z hlediska dodržování pravidel lékařské etiky zvláštní pozornosti. Jsou to zejména staří lidé, psychicky nemocní lidé, skupina klientů, kteří trpí nevléčitelnou onkologickou chorobou a v některých případech občané nedostatečně sociálně integrovaní. Při posuzování takových osob nám usnadní komunikaci s nimi, budeme-li dbát některých pravidel.

Starý člověk při jednání

Mezi starými lidmi jsou značné rozdíly. Věk sám o sobě není spolehlivým ukazatelem prognózy, ani nám neřekne mnoho o tom, jaká bude se starým člověkem komunikace. Je však třeba předpokládat, že s přibývajícím věkem bude domluva obtížnější. Příčin může být několik.

Nejčastější příčinou zhoršení komunikace u starých lidí je zřejmě porucha sluchu. Postižení spočívá zpravidla ve zhoršeném vnímání určitých tónů, není tedy postiženo celé tónové spektrum stejně. Některé hlasy může starý člověk slyšet lépe. Je možné, že mu vaše ústně předaná informace nebyla srozumitelná, ale dobře rozuměl poznámce kolegy, který komentoval jeho hluchotu.

Překážkou komunikace se seniorem je často i porucha percepce psychické. Člověk slyší, dovede i opakovat co slyšel, ale neví, nerozumí. Jde o t.zv. psychickou hluchotu, která je součástí všeobecné presbyofrenie.

Obtíže stáří jsou tak různorodé, že je nelze postihnout v celé jejich škále. Mezi smyslovými postiženími je třeba zmínit zejména poruchy zraku, které jsou způsobeny očním onemocněním primárně nebo jako komplikace základní choroby. Jistou výhodou pro zrakově postižené, oproti nedoslýchavým, je většinou chápající přístup veřejnosti k nevidomým a slabozrakým, častější doprovod někoho z příbuzných a možnost obvyklé verbální komunikace při jednání.

Senioři trpí často poruchami urologickými a proto, zvete-li je k jednání, měla by být zabezpečena i bezbariérová dosažitelnost příslušného sanitárního zařízení. Rozhodně je třeba při komunikaci se seniory zvolnit tempo sdělování informací, omezit se na podstatná sdělení a jevit porozumění v případě, že se komunikace nedaří.

Komunikace s psychicky nemocnými

Psychicky nemocní klienti vyžadují pochopitelně zvláštní, ohleduplné jednání. Je nutno si uvědomit, že ne každý takto postižený klient je při komunikaci nekonfliktní. Proto je vhodné, jestliže posuzující lékař ještě před jednáním s takovým klientem upozorní tajemnici nebo zapsavatelku na nutnost nestandardního přístupu. Dále je pak vhodné, aby tíhu jednání při komunikaci s psychicky postiženým přenesl na „svá bedra“ spíše lékař sám, při čemž využije svých psychiatrických znalostí. Tím lze předejít konfliktním situacím a mnohdy i stížnostem ze strany klienta.

Některé verbální projevy nemocného mohou již na první pohled signalizovat chorobu, jindy tomu tak není. Rozhodně nebudeme při jednání vést s takto nemocným klientem konfrontační rozhovor, ani mu nebudeme vyvracet jeho případné zjevně schizofrenní tvrzení. Zato pečlivě srovnáme jeho vystupování s odbornými nálezy, které máme k dispozici a jeho chování zapíšeme do Záznamu o jednání.

Při posouzení je třeba přihlídnout k míře omezení schopnosti vyrovnat se s požadavky běžného života a k míře trvale snížené odolnosti vůči stresu. Někdy zjistíte rozpor, když se klient, s diagnózou depresivní poruchy nálady, chová agresivně. Obecně je však třeba spolehnout se na nález psychiatra. Krátká doba, po kterou máte možnost sledovat posuzovaného vylučuje tvorbu relevantních závěrů o jeho chorobě.

Jistou informaci poskytne skutečnost, že posuzovaný vlastní řidičský průkaz a že řídí motorové vozidlo. Zvažte, zda závažnost onemocnění je v souladu s tímto zjištěním a zda si je psychia-

tr této skutečnosti vědom. Pokud se ošetřující psychiatr rozhodl ponechat psychicky nemocnému řídičský průkaz, svědčí to do značné míry o zachovalém pracovním potenciálu posuzovaného.

Za posudkově významnou skutečnost je nutno vždy považovat opakované psychiatrické hospitalizace. Jde-li o mentálně retardované, pak nezbytnou součástí posouzení je psychologické vyšetření.

Posuzování zdravotního stavu pojištěnců, kteří náleží k sociálně nedostatečně integrovaným skupinám obyvatelstva.

Podle principu občanské rovnosti, jak již bylo uvedeno, mají občané beze zbytku stejná práva a povinnosti, dané právními normami. Do právních norem však zákonodárce zakomponoval zohlednění předpokladů k tomu, zda si občan může zabezpečit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu přiměřenou životní úroveň vlastní prací.

„Při stanovení schopnosti soustavné výdělečné činnosti je nutné posoudit úroveň psychických, mentálních, sociálních a pracovních funkcí a posoudit schopnosti jedince vykonávat pracovní činnosti takovým způsobem nebo v takových mezích, které jsou považovány za normální v daném sociokulturním prostředí. Vychází se především z průběhu a závažnosti nemoci, celkového tělesného stavu, adaptace, osobnostních charakteristik, úrovně intelektu, sociální přizpůsobivosti a psychosociální zátěže.“

Ze shora uvedeného citátu přílohy č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, v platném znění, vyplývá, jaký posudkový význam je třeba přisuzovat prostředí, ze kterého posuzovaný vychází. Podle § 6 odst. 4) citované vyhlášky je třeba zohlednit předchozí výdělečnou činnost, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti a schopnost rekvalifikace posuzovaného.

Z definice invalidity dále víme, že se jedná o dlouhodobě sníženou, až nulovou schopnost soustavné výdělečné činnosti, za určitých právních, ekonomických a sociálních podmínek. Neexistuje tedy invalidita ve formě izolované od socioekonomického prostředí.

V některých komunitách, z nichž vycházejí naši klienti, jsou nejen krajně nepříznivé podmínky pro rozvoj osobnosti a pracovních aktivit, ale i nepříznivé podmínky pro udržování dobrého zdravotního stavu. Při jednání s klienty, u nichž je zřejmá sociální dezintegrace, je třeba nahlížet na jejich projevy jako na důsledky negativních celospolečenských jevů. Posuzovaný jedinec se nám pak bude jevit v širším kontextu spíše jako oběť těchto jevů. Řešení pak budeme hledat nejen ve vztahu k postiženému jednotlivci, ale zejména v řešení otázek celospolečenských. Z výše uvedeného však nevyplývá v žádném případě možnost posouzení zdravotního stavu mimo rámec platných právních předpisů.

Onkologicky nemocný při jednání

Při posuzování zdravotního stavu se setkávají pracovníci lékařské posudkové služby rovněž s onkologicky nemocnými klienty, jejichž prognóza je v některých případech infaustní. Okrajově se tedy posudkoví lékaři mohou setkat s problémem sdělování nepříznivé prognózy při onkologické diagnóze.

Názory na tuto problematiku procházejí vývojem. Od přísného utajování diagnózy se postupně přechází až k otevřenému sdělení skutečnosti, včetně nepříznivé prognózy a časového odhadu délky života. Nazírání na tuto problematiku bude mít pravděpodobně ještě vývoj. Jsou nemocní, kteří chtějí znát realitu, jiní nikoli a někteří jsou vděční za milosrdnou nepravdu.

Je třeba upozornit, že zákon č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád), v platném znění, umožňuje účastníku řízení (klientovi) nahlížet do spisu a pořizovat si výpisy. Toto právo se vztahuje i na záznam o jednání, včetně diagnózy.

Naštěstí posudkový lékař není tím, od koho se očekává, že bude pojištěnce seznamovat s nepříznivou prognózou jeho onemocnění. Učiní tak zajisté ošetřující lékař, uzná-li to za vhodné. Pokud je to možné, mohl by se případně posudkový lékař informovat u ošetřujícího lékaře tak, aby posuzovanému na jeho dotaz podal shodnou informaci. Obecně však je pro posudkového lékaře výhodnější vyhnout se sdělování nepříznivé prognózy a odkázat na ošetřujícího lékaře.

Jestliže nemocný již byl seznámen s nepříznivou prognózou, je nutno předpokládat, že se bude nacházet v některé fázi vyrovnání s touto skutečností. První období je obdobím šoku a ztrnulosti, poté následuje fáze odmítání, zloby, agrese a negativizmu, proč právě já..... V další fázi probíhá deprese a smutek a v závěru smíření a přijetí skutečnosti. Je tedy třeba počítat s některou z uvedených fází a hledat vysvětlení často neočekávaného chování nemocného právě zde.

Závěr

Udržení sociální homeostázy ve společnosti není snadné. Správné a spravedlivé rozdělení prostředků ze sociálního zabezpečení a dávek, které jsou podmíněny uznáním nepříznivého zdravotního stavu je možné výhradně na podkladě posouzení lékařem, navíc lékařem, který je erudován nejen medicínsky, ale který je orientován i v oblasti právních norem sociálního zabezpečení.

K výkonu povolání posudkového lékaře je kromě vzdělání třeba i jisté osobní statečnosti, podobně jako u soudců. To platí zejména v menších městech a obcích, kde se posudkový lékař denně potkává na ulici a v obchodech se spoluobčany, kteří se mohou mylně domnívat, že byli posudkem poškozeni.

Občan stojí obvykle sám proti instituci. Proto je třeba bedlivě sledovat, zda jeho práva nejsou dotčena. Současně je však třeba důsledně odhalovat spekulanty s fingovaným zdravotním postižením, kteří chtějí neoprávněně vylákat dávku sociálního zabezpečení. Vysoce odborného a právně bezvadného posouzení je třeba zejména v zájmu těch pojištěnců, kteří jsou skutečně postiženi.

Věřme, že obor posudkového lékařství čeká dobrá budoucnost za významného přispění lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení.

Posudkově medicínská kategorie - osoba zdravotně znevýhodněná

MUDr. Alena Váňová, MPSV – odbor posudkové služby

Fyzickým osobám na trhu práce je v případě zdravotního postižení poskytována zvýšená ochrana. Jednu skupinu osob se zdravotním postižením tvoří osoby uznané rozhodnutím příslušného úřadu práce jako osoby zdravotně znevýhodněné. Jedná se o kategorii osob se zdravotním postižením, která má své výhradní uplatnění v oblasti zaměstnanosti.

Status osoby zdravotně znevýhodněné upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, podle něhož se za osobu zdravotně znevýhodněnou považuje osoba, která má zachováním schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně 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.

Posuzování zdravotního stavu pro účely vydání rozhodnutí v 1. instanci příslušným úřadem práce ve věci osoby zdravotně znevýhodněné provádí od 1.7. 2006 lékař lékařské posudkové služby úřadu práce. V případě odvolání občana proti rozhodnutí úřadu práce posuzuje ve 2. instanci zdravotní stav občana pro dané účely Posudková komise MPSV a tento posudek o zdravotním stavu je podkladem k vydání rozhodnutí odborem posudkové služby MPSV. Rozhodnutí vydané odvolacím orgánem ve správním řízení je konečné a nelze se proti němu odvolat. Pokud se občan domnívá, že rozhodnutí vydané odvolacím orgánem nevyjadřuje pravý stav věci, může podat žalobu k soudu.

Pro přehled o množství odvolání podaných občany v roce 2007 ve věci osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ) byl zpracován stručný statistický přehled počtu přijatých žádostí a vyřízených případů v 1. a 2. instanci.

1. instance – LPS ÚP

Tab. 1 : Počet přijatých žádostí a vyřízených případů - OZZ v roce 2007

Přijato	Vyřízeno	Neuznáno	Uznáno
23366	20068	4065	16003

V období od 1.1 2007 do 31.12. 2007 bylo na LPS ÚP podáno občany 23 366 žádostí o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou. Ve srovnání s předchozími roky, kdy bylo ročně v uvedené posudkově medicínské kategorii podáváno občany kolem deseti tisíc žádostí, to znamená poměrně značný nárůst žádostí, který je způsoben zejména ukončením platnosti rozhodnutí o změně pracovní schopnosti.

Z celkového počtu 20 068 vyřízených případů nebylo téměř 20 % uznáno, což je způsobeno především změnou právních předpisů a přesnějším vymezením předmětné kategorie.

2. instance – PK MPSV

Tab.2 : Počet přijatých žádostí a vyřízených případů – OZZ v roce 2007

Přijato	Vyřízeno	Neuznáno	Uznáno
877	539	470	69

V období od 1.1 2007 do 31.12. 2007 bylo v rámci odvolacího řízení přijato PK MPSV k vyřízení 877 žádostí o posouzení zdravotního stavu ve věci osoby zdravotně znevýhodněné, z toho bylo ke stejnému datu vyřízeno 539 případů. Z přehledu vyplývá, že ve většině případů je dle posouzení zdravotního stavu PK MPSV potvrzeno rozhodnutí prvoinstančního orgánu – 470 případů (tj. 87 %), v 69 případech (tj. 13 %) dochází ke změně rozhodnutí orgánu 1. instance ve prospěch odvolatele. To je způsobeno zejména kvalifikovaným posouzením zdravotního stavu občana na základě nových skutečností doručených občanem v dané věci. Za zmínku stojí také 2 případy, kdy na 1. instanci byl občan uznán osobou zdravotně znevýhodněnou a přesto se odvolal. Podrobnějším rozbořem bylo zjištěno, že v obou případech se jedná o určité nepochopení ze strany žadatele. Konkrétně se v jednom případě jednalo o odvolání proti určení doby trvání statusu osoby zdravotně znevýhodněné, ve druhém případě byla žádost o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou občanem podána z podnětu zaměstnavatele, aniž on sám usiloval o uznání. V odvolacím řízení tak požádal o oduznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné přiznaným v 1. instanci.

V roce 2007 došlo ke zvýšení podílu podaných odvolání proti rozhodnutí prvoinstančního orgánu na 4% z celkového počtu podaných žádostí oproti minulým létům, kdy odvolání podalo cca 1% občanů, kteří si požádali o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou.

Program Posudky ÚP pro jednotnou rezortní posudkovou službu.

MUDr. Alena Váňová, MPSV – odbor posudkové služby

V návaznosti na rozhodnutí o sjednocení lékařské posudkové služby od ledna 2009 provádějí jednotlivé dotčené úseky MPSV a ČSSZ přípravné práce na zajištění výkonu agendy posudkové činnosti jak z hlediska odborného, tak i technicko administrativního. Významnou podmínkou pro kvalitní výkon práce je SW vybavení pro zpracování posudkové agendy. Pro splnění uvedeného požadavku schválil ministr práce a sociálních věcí po projednání předloženého materiálu poradou vedení využití programu Posudky ÚP pro jednotnou rezortní posudkovou službu na ČSSZ.

Stejným rozhodnutím pana ministra byly uloženy příslušným odborům MPSV a úsekům lékařské posudkové služby ČSSZ úkoly k zabezpečení bezproblémového přechodu na jednotný SW systém dané agendy. Zásadním úkolem prvního čtvrtletí roku 2008 je provedení analýzy potřebných úprav v programu pro posuzování nepříznivého zdravotního stavu pro pojistné systémy po stránce odborné a zpracování požadavků na dopracování příslušných funkcí v programu Posudky ÚP za současného provedení analýzy potřebných kroků ke sjednocení dosavadních dat lékařské posudkové služby ČSSZ a úřadů práce, včetně analýzy potřebných kroků k implementaci do prostředí ČSSZ. Za spolupráce s dodavatelskou firmou programu Posudky ÚP budou zajištěny systémové a uživatelské úpravy tak, aby program byl připraven do zkušebního provozu počátkem října 2008, a to včetně přípravy migrace dat ze systému ČSSZ. Před uvedením nového systému do praxe budou proškoleni pracovníci jednotné rezortní posudkové služby v praktickém používání programu Posudky.

Stručná charakteristika programu Posudky ÚP

Počítačový program Posudky byl vyvinut pro potřeby lékařské posudkové služby Úřadů práce (LPS ÚP). Je určen pro evidenci údajů o všech případech žádosti o vypracování posudku o zdravotním stavu občana lékařskou posudkovou službou ÚP, o provedených úkonech v řízení, pro vypracování posudků, včetně potřebných záznamů, posudkových zhodnocení, posudkových závěrů, výroků, odůvodnění a různých průvodních dopisů.

Konkrétně je programem Posudky zajištěno administrativní zpracování uceleného řízení od přijetí žádosti o posouzení zdravotního stavu žadatele z příslušného úřadu až po posudkové zhodnocení lékařem. Prostřednictvím flash disku jsou předávána k dalšímu zpracování i data smluvními lékaři, kteří tak mohou pracovat i mimo pracoviště úřadu práce. V celém poměrně složitém systému posuzování zdravotního stavu žadatelů o jednotlivé dávky lze program Posudky hodnotit jako jeho důležitou součást

Data z programu Posudky jsou statisticky zachovávána a zpracovávána do různých přehledů, která slouží jak k rozborům činnosti lékařských posudkových služeb Úřadů práce, tak i pro celkový přehled na centrále MPSV.

První verze programu Posudky byla uvedena do provozu v době zahájení činnosti lékařské posudkové služby Úřadů práce, tj. k 1.7. 2006. Program byl postupně doplňován dle praktických zkušeností lékařů a referentek lékařské posudkové služby Úřadů práce. Každý návrh změn je konzultován v široké diskusi všech dotčených subjektů – tj. MPSV, LPS ÚP a dodavatelské firmy. Po schválení a následném zapracování jednotlivých navržených změn je program v aktuální verzi instalován na všechny LPS ÚP. Na podzim roku 2007 byla instalována 16 verze uvedeného programu.

V listopadu 2007 byl program Posudky doplněn o modul Objednávky, který dává uživatelům přehled o všech placených výkonech, které byly objednány u některého lékaře. Modul Objednávky umožňuje propojení ekonomického programu, který se používá pro evidenci a úhradu faktur na ÚP (GINIS) a výhledově je možné upravit propojení i na jiný program, používaný ČSSZ. Uvedený modul umožňuje uživatelům pro každý placený výkon povolit nebo nepovolit jeho zaplacení, vede evidenci všech zaplacených faktur a přehled o činnosti jednotlivých lékařů.

Přímé propojení na centrální databázi lékařské posudkové služby ÚP umožňuje odboru posudkové služby využít údaje z programu ke kontrolní a metodické činnosti, při vyřizování podnětů a stížností občanů. Úpravy v programu jsou prováděny průběžně a rychle podle požadavků odboru posudkové služby, uživatelů a dodavatelské firmy.

Na základě analýzy provedené odborem posudkové služby byl uvedený program doporučen pro využití pro činnost jednotné rezortní posudkové služby zejména pro své užité vlastnosti a přívětivé uživatelské rozhraní. Z hlediska předpokládaných finančních nákladů lze využití stávajícího programu Posudky upraveného pro potřeby posudkových agend ČSSZ hodnotit jako ekonomicky výhodnou variantu oproti např. pořízení zcela nového SW vybavení.

Otázka závaznosti posudků lékařské posudkové služby ve správním a soudním řízení

JUDr. Radim Langer, MPSV – odbor posudkové služby

Úvod

Je posudek úřadu práce, vydaný o stupni závislosti, anebo posudek okresní správy sociálního zabezpečení, který byl vydán ve věci invalidity, závazný?

Jaký právní význam má posudek posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí, vydaný pro účely rozhodování krajského úřadu v odvolacím řízení o příspěvku na zakoupení motorového vozidla?

Jaký právní význam má posudek posudkové komise MPSV, vydaný o invaliditě na základě požadavku soudu pro účely soudního řízení, v němž je přezkoumáváno rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení, kterým byla zamítnuta žádost o částečný invalidní důchod?

Odpovědi na naznačené otázky bývají praktické pro:

- státní orgány a orgány územní samosprávy (při výkonu přenesené působnosti), které tyto posudky při své činnosti vyžadují a využívají;
- osoby, jejichž nepříznivý zdravotní stav a některé jeho specifické důsledky jsou v posudcích orgánů LPS zhodnoceny,
- posudkové lékaře (a to v neposlední řadě), o jejichž posudkové závěry jde.

Aktuálnost otázek vztahu posudku orgánu LPS a rozhodnutí vydávaných na jejich základě, potvrdily i poměrně nedávno problémy v řízeních o příspěvku na péči, vedených podle zákona o sociálních službách. Poprvé po dlouhé době se totiž v řízení o sociální dávce, podmíněné posouzením dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, objevil do té doby neobvyklý prvek. Správní orgán, rozhodující o příspěvku na péči (obecní úřad obce s rozšířenou působností), má totiž pro účely svého rozhodování – vedle posudkového závěru orgánu LPS (úřad práce) o stupni závislosti – k dispozici povinně ještě další podklad, a to výsledek sociálního šetření provedeného sociálním pracovníkem. Přestože v rámci sociálního šetření sice zdravotní stav přímo hodnocen být nemůže, zjišťuje se však schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. A právě tím se tento podklad může dostávat (a v některých případech se v praxi skutečně dostává) do dílčí kolize s posudkem orgánu LPS.

Právní charakter posudku orgánu LPS

Platná právní úprava nestanoví výslovně závaznost posudků okresních správ sociálního zabezpečení (OSSZ), úřadů práce (ÚP) nebo posudkových komisí Ministerstva práce a sociálních věcí

(PK MPSV). Závaznost závěrů těchto posudků pro orgány vydávající rozhodnutí nelze z žádných ustanovení právních předpisů ani dovodit.

Tyto posudky nemají charakter správního rozhodnutí ve smyslu § 67 odst. 1 a § 9 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, protože se jimi přímo nezakládají, nemění ani neruší práva nebo povinnosti jmenovitě určené osoby, ani se jimi v určité věci neprohlašuje, že taková osoba práva nebo povinnosti má anebo nemá a ani se jimi nerozhoduje o procesních otázkách.

Tyto posudky nemají ani charakter závazného stanoviska ve smyslu § 149 správního řádu, protože nesplňují jeden ze tří definičních znaků závazného stanoviska ve smyslu citovaného ustanovení. Jsou vydávány na základě zákona /§ 8 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (ZOPSZ), § 8 odst. 1 písm. m) a n) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 4 odst. 2 ZOPSZ/ a nejsou samostatným správním rozhodnutím (viz výše). Zákonem však není stanovena závaznost jejich obsahu pro výrokovou část správního rozhodnutí. Jednoznačnou právní oporu pro toto tvrzení lze nalézt v § 50 odst. 4 správního řádu: „Pokud zákon nestanoví, že některý podklad je pro správní orgán závazný, hodnotí správní orgán podklady, zejména důkazy, podle své úvahy; přitom pečlivě přihlíží ke všemu, co vyšlo v řízení najevo, včetně toho, co uvedli účastníci.“

Posudky orgánů LPS jsou správní akty podkladového charakteru, neboť jsou vždy podkladem pro vydání správního, popřípadě – jde-li o některé posudky PK MPSV – soudního rozhodnutí. Ve vymezeném okruhu správních a soudních řízení představují nepominutelný podklad, jehož nepořízení by znamenalo vážnou procesní vadu řízení, které vydání rozhodnutí předcházelo. Posudky orgánů LPS obsahují autoritativní závěr odborně kvalifikovaného státního orgánu, který je zákonem určen k ochraně celospolečenského zájmu na vymezeném úseku státní správy, o plnění či neplnění zdravotní podmínky nároku na sociální dávku či výhodu, podmíněnou dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a některými jeho specifickými důsledky. Autoritativnost tohoto závěru však neznamená jeho právní závaznost pro správní (popř. soudní) rozhodnutí, jako tomu ve správním řízení naopak je u závazných stanovisek.

Posudek orgánu LPS ve správním řízení

Do skupiny posudků, vyžadovaných či využívaných pro rozhodování ve správním řízení, náleží v současné době naprostá většina posudků, které jsou orgány LPS v rozsahu jejich zákonných kompetencí vydávány.

Pokud jde o posudky OSSZ, jsou využívány jak pro rozhodování samotných OSSZ v důchodovém a nemocenském pojištění (např. v řízení o přechodu z dočasné pracovní neschopnosti do plné invalidity nebo částečné invalidity, zahajovaného z moci úřední, anebo v řízení o dobrovolných dávkách nemocenského pojištění, je-li třeba posoudit, zda zaměstnanec v krátké době po uplynutí podpůrčí doby nabude opět pracovní schopnosti), tak pro rozhodování ČSSZ, popř. jiných nositelů důchodového pojištění o nárocích na důchodové dávky, podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (zejména plný invalidní důchod a částečný invalidní důchod).

Pokud jde o posudky ÚP, jsou vyžadovány zejména jinými správními orgány pro jejich rozhodování o poskytnutí sociálních dávek (např. o příspěvku na péči nebo o příspěvku na zakoupení motorového vozidla) nebo mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany. Některé

posudky ÚP jsou však využívány pro rozhodování samotných ÚP, jde-li o agendu osob zdravotně znevýhodněných (řízení, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou, popř. že se osoba od určitého dne nepovažuje za osobu zdravotně znevýhodněnou).

Pokud jde o posudky PK MPSV, jsou vyžadovány pro účely odvolacích řízení správních jednů krajskými úřady v případech, že napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku úřadu práce (např. v řízení o příspěvku na péči nebo o mimořádných výhodách), jednak Českou správou sociálního zabezpečení ve věcech důchodového pojištění (zejména v řízení o přechodu z dočasné pracovní neschopnosti do plné invalidity nebo částečné invalidity, které bylo na prvním stupni zahájeno z moci úřední).

U shora uvedených okruhů posudků orgánů LPS /až na zcela zanedbatelnou výjimku, plynoucí z § 54 odst. 1 písm. d) zákona č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů/ platí, že tyto posudky podléhají zákonnému rámci volného hodnocení důkazů, který vyplývá z výše citovaného § 50 odst. 4 správního řádu.

V praxi je ovšem situace obvykle taková, že správní orgány při svém rozhodování obsah posudkového závěru orgánu LPS bez dalšího „dávkově“ realizují. Pomineme-li specifické situace, kdy je posuzování i rozhodování prováděno jedním a týmž správním orgánem, má tato praxe v ostatních případech, kdy je posudek pro rozhodující orgán „podkladem od jiného správního orgánu“ ve smyslu § 50 odst. 1 správního řádu, několik příčin: Patří mezi ně shora uvedené právní postavení orgánů LPS, odborný posudkově medicínský charakter posudků a skutečnost, že bez splnění dalších podmínek (zejména doložení souhlasu posuzované osoby) mají především orgány územní samosprávy při svém rozhodování běžně k dispozici pouze jedinou část posudku, a to právně vyjádřený posudkový závěr.

V posledních letech se odchylným způsobem vyvíjí pouze rozhodovací praxe některých odvolacích správních orgánů, zejména krajských úřadů. Ty se stále častěji obrací na PK MPSV se žádostmi o doplnění jimi podaného posudku, a to většinou vzhledem k námitkám účastníka řízení, vzneseným vůči obsahu posudku u krajského úřadu poté, co tento úřad před vydáním odvolacího rozhodnutí ve věci dal účastníku řízení možnost vyjádřit se k podkladům rozhodnutí. Téměř vůbec se nevyskytuje posouzení odborné otázky nepříznivého zdravotního stavu a jeho důsledků znaleckým posudkem, které by zřejmě mohlo být (při mírně extenzivním výkladu ustanovení § 56 a 51 správního řádu) právně přijatelnou možností v krajních situacích, kdy by ani doplněný posudek orgánu LPS neposkytl správnímu orgánu v rámci volného hodnocení důkazů předpoklady pro zjištění stavu věci v rozsahu § 3 správního řádu.

Posudek orgánu LPS v přezkumném soudním řízení

Výrazný pokles požadavků soudů na podání posudků PK MPSV o plné invaliditě a částečné invaliditě pro účely přezkumného řízení soudního, který se projevil brzy po přijetí soudního řádu správního a po přechodu na žaloby proti rozhodnutím nositelů pojištění o nárocích na důchodové dávky, poněkud odsunul problematiku těchto posudků na vedlejší kolej.

Přestože obsah právního rámce pro dokazování v tomto soudním řízení (§ 77 odst. 2 zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní) se nijak zásadně neliší od právního rámce pro dokazování

správními orgány, soudní praxe se ve vztahu k hodnocení posudků orgánu LPS oproti praxi správních orgánů naopak odlišuje poměrně výrazně. Krajské soudy a Městský soud v Praze zcela běžně požadují po PK MPSV doplnění jimi podaných posudků, vyskytují se požadavky na podání tzv. srovnávacího posudku PK MPSV v jiném složení komise či jiného pracoviště a výjimkou není ani následné ustanovení soudního znalce. Důvodů pro tyto odlišnosti je více. Tím nejpodstatnějším je značná propracovanost konstantní soudní judikatury, týkající se významu posudku a jeho hodnocení v soudních řízeních.

Uvedeme zde nejprve judikát sice staršího data, který však již po léta vystihuje konstantní náhled soudů na posudky PK MPSV v přezkumných soudních řízeních: „Rozhodnutí o nároku na plný či částečný invalidní důchod je nepochybně závislé na lékařském odborném posouzení, když soud nemá a ani nemůže mít odborné medicínské znalosti. Proto jsou k takovému posouzení pro účely přezkumného soudního řízení zákonem povolány posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí (§ 4 odst. 2 zák. č. 582/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů). I posudek uvedené komise hodnotí soud jako každý jiný důkaz podle zásady volného hodnocení důkazů (§ 132 o.s.ř.). Teprve posudek komise, který splňuje požadavek své úplnosti a přesvědčivosti, tzn. který se vypořádává se všemi rozhodujícími skutečnostmi, bývá zpravidla důkazem stěžejním.“ (VS v Praze ze dne 6.10.1999 sp. zn. 3 Cao 127/99).

Přestože po přijetí soudního řádu správního dopadá na dokazování soudu v řízení o žalobě proti rozhodnutí správního orgánu jiná zákonná úprava, lze kontinuitu v pohledu na důkazní řízení v těchto věcech vysledovat i z prvního období rozhodování Nejvyššího správního soudu. Jako příklad zde uvedeme část odůvodnění rozsudku NSS ze dne 23.9.2003, čj. 5 Ads 1/2003-111: „V něm postupuje soud podle soudního řádu správního a pro dokazování aplikuje pravidla obsažená v jeho části třetí hlavě I. a dílu 1 hlavy II. (§ 77 s.ř.s.). Všechny důkazy, které v řízení provede, pak podléhají jeho hodnotící činnosti, tedy jednotlivě i v jejich souhrnu, jak uvádí § 77 odst. 2 s.ř.s. To se týká i samotného posudku posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí, vydávaného pro účely přezkumného řízení v souladu se zmíněným ustanovením speciální procesní normy. Zmiňované ustanovení § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, je nutno interpretovat a aplikovat v souhrnu procesních norem platných pro přezkumné řízení soudní, a stejným způsobem tedy i důkaz prováděný na základě tohoto ustanovení hodnotit.“

Závěr

Právní předpisy výslovně nestanoví právní závaznost posudků orgánů LPS a ani žádný zvláštní stupeň jejich důkazní „síly“, takže jak ve správním, tak v soudním řízení podléhají zákonnému rámci hodnocení důkazů.

Z mnoha příčin ve vymezeném okruhu řízení fakticky představují posudky orgánů LPS rozhodující podklady, na základě jejichž závěrů správní orgány i soudy rozhodují.

Jednoduché testy k posuzování závažnosti demence

MUDr. Irena Hanušová, MPSV – odbor posudkové služby

Potřeba určit závažnost demence je pro lékaře sociálního zabezpečení naléhavější od zahájení posuzování stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči. Ne vždy je podkladová dokumentace jednoznačná a i orientační vyšetření může přinést cenné informace o aktuálním stavu posuzovaného občana.

K možnému využití uvádím 3 nepříliš složité testy, které lze používat v posudkové praxi.

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

„Dám Vám několik otázek a budete řešit některé problémy. Prosím, pokuste se odpovídat, jak to nejlépe dokážete.“ Za každý správně provedený úkol zatrhněte tj. 1 bod.

A. Orientace (*Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.*)

Který je teď rok?

Které je nyní roční období?

(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnotte jako správnou odpověď obě období.)

Můžete mi říci dnešní datum?

Který je den v týdnu?

Který je teď měsíc?

(V prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)

Ve kterém jsme státě?

Ve kterém jsme okrese (kraji)?

Ve kterém jsme městě?

Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)? (*Název nemusí být přesný a úplný.*)

Na kterém jsme poschodí?

B. Zapamatování

„Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut.“ (*Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy*)

lopata

šátek

váza

„Prosím, opakujte tato slova“.

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu “Výbavnost“.

C. Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

93 86 79 72 65

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

„Hláskujte nazpět slovo POKRM“.

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

D. Výbavnost

„Teď, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat.“

(Na odpověď dejte 10 vteřin).

- lopata
- šátek
- váza

E. Pojmenování předmětu

- Jak se to jmenuje? *(Ukažte náramkové hodinky).*
- Co je to? *(Ukažte tužku).*

F. Opakování

„Opakujte po mně větu“:

- Žádná kdyby nebo ale. *(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).*

G. Třístupňový příkaz

Přečtete nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

„Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.“

(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).

- 1. stupeň: pravá ruka
- 2. stupeň: složení na polovinu
- 3. stupeň: položení na podlahu

H. Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: Zavřete oči.

- „Přečtete nápis na papíru a udělejte, co žádá“.

(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).

I. Psaní

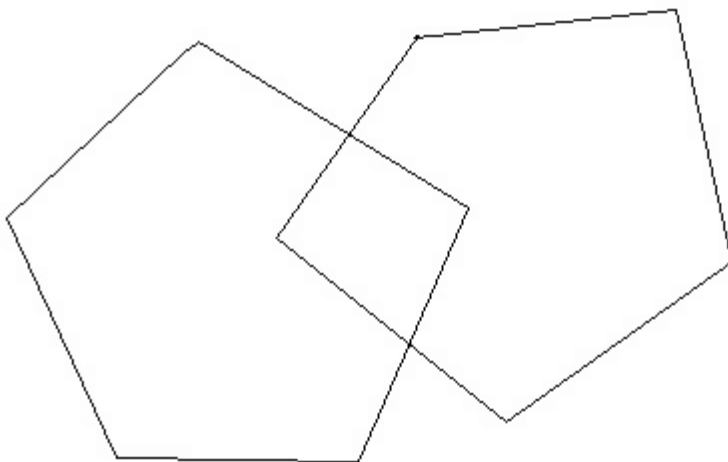
Dejte nemocnému tužku a papír.

“Napište jakoukoli větu.“

(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).

J. Opisování

- Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty.*



(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)

Vyhodnocení

30-27 bodů (Normální stav)

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí testovaného. Možná se jedná o počínající demenci.

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

TEST KRESLENÍ HODIN PODLE SCHULMANA A SPOL.

Instrukce:

Dáte pacientovi předkreslený kruh s instrukcí, aby napsal čísla jako na hodinkách a uspořádal ručičky tak, aby ukazovaly čas 11 hodin a 10 minut.

Skórování:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 bod (nejlepší hodnocení) | perfektní hodiny i se správně vyznačeným časem |
| 2 body (lehce nepřesný) | mírné zrakově-prostorové chyby |
| 3 body | chyby v označení požadovaného času |
| 4 body | mírné až středně vyjádřené poruchy (dezorganizace) |
| 5 bodů | vážné poruchy (dezorganizace) |
| 6 bodů | žádná spojitost s hodinami |

(4,5,6 - neudávají požadovaný čas)

Patologie je při výsledku horším než dva body (cut off 2/3)

SPMSQ - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

Jméno.....Datum narození.....Věk.....
Vzdělání.....Datum vyšetření.....

Otázky:

1. Jaký je dnes den, měsíc, rok?
2. Který je den v týdnu?
3. Jaká je Vaše domácí adresa?
4. Jak se jmenuje zařízení, v kterém jste právě vyšetřován(a)?
5. Kdy jste se narodil(a)?
6. Jak jste starý (stará)?
7. Kdo je naším prezidentem?
8. Kdo byl prezidentem před ním?
9. Jak se jmenovala Vaše matka za svobodna?
10. Odečítejte po 3 od 20 (až do 2).

Vyhodnocení

Má-li pacient pouze základní vzdělání, toleruje se 1 chyba (součet + 1 bod)

Má-li pacient vyšší než středoškolské vzdělání, přičte se navíc jedna chyba (součet - 1 bod)

Skóre

Intaktní intelekt	0-2 chyby
Mírně narušený intelekt	3-4 chyby
Středně defektní intelekt	5-7 chyb
Těžce defektní intelekt	8-10 chyb

Dělají posudkoví lékaři občanům „naschvály“ ?

MUDr. Irena Hanušová, MPSV – odbor posudkové služby

Z šetření agentury Factum Invenio na podzim roku 2007 jsme se dozvěděli, jak vnímá veřejnost práci lékařů pracujících v resortu sociálního zabezpečení. Osloveno bylo 500 respondentů z řad laické veřejnosti. Část otázek byla zaměřena na zkušenosti respondentů z jednání s posudkovými lékaři. Šlo většinou o jednání proběhlá na okresních správách sociálního zabezpečení. Zmiňuji dva okruhy problémů vhodných k další diskuzi.

Konfliktní jednání

Jako konfliktní vnímalo jednání s posudkovým lékařem 40% respondentů. Četnost konfliktního jednání je poměrně vysoká a odráží zejména skutečnost, že v situacích, kdy nelze vyhovět přání občana, jsou podmínky pro rozvoj konfliktu rozhodně příznivé. Jindy může hrát roli specifická osobnostní charakteristika občana nebo jeho momentální hostilní ladění a tytéž okolnosti se mohou uplatnit i na straně posudkového lékaře. Podíl vyjmenovaných jednotlivých faktorů však na základě uvedeného šetření není možné určit. Výsledek šetření potvrzuje zkušenosti posudkových lékařů, že řada jednání je obtížných. Lékařům je přiznávána k platu finanční dávka, která by je měla odškodnit za prožitá utrpení. Méně pozornosti se věnuje výcviku lékařů, jak konfliktním situacím čelit nebo jak jim předcházet a velmi malá pozornost byla dosud věnována ochraně lékaře sociálního zabezpečení před slovními nebo fyzickými útoky. Frekvence konfliktů a případných útoků se ani nesleduje, takže management posudkové služby nemá k dispozici žádné údaje, na jejichž základě by mohl vypracovat postupy, kterými by se řídil lékař v případě ohrožení. Výsledek šetření agentury Factum Invenio potvrdil zkušenost lékařů sociálního zabezpečení a ukazuje, že velká četnost konfliktních jednání není jen subjektivním dojmem lékařů. Pro management posudkové služby je tento výsledek šetření jen další výzvou k tomu, že je potřeba problém řešit.

Omyl posudkového lékaře

Jedna ze souboru otázek se zaměřila na zjištění, jak veřejnost hodnotí možnost omylu posudkového lékaře. Jen pro zajímavost byla dána i možnost odpovědi, že se lékař sociálního zabezpečení může mýlit úmyslně. Výsledek šetření je zarážející. Omyl posudkového lékaře nepřipouští 15% respondentů, dalších 15% neví a 45 % připouští omyl posudkového lékaře, který je však neúmyslný. Celých 25% respondentů se domnívá, že posudkoví lékaři se zcela úmyslně mýlí. V těchto odpovědích se může skrývat domněnka o korupci nebo častá představa občanů o tom, že posudkový lékař je ze strany svého zaměstnavatele finančně zainteresován na výsledku posouzení. Nebo se občané domnívají, že posudkoví lékaři rádi škodí občanům? Výsledek šetření je překvapivý a jeho interpretace by vyžadovala bližší upřesnění od respondentů, jak to vlastně mysleli. Bez bagatelizace názorů laické veřejnosti je vhodné realizovat další šetření a dopátrat se podrobnějších odpovědí.

Diskuzní příspěvky je možno zasílat na adresu: irena.hanusova@mpsv.cz.

Trpí posudkoví lékaři syndromem vyhoření ?

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV – odbor posudkové služby

Problematika vyhoření není jen fenoménem moderní doby a tzv. pomáhajících profesí. Je nepochybné, že i řadu dalších zaměstnání mimo „klasický okruh pomáhajících profesí“ lze vzhledem k charakteru práce s nimi srovnávat a v důsledku toho také očekávat a zjišťovat obdobné problémy.

Posudkoví lékaři jako pomáhající profese.

V posudkové službě sociálního zabezpečení pracuje v České republice cca 500 lékařů. Z obecných zkušeností o příčinách, vzniku a výskytu syndromu vyhoření lze dovodit, že práce posudkového lékaře má do určité míry charakter pomáhající profese a je provázána řadou rizikových faktorů z hlediska vzniku syndromu. Proto je také velmi pravděpodobné, že i řada lékařů pracujících v posudkové službě sociálního zabezpečení může mít po určité době práce některé projevy syndromu vyhoření, i když se zatím v jejich případech nikdo syndromem vyhoření detailně nezabýval. Otázkou zůstává, zda všichni lékaři, vstupující do posudkové služby, mají i patřičné osobnostní předpoklady, které jsou potřebné k výkonu práce pomáhající profese a jak se tato skutečnost promítá do jejich náchylnosti k ohrožení syndromem vyhoření

Co působí negativně na posudkového lékaře a vede k vyhoření.

Obecně se dá uvést, že je to řada na sebe navazujících a kumulujících se skutečností zejména: narůstající pracovní zatížení,

každodenní přímé jednání s určitým a jednostranným typem klientů, kterými jsou nemocní a zdravotně postižení (případně jejich rodiny), vnímání jejich zdravotních, pracovních, sociálních problémů,

nutnost pomáhat osobám v nepříznivé situaci ale také nutnost vyrovnat se s těmi, kteří chtějí výhody systému získat neodůvodněně,

nutnost spolupracovat s ošetřujícími lékaři, jejichž priority jsou jiné,

potřeba účinně zasahovat při kontrolách posuzování dočasné pracovní neschopnosti, náročnost práce na mezilidskou komunikaci, řešení obtížných sociálních a pracovních situací,

pracovní podmínky, stres při práci,

nenaplnění subjektivního očekávání z výkonu lékařského povolání, malá motivace k dalšímu výkonu profese,

pozornost a vnímavost zaměstnavatele i samotných lékařů k podmínkám výkonu práce a způsobu práce, a jiné.

Klientela posudkové služby sociálního zabezpečení.

Při výkonu své profese se posudkoví lékaři dostávají do každodenního a dlouhodobého kontaktu se specifickou klientelou, kterou jsou nemocní a zdravotně postižení, mnohdy i simulanti, jejichž situaci je nutno řešit zcela individuálně, objektivně a za dodržování určitého právního rámce, lhůt, kvality práce atd. Výkon posudkové činnosti je disponujícím faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Posudková služba se podílí na řešení nepříznivé situace osob, jejichž chování a přístup k řešení nepříznivé situace jsou akcentovány, změněny nebo mnohdy dosahují i určitých známek patologie. Klientela posudkové služby sociálního zabezpečení, charakter posudkové činnosti a zatížení vyžaduje na posudkovém lékaři určitou odolnost až nezdolnost vůči zátěži a pracovnímu stresu. Proto by měl posudkový lékař disponovat nejen dostatečnými

schopnostmi, ale také možnostmi průběžně a efektivně se vyrovnávat s pracovní zátěží a nároky práce.

Nezvládnání komunikace ve vztahu posudkový lékař - klient

I když na rozdíl od ošetřujícího lékaře nemusí posudkový lékař prožívat neúspěch léčby pacienta, je stejně jako on stresován oznamováním nepříznivých skutečností, jimiž jsou negativní posudkové závěry o hodnocení zdravotního stavu a jeho důsledků ve vztahu k příslušné právní úpravě. Splnění tzv. zdravotní podmínky je totiž ve většině sociálních systémů základním předpokladem (i když ne jediným) pro přiznání dávky podmíněné nepříznivým nebo dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Proti tomu stojí očekávání a motivace posuzovaných osob, které chtějí řešit svoji nepříznivou zdravotní, osobní a rodinnou situaci, ztrátu zaměstnání nebo nezaměstnanost nebo zlepšení finanční situace prostřednictvím některé z dávek sociálního zabezpečení. K tomu někdy přistupuje i očekávání blízkých osob, že budou moci využívat nebo spolu využívat benefity, přiznané osobě se zdravotním postižením. U cca třetiny posuzovaných případů nedojde k vyhovění nebo dojde k vyhovění žádosti jen částečně. Právě tyto případy jsou pro posudkové lékaře náročné z hlediska komunikace s klientem nebo jeho rodinou a ne vždy se daří situaci zvládnout. Nevyhovění jsou silně emocionálně prožívány posuzovanými osobami, popř. i jejich rodinami, někdy při ústním jednání dochází ke slovnímu napadání posudkového lékaře, zpochybňování jeho odbornosti, jednání je považováno za neetické, protože lékař má pomáhat. Jsou i případy, kdy se objevují výhrůžky. Někdy následuje stížnost posuzované osoby nebo blízké osoby popř. se takové osoby obrací i na ústřední orgány, média nebo bulvár. Ve zcela výjimečných případech bylo již na posudkového lékaře podáno trestní oznámení. Situace je zvláště obtížná tam, kde posudkový lékař i posuzovaná osoba žijí v jedné lokalitě.

Nezvládnání komunikace ve vztahu posudkový lékař- ošetřující lékař.

Nepříznivou skutečností se stresovým vlivem na výkon posudkové činnosti je nespolupráce nebo laxní spolupráce ošetřujícího lékaře s posudkovým lékařem, zejména při provádění kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti. To je zvláště problematické tam, kde jedna nebo obě strany disponují malými komunikačními schopnostmi, malou ochotou ke spolupráci a nedostatečnou vnímavostí k projednávaným věcem. Bohužel, jsou i situace, kdy je posudkový lékař vnímán ošetřujícím lékařem jako ten, kdo ho zdržuje při poskytování zdravotní péče, obtěžuje „papírováním“ apod.

Pracovní zatížení.

Vzhledem k narůstajícímu zájmu jednotlivců o zajištění jejich sociálních jistot prostřednictvím některé nebo některých dávek sociálního zabezpečení, narůstá lékařské posudkové službě i počet klientů a tím i pracovní zatížení. Také vznik nového sociálního systému nebo nové dávky znamená následně zvýšené nároky na potřebu posouzení zdravotního stavu. Narůstají i počty zdravotnických zařízení, v nichž musí být prováděna kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři. Pracovní zatížení zvyšuje i tzv. potřeba mobility, což ve svých důsledcích znamená, že posudkový lékař nejen že odvádí velké množství práce na svém pracovišti, ale také musí přispět k zajištění činnosti na jiném pracovišti, které je na tom kapacitně mnohem hůře, což se děje na úkor jeho osobního volna nebo na úkor práce na vlastním pracovišti, kde se určité činnosti upozadují nebo provádějí schématicky nebo se jejich řešení odkládá. Jak se posudkový lékař vyrovnává s pracovní zátěží a jak tato zátěž zpětně ovlivňuje jeho práci zůstává zatím vedlejší.

Pracovní podmínky.

Význam pro rozvoj vzniku syndromu vyhoření může mít také organizace práce a kvalita řízení, pracovní podmínky, mikroklima, uspořádání pracovišť, personální zajištění pracovišť, složení

pracovního kolektivu stejně jako nedocení kvality práce, potřeby vzdělávání, diskuze nad problémy a jejich řešení. K rozvoji syndromu vyhoření může docházet zřejmě spíše na pracovištích, kde lékař nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, poradit se o možných řešeních, na pracovištích kde vládne nezdravá atmosféra, se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu atd.

Další stresové skutečnosti.

Za pracovní stresor lze považovat také neobjektivní přístup ošetřujících lékařů k pacientům. Posudkový lékař se setkává s případy, kdy ošetřující lékař svého pacienta neúplně informuje o jeho zdravotním stavu, nemotivuje ho k návratu do aktivního života a práce. Ošetřující lékař tím nepřímo posiluje tendence svého pacienta k pracovní inaktivitě, udržuje ho v přesvědčení o závažnosti stavu, neschopnosti pracovat a důvodnosti jeho sociálních nároků. Následné nevyhovění nebo jen částečné vyhovění žádosti o některou z dávek sociálního zabezpečení se negativně dotkne jak posuzované osoby, protože je na tom lépe a dávku nezíská nebo získá jen nižší benefit, tak i lékaře, jehož nálezy v posudkové praxi neobstál. V takových případech není posudkový lékař považován za lékaře-odborníka se specializovanou způsobilostí, jehož činnost staví na ucelených, všeobecných medicínských znalostech a je upravena řadou právních předpisů, ale za „zbytečného úředníka“. Rovněž v případě medializace některého případu je posudková služba a posudkový lékař prezentován jako asociální, neschopný, neznalý medicíny a potřeb osoby. Podle významu použitého média je ponížěn v lepším případě regionálně, v tom horším i celostátně. Z případu se uvádějí útržkovitě a účelově jen subjektivní sdělení fyzické osoby. Posudkový lékař se nemůže se bránit a učiněná tvrzení vyvrátit, protože je vázán povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, které se dozvěděl při výkonu své práce.

Nenaplnění očekávání a motivace.

Posudkovým lékařem se stává lékař, který získal specializovanou způsobilost v jiném klinickém oboru, pracoval řadu let ve zdravotnickém zařízení a na základě určitých skutečností se rozhodl změnit svoje zaměstnání. Je to tedy zpravidla lékař ve věku nad 40 let. Důvody ke změně profese mohou být velmi různé (pracovní, zdravotní, osobní nebo rodinné). Uvedená skutečnost může být důležitá z hlediska případné náchylnosti k syndromu vyhoření, neboť zřejmě ti, kteří zvolili práci v posudkové službě jako „poslední z možných řešení“, se mohou cítit dříve nebo víc nespokojeni než ti, kteří profesi změnil na základě zralé úvahy s tím, že v ní viděli řadu pozitiv a jsou pro její výkon motivováni. Syndrom vyhoření zřejmě vznikne snadněji u těch lékařů, u kterých nedošlo při výkonu posudkové činnosti k naplnění jejich představ, u těch, kteří ztratili představy o potřebnosti své práce, nebo těch, kteří mají omezenou kapacitu vstupovat do kontaktů s jinými lidmi. Lékaři, kteří vstoupí do posudkové služby s tím, že očekávají od práce minimum nároků na sebe a pro něž je hlavní standardní mzda, syndrom vyhoření postihne asi často, protože se tato očekávání nenaplnují. Nenaplnění očekávání lze spatřovat v různých oblastech. V oblasti morální se jedná zejména o případné uznání důležitosti posudkové činnosti a „kvalitního a spolehlivého posouzení“ posuzovaným klientem či jeho rodinou. Na rozdíl od pozice ošetřujícího lékaře, kterému v řadě případů vyslovuje pacient nebo rodina poděkování a uznání za poskytnutou péči, odborný a lidský přístup, posudkový lékař nedojde takového uznání; klient mu nepoděkuje za posouzení, za poskytnuté poradenství, informace o právní úpravě atd. K tomu přistupuje i případné malé uznání práce zaměstnavatelem, pracovním kolektivem, odbornou lékařskou veřejností. Rovněž občasné snahy části lékařské veřejnosti, směřující k zpochybnění oprávněnosti oboru posudkového lékařství a lékařské posudkové činnosti, snižují prestiž oboru a jeho lékařů mezi jinými lékařskými obory, což vede nejen k rozčarování ale má též dopad na motivaci k práci. Nenaplnění očekávání se objevuje i v oblasti finančního hodnocení práce posudkového lékaře oproti kolegům pracujícím ve zdravotnictví. Přitom je známo, že posudková činnost má pro společnost velmi významný dopad, neboť v současné době je na

základě výstupů z činnosti posudkové služby vypláceno každoročně cca 85 miliard korun. Posudkový lékař, jehož práce má tak významný vliv na objem vyplacených finančních prostředků, v daném ohodnocení spatřuje nezáměr společnosti a zaměstnavatele o jeho práci, zvláště pokud začne srovnávat svoji situaci s bývalými kolegy, kteří zůstali pracovat ve zdravotnictví. To je břemeno, které si výkon posudkové služby s sebou nese od devadesátých let, kdy pominuly preference státu v lékařské posudkové činnosti. Pokud se některý z posudkových lékařů rozhodne ke zlepšení své finanční situace přivýdělkem „jinde“, znamená to další pracovní zatížení se zhoršením možnosti vyrovnávat se se zátěží z hlavní pracovní činnosti.

Příznaky syndromu u posudkového lékaře.

Syndrom vyhoření a jeho projevy mohou být různorodé. Objevuje se zpravidla plíživě, může probíhat dlouhodobě, a to pouze s určitými projevy nebo se charakter projevů a jejich intenzita může měnit, může probíhat i v cyklech. Syndrom vyhoření se pak projevuje nejen v kvalitě práce, vztazích na pracovišti, ale i v kvalitě vlastního života „vyhořelého“. Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od doby nástupu do zaměstnání; u disponovaných jedinců vystavených nepříznivým podmínkám již po roce.

Typickými projevy syndromu vyhoření při výkonu lékařské posudkové činnosti mohou být:
neangažovaný vztah k posuzovaným osobám, kolegům, ošetřujícím lékařům, snaha vyhýbat se delším kontaktům s nimi,
setrvávání na standardních a zavedených postupech, ztráta schopnosti tvořivě přistupovat k práci, „přežívání v práci,“
konflikty s kolegy i posuzovanými osobami,
práci je věnováno nutné minimum energie, dochází k soustředění na formální stránku věci a administrativní činností před činnostmi, jež vyžadují kontakt s lidmi,
pochybnosti o smyslu práce a o významu posudkové služby,
ztráta důvěry ve výsledky vlastní práce, ztráta uspokojení z práce,
ztráta profesních zájmů a zaujetí pro práci, ztráta zájmu o osobní a odborný růst.

V oblasti psychické, tělesné a sociální se syndrom vyhoření projevuje zpravidla:
stavy únavy až vyčerpání, pocity vlastní neschopnosti, ztrátou důvěry v sebe,
stavy citového oploštění až nezájmu, dysforií, depresi, úzkostmi, rozladami, poruchami paměti a soustředění, nespokojeností, neschopností uvolnit se, pocity zklamání, hořkosti poruchami v interpersonálních vztazích,
poruchami spánku, poklesem výkonu, ztrátou činnosti
tělesnými potížemi- somatizací (např.zažívací potíže, sexuální poruchy, kardiovaskulární symptomatologie, polytopní algické syndromy apod.),
tendencí k návyku (na léky, alkohol, kouření, kofeinismus),
častější nemocností nebo delším trváním pracovní neschopnosti, aby se takový pracovník mohl „dát do pořádku,“
přenášením stresu a vyčerpání z práce a vyhoření do domácího prostředí.

Prevence.

Z hlediska prevence syndromu vyhoření se jeví jako důležité skutečnosti:

- výběr vhodných lékařů na práci v posudkové službě
- kvalitní příprava na profesi zahrnující systém výcviku nejen v odborné problematice, ale i v potřebných sociálních a komunikačních dovednostech a zvládnutí stresu
- jasné stanovení role posudkového lékaře a metod práce, náplně práce
- pravidelné doškolování v odborné problematice, ale i v potřebných sociálních a komunikačních a zvládnutí stresu

- existence programů osobního rozvoje, podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany instituce, v níž jsou zaměstnáni;
- supervize množství, kvality práce a odborného růstu s následným oceňováním
- konference k aktuálním posudkovým problémům s účastí pracovníků různých pracovišť popř. odborné lékařské veřejnosti
- pravidelné sledování a vyhodnocování pracovních podmínek, diskuze nad pracovními problémy a jejich řešením
- omezení počtu případů, s nimiž se jeden pracovník dostane do kontaktu během určité doby
- střídání odborných činností
- změny ve složení pracovního kolektivu, nasazení potřebného počtu pracovníků
- organizování programů, při nichž se pracovníci dostanou do jiného prostředí a při nich mohou být objeveny jejich nevyužité schopnosti
- omezení administrativní zátěže spojené s prací
- kombinace práce s klienty s jinými činnostmi, které nezahrnují přímou práci s klienty.

Závěrem nezbyvá než uvést, že práce a její smysl je jedním ze základních kamenů života. Pracovní kariéra lékaře trvá zpravidla 35-40 let, a proto je nutné nejen dobře zvládat odbornou práci, efektivně se vyrovnávat s pracovní zátěží, problémy, úskalími a riziky, které ji provází, ale také mít adekvátní pracovní podmínky, ohodnocení a ocenění vykonané práce. Pak nás syndrom vyhoření možná nezasáhne.

Invalidizace podle věku pojištěnců a vybraných kapitol MKN 10 v letech 2005-2006

MUDr. Irena Hanušová, MPSV – odbor posudkové služby

Od roku 2005 Česká správa sociálního zabezpečení vydává statistiku nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů v členění podle kapitol Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10). Nejvýznamnější příčiny invalidizace jsou globálně nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, nemoci oběhové soustavy, novotvary, poruchy duševní a poruchy chování a úrazy. Při sledování invalidizace podle věkových skupin se ukázalo, že choroby vedoucí k invaliditě jsou ve věkových skupinách různé. Stručný přehled je uveden v následujícím textu. Pro větší přehlednost jsou zařazeny na závěr grafy. Početní údaje představují nově přiznané invalidní důchody celkem, tj. částečné i plné. Římskými číslicemi jsou označeny kapitoly MKN 10.

Věk 0-19 let

Zastoupení jednotlivých kapitol MKN 10 v této věkové kategorii je specifické a odlišné od ostatních věkových skupin. Významnou měrou se uplatňuje tzv. invalidita z mládí s postiženími vzniklými při narození nebo v dětském či adolescentním věku.

Nejčastěji se v invalidizaci uplatňují onemocnění kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. V roce 2005 tvořily cca 52 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů v této věkové skupině. V roce 2006 šlo o 49 %, tzn. že došlo k mírnému poklesu. Nejčastěji jde o **mentální retardace** jak u částečné, tak u plné invalidity. Na druhém místě jde o choroby kapitoly VI. **Nemoci nervové** soustavy. V roce 2005 tvořily 17% a v roce 2006 19%. Na třetím místě jde o nemoci kapitoly VIII. **Nemoci ucha** a bradavkového výběžku. V obou letech se podílely cca 5% na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů v této věkové kategorii.

V obou letech v počtu cca 4-5% byly zastoupeny kapitoly XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality, XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Mírně pod 4% byla zastoupena kapitola II. Novotvary a 2,5% až 3% tvořily nemoci kapitoly XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin. Nemoci oběhové soustavy byly zastoupeny v cca 1,5 % až 2%. Viz graf č. 1.

Věk 20–24 let

Tato věková skupina se podobá předchozí skupině tím, že opět byla převládající příčinou invalidity v letech 2005 (33%) a 2006 (33%) onemocnění kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. Na druhém a třetím místě se střídala kapitola XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin a kapitola XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Na čtvrtém místě to byly nemoci kapitoly VI. Nemoci nervové soustavy. V této věkové skupině jsou stále nejčastější příčinou invalidity poruchy duševní. Na druhém místě se uplatňuje vyšší úrazovost u mladých lidí s dopady na pracovní schopnost. Z poruch duševních šlo nejčastěji u plných invalidních důchodů o **schizofrenie** a u částečných invalidních důchodů o **lehké mentální retardace**. Další údaje jsou v grafu č. 2

Věk 25–29 let

I v této věkové kategorii měly nejvyšší podíl stále nemoci kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. V roce 2005 šlo o 25% a v roce 2006 o 24%. U plných invalidních důchodů šlo nejčastěji o **schizofrenie** a u částečných invalidních důchodů o **lehkou mentální retardaci**. Druhou nejvýznamnější příčinou invalidizace na rozdíl od předchozích věkových kategorií představovaly nemoci kapitoly XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jejichž podíl v obou sledovaných letech činil cca 21%. Jak u plných, tak i částečných nově přiznaných invalidních důchodů šlo hlavně o **dorzopatie**. Třetí příčinou invalidizace byly nemoci kapitoly XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin s 12% v roce 2005 a 10% v roce 2006.

Poprvé se dostává v tomto věku do popředí kapitola II. Novotvary, která byla v roce 2005 na čtvrtém místě v invalidizaci (10%) a v roce 2006 se dostala na třetí místo s 10,7%. U nově přiznaných plných invalidních důchodů byla nejčastější **Hodgkinova choroba**. U nově přiznaných částečných invalidních důchodů to byla Hodgkinova choroba a **Zhoubný novotvar varlete**. Další údaje jsou v grafu č. 3.

Věk 30-34 let a 35-39 let

Tyto dvě věkové skupiny se vyznačují stejnými charakteristikami. Poprvé se dostávají na první místo nemoci, které představují globálně nejvýznamnější příčinu invalidizace, a to nemoci kapitoly XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, kterých bylo v roce 2005 31% ve věku 30-34 let a 34% ve věku 35-39 let všech invalidit v příslušné věkové kategorii. Šlo nejčastěji o **dorzopatie**. Druhou nejvýznamnější příčinou invalidizace byly nemoci kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. U plných invalidních důchodů šlo nejčastěji o **schizofrenie**, u částečných invalidních důchodů šlo o **schizofrenie a deprese**. Na třetím místě byly nemoci kapitoly II. Novotvary s nejčastější diagnózou C50 **Zhoubný novotvar prsu**. Viz grafy č. 4 a 5.

Věk 40-44 let a 45-49 let

Charakteristika příčin invalidizace v obou věkových skupinách je podobná. Na prvním místě byly nemoci kapitoly XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, které představovaly v roce 2005 36% a v roce 2006 36,5% u skupiny 40-44 let. Ve věkové skupině 45-49 let bylo zastoupení podobné. Hlavní příčinou byly **dorzopatie**.

Na druhém místě byly nemoci kapitoly II. Novotvary s 13% v obou letech u věkové skupiny 40-44 let. Ve věkové skupině 45-49 let šlo o 14% v roce 2005 a 15,6% v roce 2006. U plných i částečných invalidních důchodů byla nejčastější diagnóza C50 **Zhoubný novotvar prsu**.

Na třetím místě byly ve věkové kategorii 40-44 let nemoci kapitoly V. **Poruchy duševní a poruchy chování**. Ve věkové kategorii 45-49 let to byly v roce 2005 nemoci kapitoly IX. **Nemoci oběhové soustavy**. Viz graf č. 6 a 7. Poprvé se v této věkové skupině začínají ukazovat jako významná příčina invalidity nemoci oběhové soustavy, z nichž nejčastější je **ischemická choroba srdeční**.

Věk 50-54 let a 55-59 let

Charakteristika příčin invalidizace v obou věkových skupinách je podobná. Na prvním místě byly nemoci kapitoly XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, které představovaly v roce 2005 37% a v roce 2006 38,4% u skupiny 50 - 54 let. Ve věkové skupině 55 - 59 let šlo o 34% v roce 2005 a 36 % v roce 2006. Hlavní příčinou byly **dorzopatie**. Na druhém místě byly v roce 2005 nemoci kapitoly IX. Nemoci oběhové soustavy, které se v roce 2006 se dostaly na třetí místo v kategorii 50-54 let. Ve věkové kategorii 55-59 let byly oba dva roky na druhém místě. Nejčastější příčinou byla **ischemická choroba srdeční**. Na třetím místě jsou nemoci kapitoly II. Novotvary. Nejčastěji zastoupenou diagnózou je C50 **Zhoubný novotvar prsu** jak u plných, tak i částečných invalidních důchodů. Dále je zastoupena diagnóza C34 **Zhoubný novotvar bronchu a plicí** a C18 **Zhoubný novotvar tlustého střeva**. Na čtvrtém místě byly nemoci kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování. Nejčastějším důvodem k invalidizaci byly **deprese** jak u plné, tak i částečné invalidity. Viz graf č. 8 a 9.

Věk 60-64 let

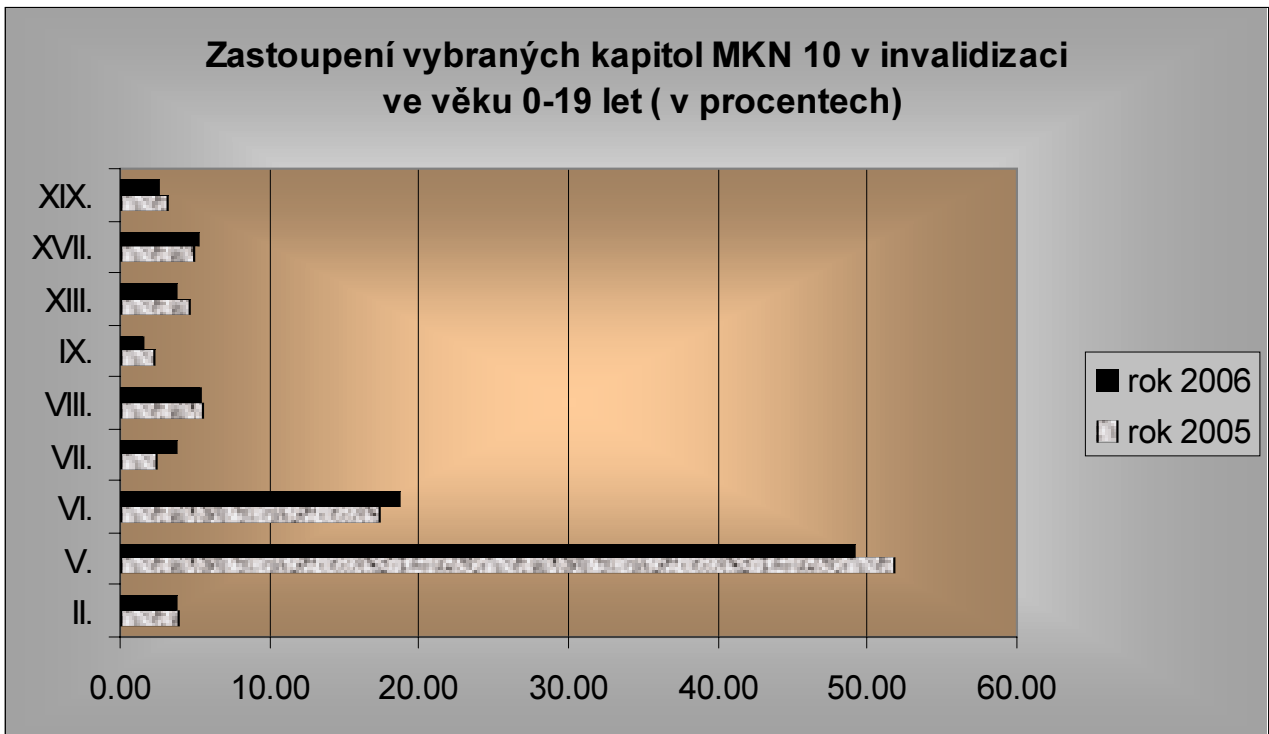
K invalidizaci v této věkové skupině docházelo jen v menším počtu případů, protože jde o věk, ve kterém byla již většina občanů ve starobním důchodu. Cca 30% invalidních důchodů bylo přiznáno pro nemoci kapitoly IX. **Nemoci oběhové soustavy** a 30% pro nemoci kapitoly XIII. **Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**. Cca 16% bylo přiznáno pro nemoci kapitoly II. **Novotvary**. Cca 5% bylo přiznáno pro nemoci kapitoly V. Poruchy duševní a poruchy chování a 5% pro nemoci kapitoly IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.

Věk 65 let a více

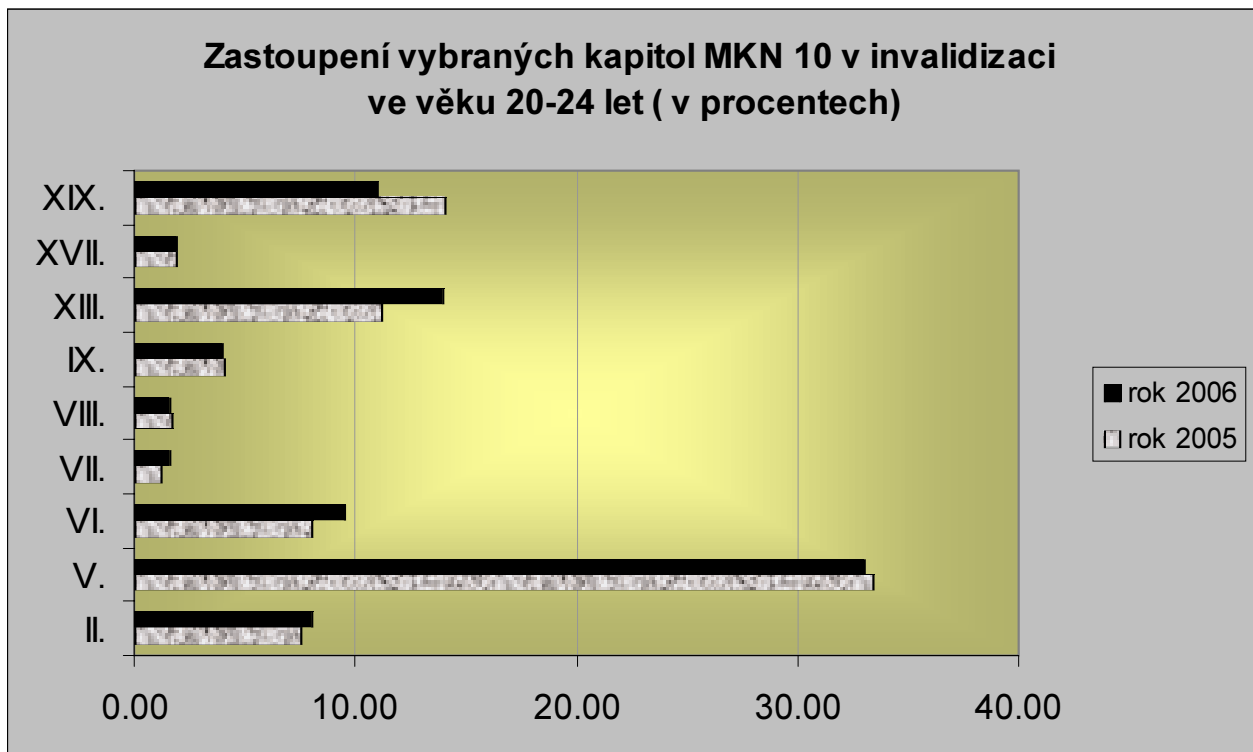
Ve věku nad 65 let dochází k invalidizaci jen ojediněle. V roce 2005 to byly jen 3 případy a v roce 2006 pouze 4 případy.

Příloha: grafy

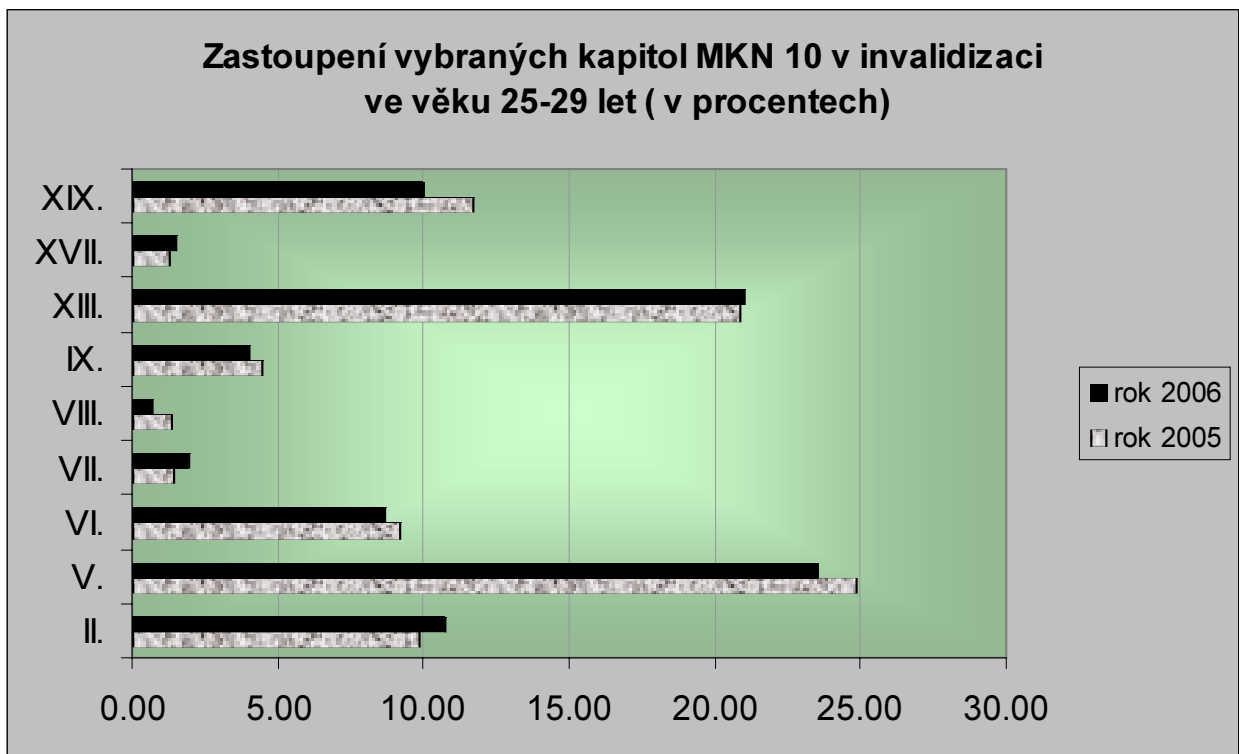
Graf č. 1



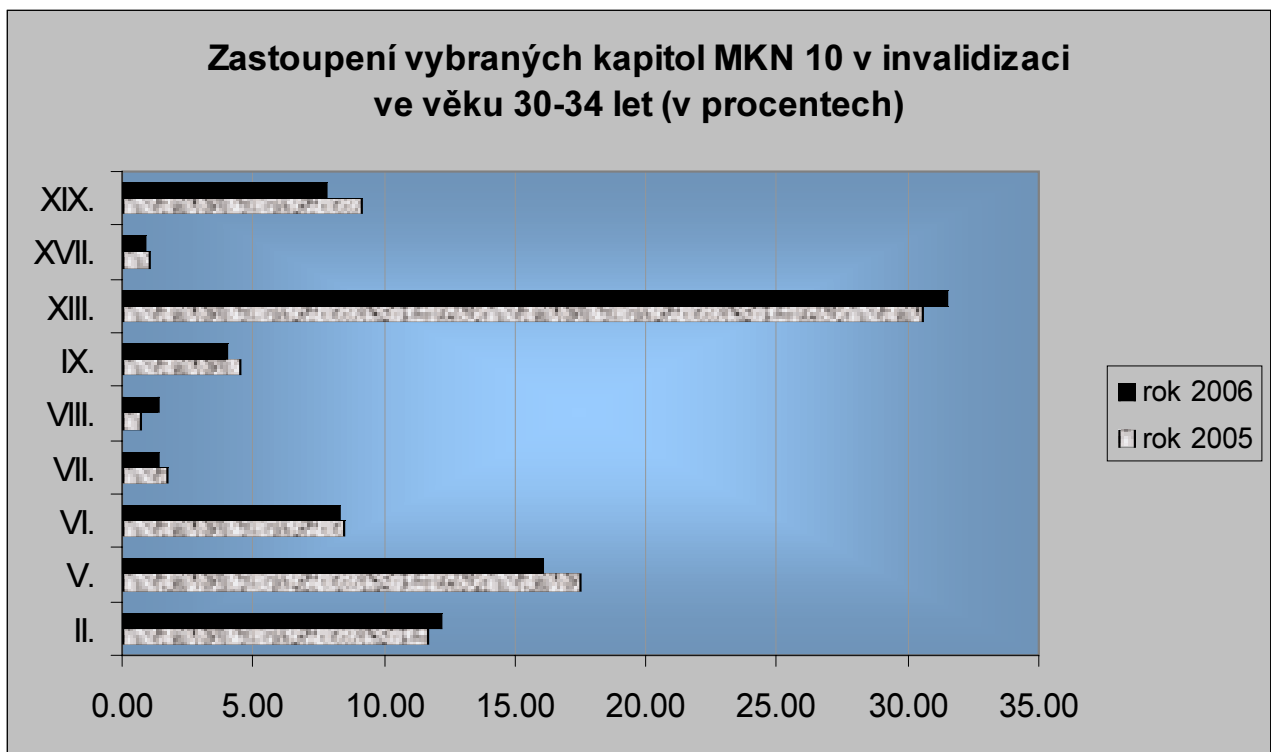
Graf č. 2



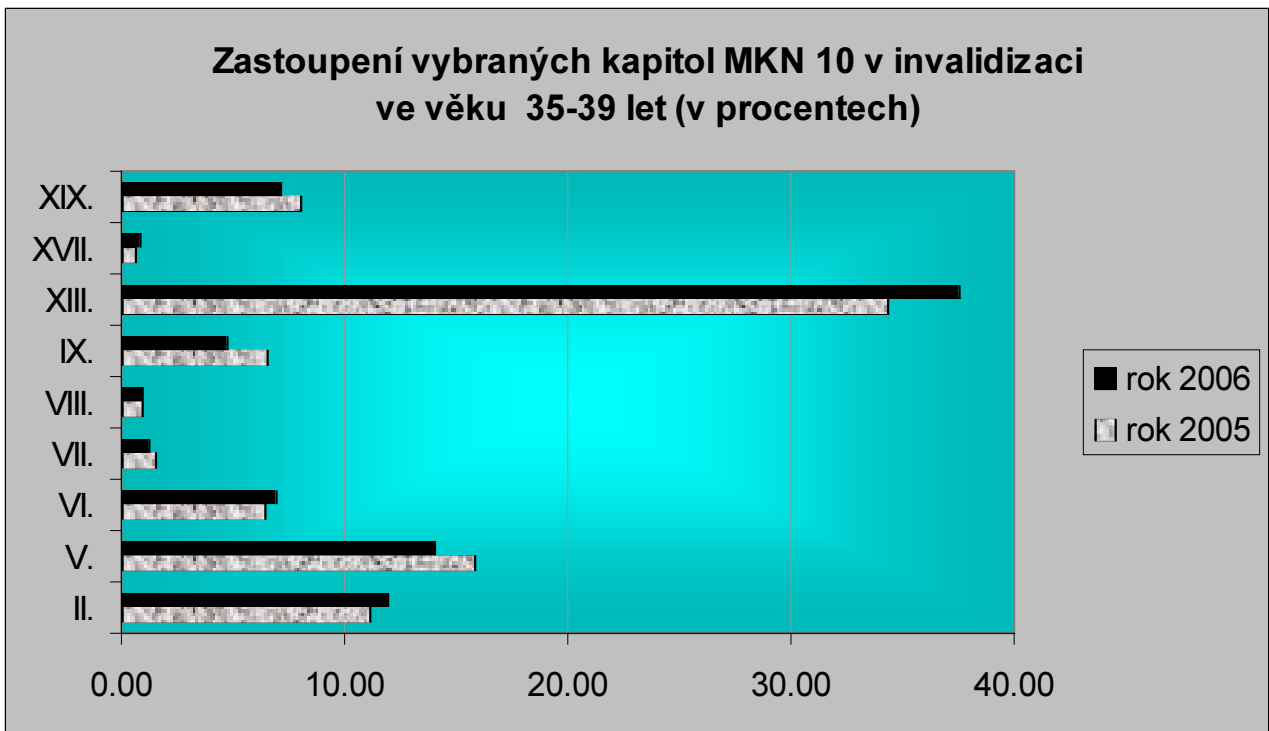
Graf č.3



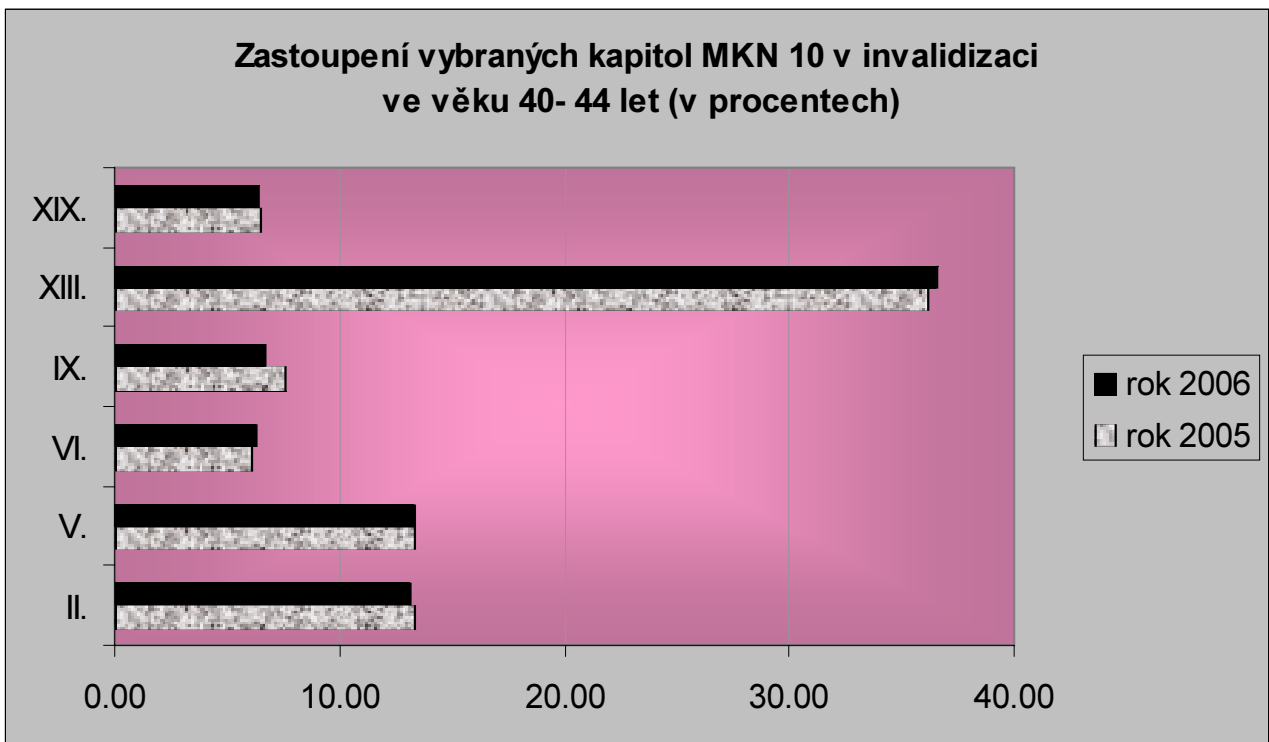
Graf č.4



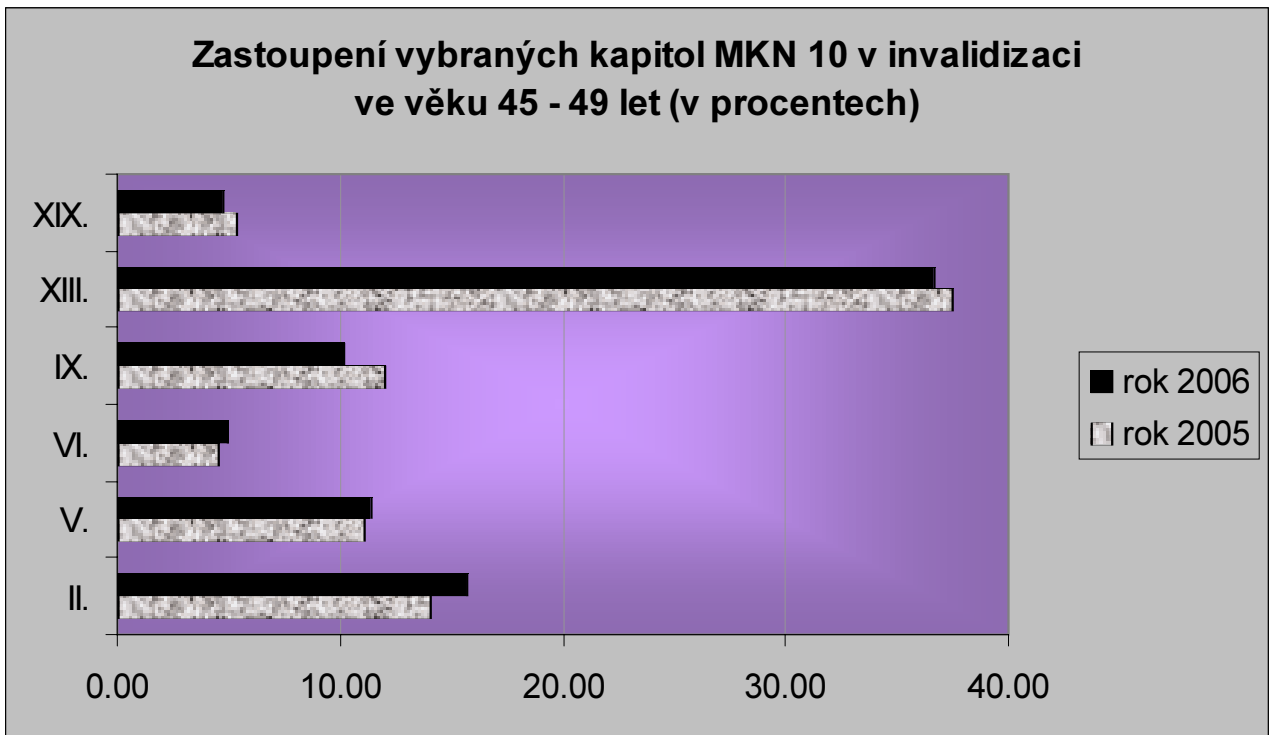
Graf č.5



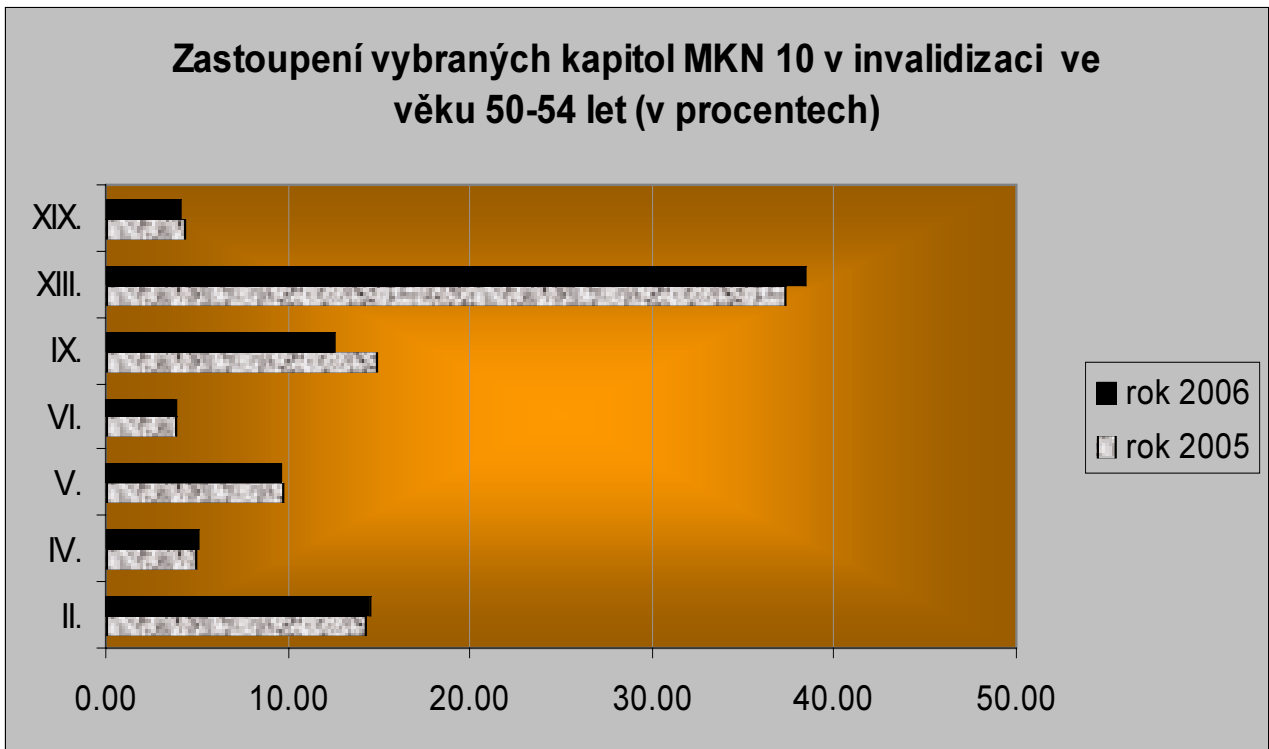
Graf č.6



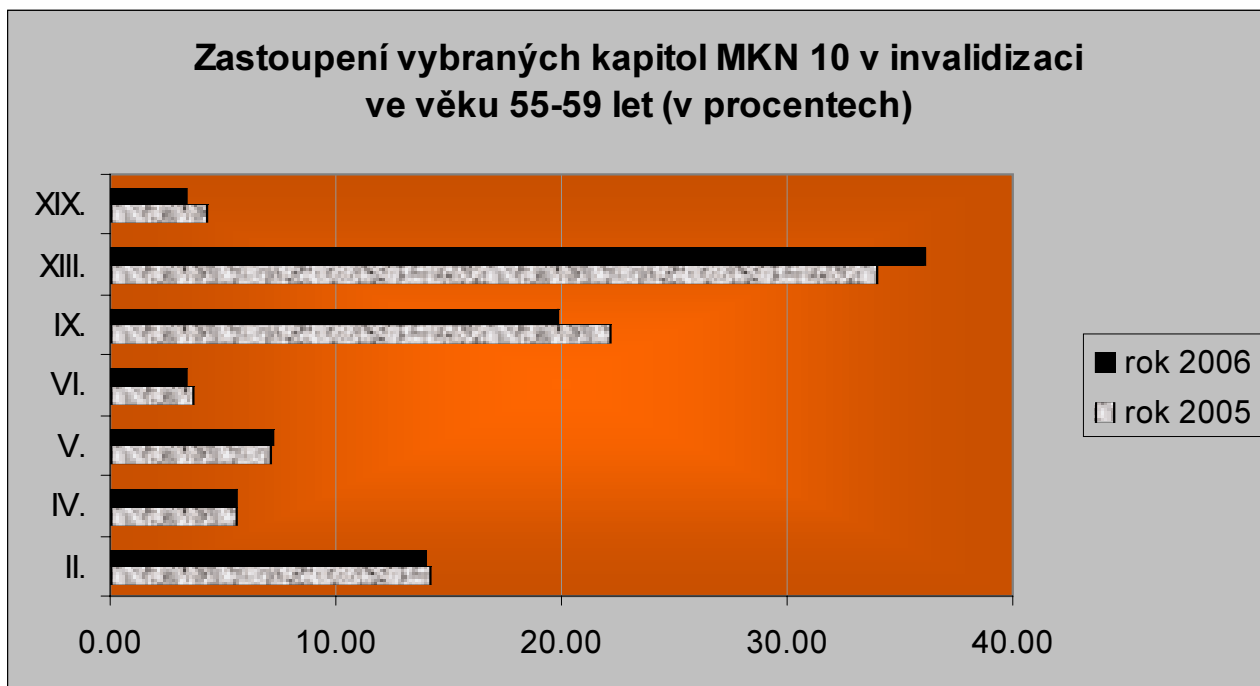
Graf č. 7



Graf č.8



Graf č. 9



Základní údaje o počtu nově přiznaných invalidních důchodů v roce 2006 podle typu důchodu, pohlaví, věku a kapitol MKN 10

MUDr. Irena Hanušová, MPSV – odbor posudkové služby

1. Typ důchodu

V roce 2006 bylo nově přiznáno celkem **48 184** invalidních důchodů, z toho plných invalidních důchodů bylo **24 207** (49%) a částečných invalidních důchodů bylo **24 718** (51%). Ve srovnání s rokem 2005 nastal v roce 2006 nárůst z celkového počtu 46 184 nově přiznaných invalidních důchodů na 48 925 důchodů, tj. nárůst o 2741 případů. Vzrostl počet plných invalidních důchodů o 594 případů a vzrostl počet částečných invalidních důchodů o 2147. Oproti roku 2005 převažuje počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů (51%) nad nově přiznanými plnými invalidními důchody (49%). Vývoj počtu nově přiznaných invalidních důchodů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel v období od roku 1991 do roku 2006 je znázorněn v grafu č. 1. Vývoj v počtu nově přiznaných invalidních důchodů v absolutních hodnotách za posledních 10 let je charakterizován v grafu č.2.

2. Členění nově přiznaných invalidních důchodů podle pohlaví

Tabulka : počty nově přiznaných invalidních důchodů podle pohlaví

M PID	14567
M DIč	13106
F PID	9640
F DIč	11612

Nejvíce bylo přiznáno plných invalidních důchodů mužům (29%) a částečných invalidních důchodů mužům (27%). Přiznaných důchodů ženám bylo 24% částečných a 20% plných invalidních. Údaje charakterizuje graf č. 3.

Ve srovnání s rokem 2005 klesl o 1% počet nově přiznaných plných invalidních důchodů u mužů a stoupl počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů u mužů o 2%. U žen klesl počet nově přiznaných plných invalidních důchodů o 1% a podíl nově přiznaných částečných důchodů u žen se nezměnil.

3. Členění nově přiznaných invalidních důchodů podle věku

Z hlediska věkových kategorií invalidizace dosahovala maxima ve věku 50 – 54 let a 55 - 59 let. Srovnání s rokem 2005 je uvedeno v grafu č. 4.

4. Členění nově přiznaných invalidních důchodů podle kapitol MKN 10

Z grafu č. 5 vyplývá, že nejčastějším důvodem k invalidizaci byly nemoci kapitoly XIII., tj. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jednalo se celkem o 17 089 případů. Na druhém místě byla kapitola II. Novotvary s celkovým počtem případů 6683. Třetí byla kapitola IX. Nemoci oběhové soustavy s celkovým počtem případů 6115. Čtvrtá byla kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování, na pátém místě byla kapitola VI. Nemoci nervové soustavy a na šestém místě byla kapitola XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin.

V grafu č. 6 vidíme, že kapitola II. Novotvary je mnohem častěji důvodem k přiznání plného invalidního důchodu než k přiznání částečného invalidního důchodu. Podobná situace je u nově přiznaných invalidních důchodů pro Nemoci oběhové soustavy a Poruchy duševní a poruchy chování, rozdíl však není tolik nápadný. Opačná situace je u Nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, kde počet přiznaných částečných invalidních důchodů podstatně přesahuje počet přiznaných plných invalidních důchodů.

5. Srovnání s rokem 2005 z hlediska příčin invalidizace

Ve srovnání s rokem 2005 vidíme, že na prvním místě v invalidizaci zůstávají stále Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jejich nárůst byl však zaznamenán jak u počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů (nárůst z 5 880 na 6 404 případů, tak i u částečných invalidních důchodů (nárůst z 9 657 na 10 685 případů). Na druhém místě došlo ke změně, v roce 2005 šlo o Nemoci oběhové soustavy, jejichž počet v roce 2006 poklesl z 3 526 na 3 324 případů plných invalidních důchodů a z 2966 na 2791 případů částečných invalidních důchodů. V roce 2006 byly na druhém místě Novotvary (nárůst plných invalidních důchodů z 4 778 na 4 841 případů a nárůst částečných invalidních důchodů z 1 366 na 1 842 případů). Na třetí místě byly v roce 2006 Nemoci oběhové soustavy s výše uvedenými počty případů. Na čtvrtém místě nedošlo ke změně, stále šlo o Poruchy duševní a poruchy chování s počtem plných invalidních důchodů s nepatrným poklesem z 3 394 na 3 382 případů a s počtem částečných invalidních důchodů s nárůstem z 2 266 na 2 334 případů. Další změna spočívala v roce 2006 v posunu kapitoly XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin na šesté místo a kapitoly VI. Nemoci nervové soustavy na páté místo..

Podrobnější údaje jsou uvedeny v grafu č. 7.

6. Shrnutí

Celkově došlo ve srovnávaném období roku 2005 a 2006 k nárůstu počtu nově přiznaných invalidních důchodů.

Zastoupení podle pohlaví a věku nevykázalo žádné dramatické změny. Jako pozitivní změna se jeví skutečnost, že bylo přiznáno nově více částečných než plných invalidních důchodů. Zda se bude situace opakovat i v dalších letech se nedá odhadnout.

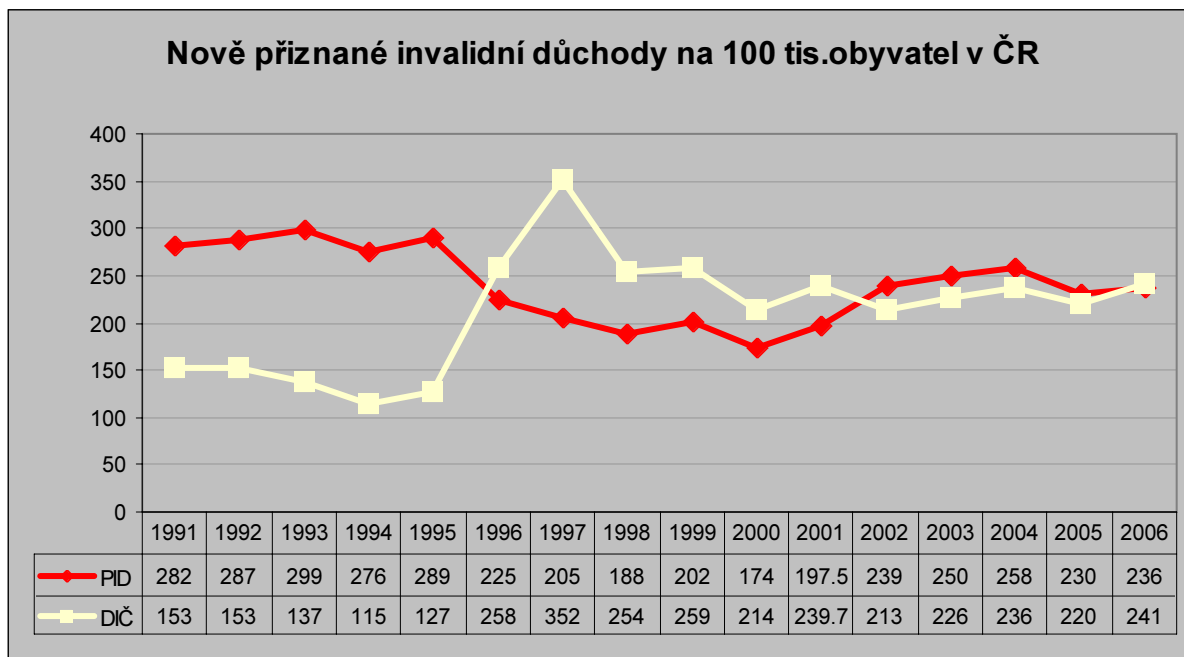
Ve dvou nejčastějších medicínských důvodech k invalidizaci, tj. u Nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a u Novotvarů, došlo v roce 2006 k nárůstu počtu přiznaných invalidních důchodů. Pořadí na prvních pěti místech se změnilo oproti roku 2005. Došlo ke změně na druhém a třetím místě. Na druhém místě byly Novotvary a původně druhé Nemoci oběhové sou-

stavy se posunuly na třetí místo. Na čtvrtém místě nedošlo ke změně a na pátém místě se nově umístily Nemoci nervové soustavy místo původních Poranění, otrav a některých jiných následků vnějších příčin.

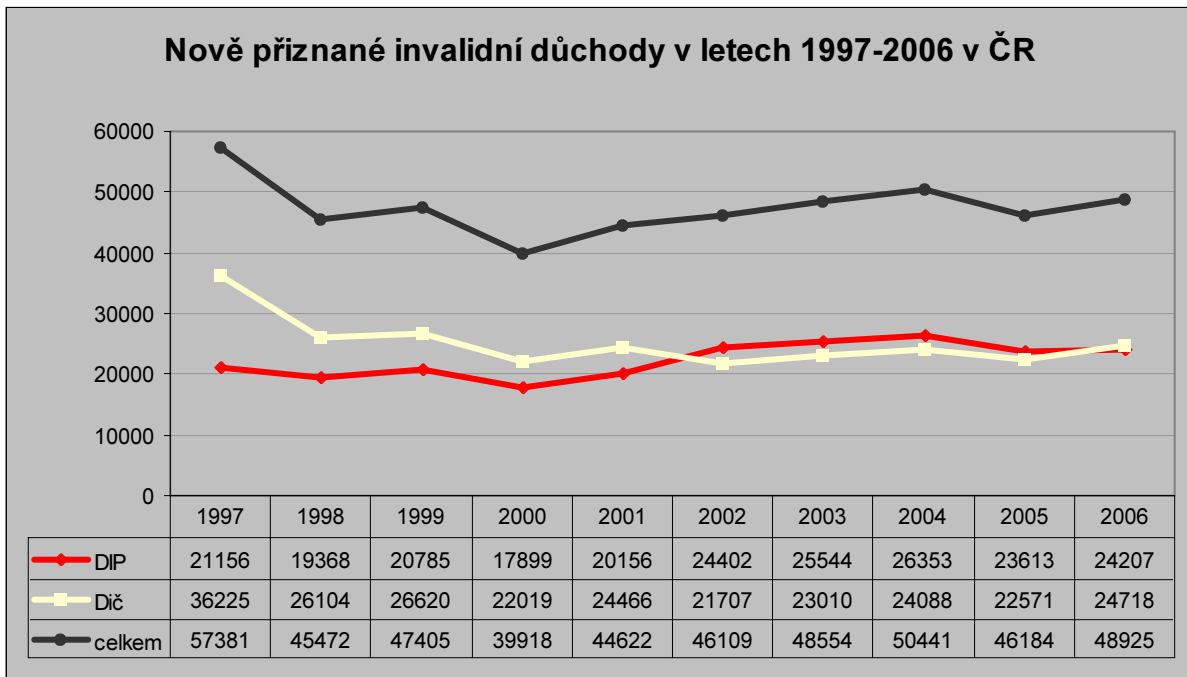
Výsledky ukazují, že posudkové orgány by měly dlouhodobě více zaměřit pozornost na posuzování nemocí kapitoly XIII. a II. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) 10 a dalších příčin na prvních pěti místech. Nově se ukazuje i významnější role kapitoly VI. Další vývoj ukáže, zda jde o jednorázový výkyv, nebo zda Nemoci nervové soustavy budou nadále v invalidizaci významnější než kapitola XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin.

Příloha: grafy

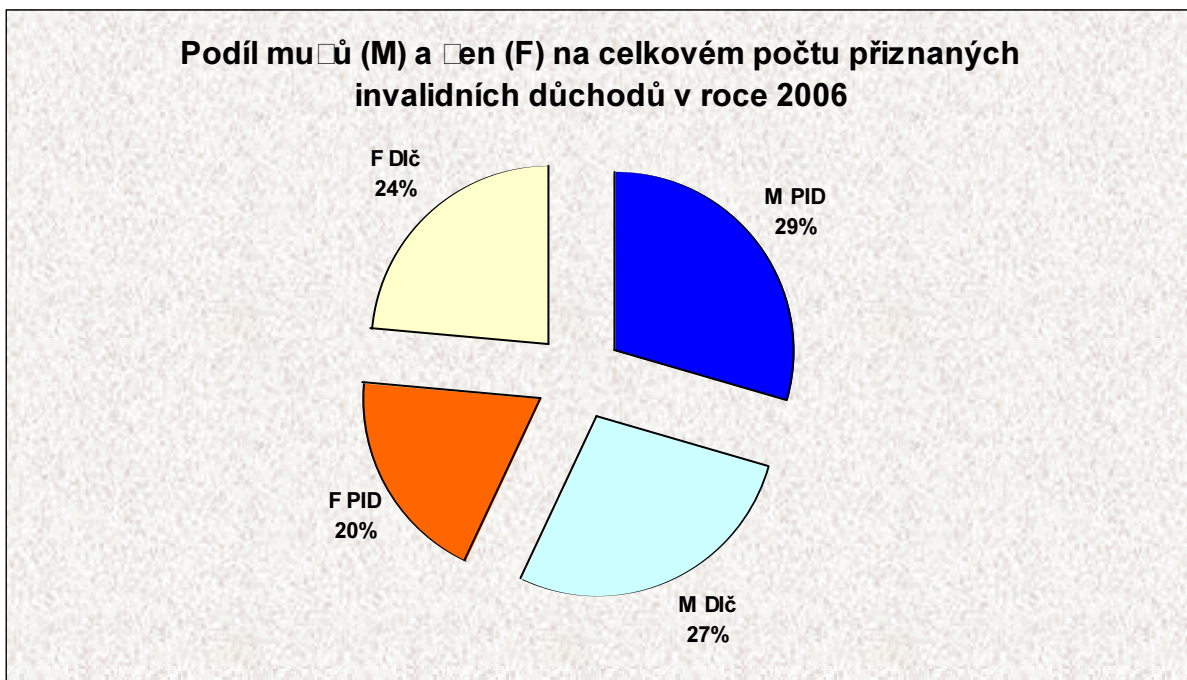
Graf č.1



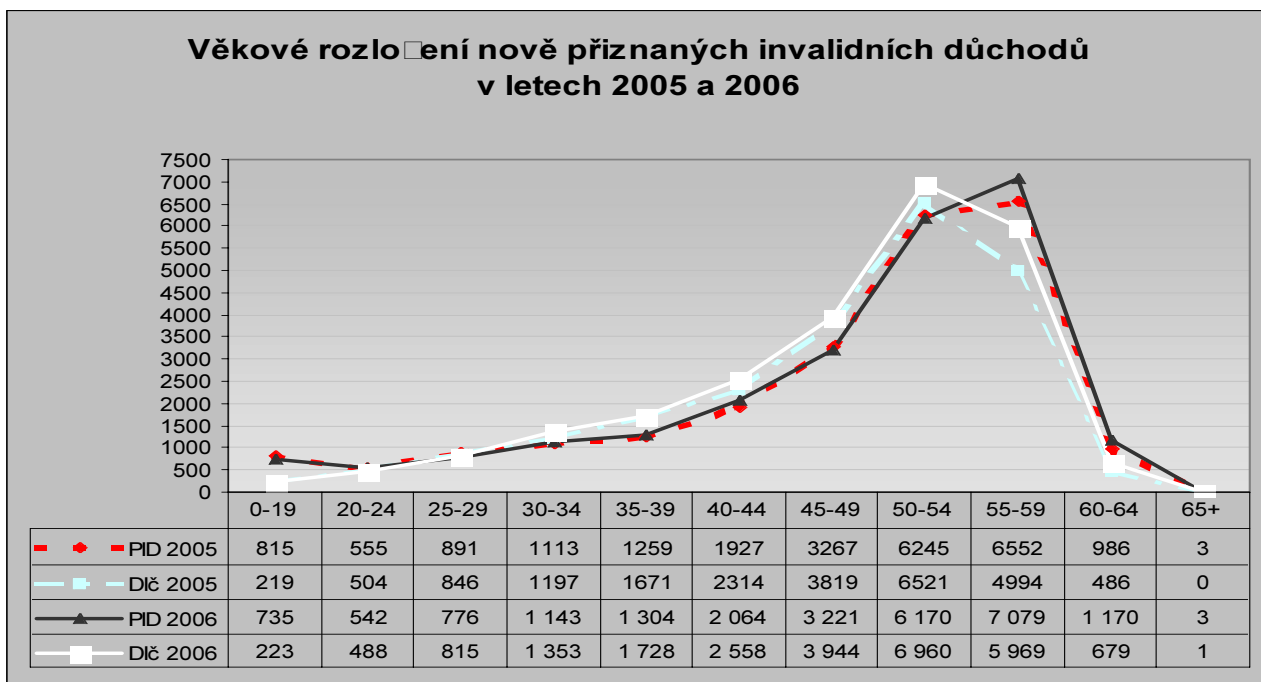
Graf č.2



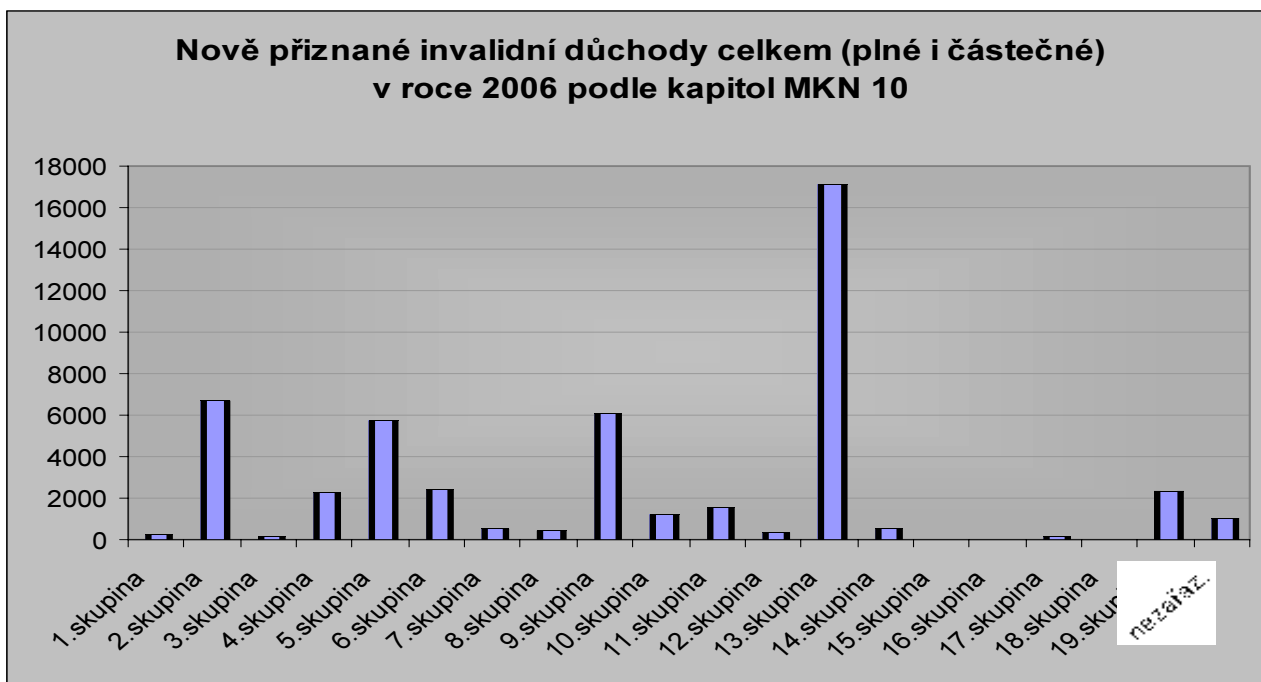
Graf č.3



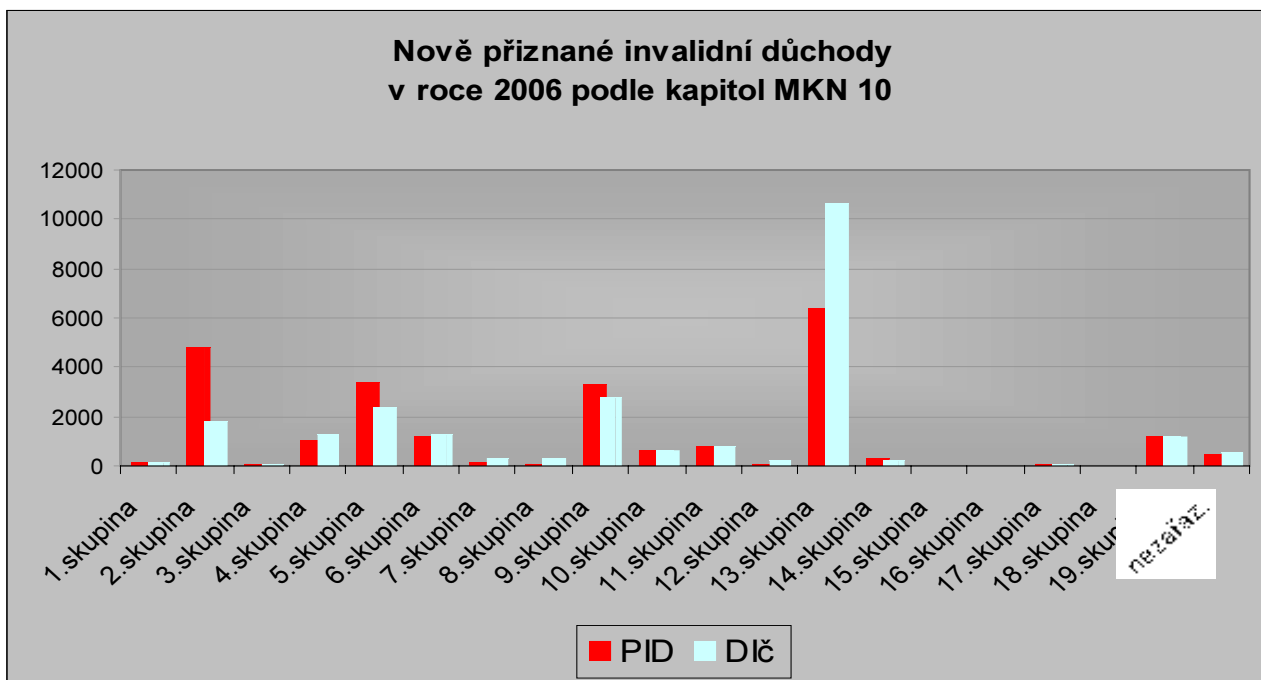
Graf č. 4



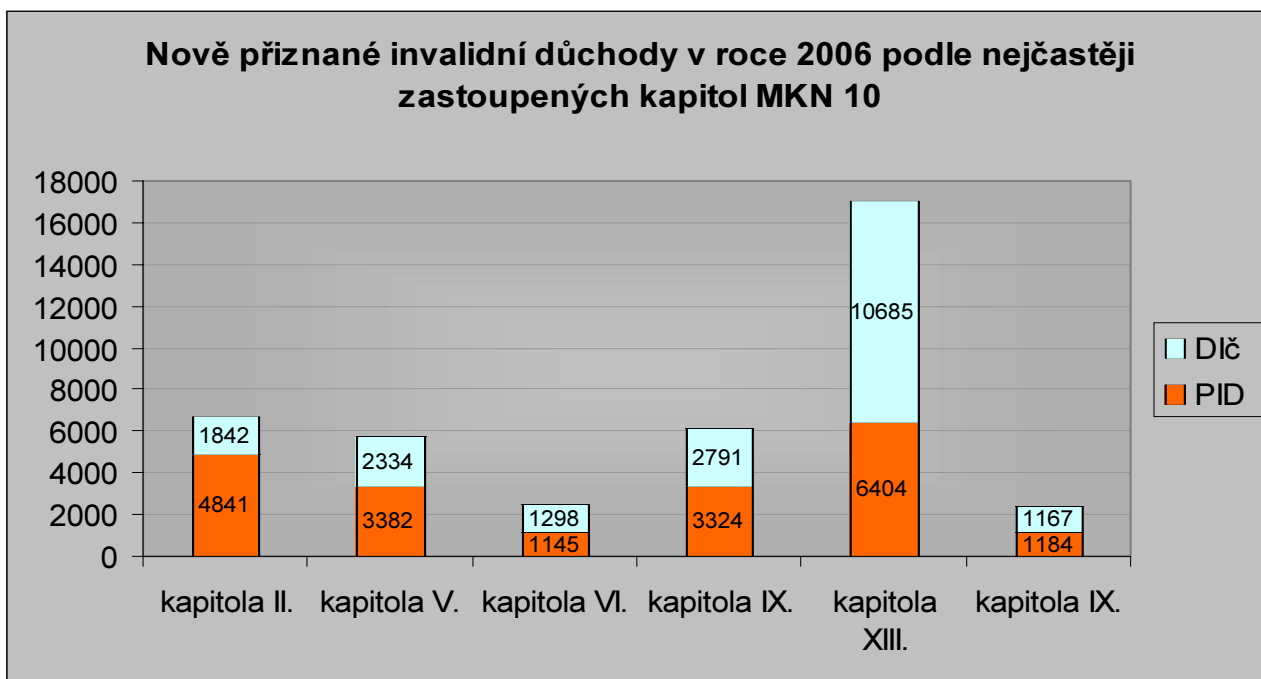
Graf č. 5



Graf č. 6



Graf č. 7



LPS ČSSZ, Evropská unie a formulář E 213

MUDr. Zdeňka Shatatová, MUDr. Jaromír Skyva , ČSSZ

Vstupem do Evropské unie se ocitla Česká republika v prostoru, kde právní předpisy Evropské unie, tak zvané komunitární právo, jsou nadřazeny vnitrostátním právním předpisům. Pokud jde o systémy sociálního zabezpečení, je jejich právní úprava v jednotlivých členských zemích EU natolik rozdílná, že nedošlo k jejich sjednocení, ale pouze ke vzájemné koordinaci. Česká republika, stejně jako ostatní členské státy EU, si ponechává vlastní systém sociálního zabezpečení.

Vzájemnou koordinaci v oblasti sociálního zabezpečení upravují tak zvaná koordinační nařízení, která jsou publikována jako Nařízení Rady 1408/71 (má povahu zákona) a Nařízení Rady 574/72 (má povahu prováděcí vyhlášky).

Z hlediska lékařské posudkové služby (LPS) České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) je významnou skutečností, že evropské komunitární právo se nedotýká v žádném ohledu posuzování zdravotního stavu pojištěnců. Stanovení invalidity a určení jejího stupně přísluší národní instituci podle vnitrostátních právních předpisů každého státu, kde byla dotyčná osoba pojištěna. Při posuzování dočasné pracovní neschopnosti a při posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu za účelem posouzení plné invalidity nebo částečné invalidity lékaři v České republice posuzují vždy jen podle českých právních předpisů. Pokud jde o invaliditu, posuzují lékaři referátů LPS ČSSZ míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti jen u pojištěnců ČSSZ.

V důsledku globalizace a volného pohybu osob v rámci EU dochází stále častěji k tomu, že vzniká důchodový nárok a tedy rovněž nárok na přiznání invalidního důchodu v jiném členském státu, než je stát kde pojištěnec trvale pobývá. Aby nárok na invalidní důchod mohl být v jiném členském státu EU posouzen, je třeba sdělit zahraničnímu nositeli pojištění potřebné údaje o zdravotním stavu jeho pojištěnce.

Pro zlepšení mezinárodní jazykové srozumitelnosti poskytování údajů mezi členskými státy EU slouží systém formulářů označených písmenem E a trojčíslím. U těchto formulářů nalezneme vždy pod určitým bodem údaj stejného druhu. Tak je možno, alespoň orientačně, porozumět řadě údajů i bez znalosti jazyka v němž je formulář vyplněn. Formuláře jsou určeny většinou pro dávkovou oblast. Pouze dva formuláře této řady mají charakter lékařské zprávy. Je to formulář E 116 – lékařská zpráva týkající se dočasné pracovní neschopnosti pro provádění nemocenského pojištění a formulář E 213 – podrobná lékařská zpráva pro provádění důchodového pojištění.

Podle evropských předpisů mezi sebou ve věcech žádostí o přiznání invalidního důchodu z jiného členského státu vzájemně komunikují instituce, tedy jednotliví nositelé důchodového pojištění členských států. Pojištěnec se zpravidla obrací se svou žádostí na místního nositele pojištění, podle místa pobytu pojištěnce. Další řízení je v rukou místního nositele pojištění, který zašle do jiného členského státu žádost o přiznání invalidního důchodu a potřebné lékařské nálezy na tiskopisu E 213.

V České republice vyplňují formulář E 213 pro zahraničního nositele pojištění ošetřující lékaři za úhradu, obdobně, jako vyplňují tiskopis ČSSZ 89 400 1, běžně označovaný jako „T400“.

pro posouzení zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídek plné a částečné invalidity ve vnitrostátní důchodové agendě. Ošetřující lékař vyplní tiskopis na písemnou žádost okresní správy sociálního zabezpečení, která mu tuto činnost proplatí paušální platbou jako tak zvaný specifický zdravotní výkon.

Vzájemně komunikující instituce mají zaručovat správnost, úplnost a odbornost vyšetření zdravotního stavu. Proto je třeba formulář E 213 po vyplnění ošetřujícím lékařem vrátit objednavateli, tedy OSSZ, nejlépe ihned s fakturou za provedené vyšetření, aby v závěru formuláře (pod bodem 12) mohla OSSZ formulář potvrdit. Lékař referátu LPS, posuzující pro OSSZ, potvrzuje, že zkontroloval správnost a úplnost vyplnění formuláře. Pro zahraničního nositele pojištění bude ověření formuláře okresní správou sociálního zabezpečení znamenat, že pracoviště, které formulář zpracovalo je v ČR uznáno jako odborně kvalifikované.

Konstrukce formuláře E 213 odpovídá skutečnosti, že v řadě evropských zemí vyplňuje tento formulář lékař instituce. Pro vyplňování v České republice bylo dohodnuto, že český ošetřující lékař nebude vyplňovat body 9 – 12, které jsou posudkové povahy a ukončí vyplnění tím, že do prostoru pod bodem 8 otiskne razítko zdravotnického zařízení a svou jmenovku, uvede datum vyšetření a svůj podpis.

V zemi zahraničního nositele pojištění je zpravidla třeba nechat formulář přeložit do místního úředního jazyka. Překladaelé nebývají lékaři. Proto je třeba, aby lékařské nálezy byly vyplněny čitelně na psacím stroji a bez českých zkratek používaných v lékařství (např. „bpn“), kterým laický překladatel nerozumí.

Formulář E 213 je, vzhledem k našim domácím zvyklostem, snad až příliš objemný a obsahuje řadu bodů, které ošetřující lékař nebude vyplňovat, pokud se nevztahují k onemocnění posuzovaného klienta. Pro zpracování evropské důchodové agendy je však tento formulář závazný a není z výše uvedených důvodů možné, aby jej jednotlivé státy upravovaly. Je proto třeba, aby ošetřující lékaři, kterými jsou pro účely zpracování formuláře E 213 převážně praktičtí lékaři, věnovali této činnosti dostatek pozornosti a pečlivosti. Nezapomínejme ani na to, že v případě vypracované lékařské zprávy na formuláři E 213 odchází do jiného členského státu EU signál o úrovni našeho zdravotnictví.

Za vyšetření klienta, včetně vyplnění formuláře E 213, obdrží lékař od ČSSZ úhradu, která v současné době činí 966,90 Kč.



EUMASS - UEMASS

European Union of Medicine in Assurance and Social Security
Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale

EUMASS - Evropská asociace posudkových a revizních lékařů

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

Evropská asociace posudkových a revizních lékařů sdružuje posudkové a revizní lékaře pracující v pojišťovnách a v sociálním zabezpečení a podle statutu EUMASS se členy mohou stát jednotliví lékaři, odborné lékařské organizace nebo instituce zaměstnávající lékaře v sociálním zabezpečení nebo pojištění.

Asociace, která nyní sídlí v Bruselu, byla založena v roce 1973 v Mnichově. Zakládací smlouvu podepsali reprezentanti Belgie, Francie, Německa, Itálie a Holandska. V následujícím roce 1974 byl uspořádán první kongres, kterého se zúčastnili lékaři z Belgie, Francie, Holandska a Německa. V dalších letech se počet členů rozšiřoval až na současných 16 členských zemí (Belgie, Česká republika, Finsko, Francie, Holandsko, Irsko, Island, Itálie, Maďarsko, Německo, Norsko, Portugalsko, Slovensko, Slovinsko, Švédsko, Velká Británie) a další země žádají o přijetí (Polsko, Španělsko).

Česká republika, zastoupená Ministerstvem práce a sociálních věcí, je členem EUMASS od r. 1999 a od roku 2000 se připojila také Česká správa sociálního zabezpečení.

Představitelem EUMASS je Rada složená ze zástupců členů jednotlivých zemí. Za MPSV se zúčastňují pravidelných zasedání Rady dva zástupci a za ČSSZ rovněž dva zástupci. Činnost Rady řídí pětičlenný výbor. Od roku 2006 se stala členkou výboru MUDr. Ljiljana Bojičová jako viceprezidentka odpovědná za organizaci XVII. kongresu EUMASS, který se uskuteční v Praze ve dnech 5. až 7. června 2008. Hlavním tématem prezentací jsou „Chronické nemoci a jejich dopad na zdravotní péči a sociální zabezpečení, včetně ekonomických hledisek“.

Kongres EUMASS patří mezi nejvýznamnější akce a jednotlivé členské země se pravidelně každé dva roky v pořádání střídají.

Evropská asociace posudkových a revizních lékařů prosazuje posudková hlediska v akademických a klinických studiích týkajících se lékařsko-sociálních problémů, invalidity a relevantních oblastí veřejného zdravotnictví, brání etické standardy a funkce lékařů pracujících v sociálním pojištění. EUMASS má významnou úlohu v zajištění mezinárodní výměny informací v oblasti medicíny sociálního zabezpečení, spolupráce na vědeckých studiích a zajištění přístupu široké obce posudkových a revizních lékařů k nejnovějším informacím o vývoji vědy a výzkumu v daných oborech.

Rada EUMASS zřizuje podle potřeby pracovní komise, v současné době jsou dvě, jedna z nich zpracovává modifikaci systému ICF (=International Classification of Function) pro využití v sociálním zabezpečení členských zemí EUMASS a mezinárodní srovnání sociálních systémů, druhá skupina pro taxonomii vytváří srovnávací studii o způsobu posuzování zdravotního stavu v jednotlivých členských zemích.

Organizace, jejímž znakem se stala orámovaná modrá ležatá elipsa, v níž je menší eliptické pole zlaté barvy a v něm scéna z antické mytologie – býk (Zeus), unášející Evropu, která drží v ruce Aeskulapovu hůl, stejná hůl je v pravé části znaku, je otevřena nejen všem evropským zemím, ale v posledních letech se o spolupráci zajímají i lékaři z mimoevropských zemí, zejména ze Spojených Států (asociace AADEP). Zprávy o činnosti EUMASS jsou pravidelně zveřejňovány na vlastních internetových stránkách v oficiálních jazycích EUMASS, tj. v anglické a francouzské jazykové mutaci (www.eumass.com).

Informace k XVII. kongresu EUMASS v Praze ve dnech 5. až 7. června 2008 naleznete na následujících odkazech:

Registrační formulář: http://www.amca.cz/eumass/cze/EUMASS_form_CZE.pdf

Pozvánka: http://www.amca.cz/eumass/cze/inzerat_A4.pdf

Program: http://www.amca.cz/eumass/cze/program_CZE.pdf

Vertebrogenní a myofasciální onemocnění a jejich podíl na dočasné pracovní neschopnosti a následně na invaliditě

(Cheb, Sokolov a Domažlice v období let 2000 – 2005 atestační práce 2006)

MUDr. Kateřina Steidlová, ČSSZ

Bolest je živá představa o bolesti.
Donuťte vůli, abyste změnili tu představu,
odvrhněte ji, přestaňte si stěžovat
a bolest zmizí.

Marcus Aurelius

Výdaje na léčbu bolestí zad dosahují astronomických výší. Problémem je někdy nedostatečná včasná a správná diagnostika a léčba bolestí zad, ale zejména nedostatečná prevence vzniku chronických bolestí zad. Při rozvinutí chronického stavu se snižuje šance, že se takto nemocní kvalitně zapojí zpět do normálního aktivního života a pracovní činnosti.

Bolesti, které mají původ v oblasti páteře, jsou jednou z nejčastějších obtíží přivádějících nemocného k lékaři.

Neexistuje jednotný mechanismus vzniku bolestí zad. Podíl má stress (limbický systém zodpovídá za řízení motoriky a svalový tonus). Pochybením lékaře je nezabývali se aspekty psychosociálními.

Důležitý je aktivní přístup nemocného – správný životní styl a cílená léčebná tělesná výchova.

Mnoho nemocných vyžaduje léčebné procedury ne proto, že je nutně potřebují, nýbrž z přesvědčení, že na ně mají „nárok“, a jejich laická úvaha se ubírá směrem: čím více procedur, tím lepší zdraví.

Vertebrogenní onemocnění a dočasná pracovní neschopnost

Na počtu a délce dočasné pracovní neschopnosti (dále DPN) se podílí celá řada faktorů. V okrese Cheb se podílí na DPN s diagnózou bolesti zad také to, že je zde dosti velká nezaměstnanost a také sezónní charakter práce. Lázeňské domy uzavírají se zaměstnanci smlouvy na dobu určitou a během zimy je většina lázeňských zařízení zavřená a lidé zůstávají bez pravidelných příjmů a je tedy nejjednodušším řešením (a mnohdy i doporučeným zaměstnavatelem) navštívit praktického lékaře a nechat si vystavit DPN na bolesti zad. Vždyť koho záda nebolí? Nejprve jsou léčeni konzervativně, injekce, infuze a následuje rehabilitace. V našem regionu ovšem nastává další problém, že rehabilitační zařízení příliš nestojí o klientelu, která čerpá péči hrazenou zdravotní pojišťovnou. A proto je nemocnému rozepsána rehabilitace jedenkrát, maximálně dvakrát týdně, z čehož vyplývá, že proceduru, kterou má čerpat 10x, čerpá celých pět týdnů. Následně je nemocnému doporučen ještě další druh rehabilitace a situace se opakuje. Takže se stane, že DPN pro bolesti zad trvá i 3-4 měsíce.

Ještě horší je situace, pokud pacient ztratí práci. V tomto případě nemá zájem se uzdravit. Takže injekce, infuze, periradikulární terapie pod kontrolou CT (PRT-CT), rehabilitace zůstávají bez většího efektu. Nemocný doufá, že se prostůně alespoň k částečné invaliditě

V okresech Cheb, Sokolov i Domažlice je pohybový aparát na 2.místě v příčinách DPN po nemocech dýchacího ústrojí, následují úrazy, dále gynekologické diagnózy, zejména dohled nad rizikovým těhotenstvím a na pátém místě jsou nemoci cév a srdce, šesté nemoci gastrointestinálního traktu.

Dočasné pracovní neschopnosti na dorsopatie se podílejí na celkovém počtu DPN 10% až 14 %, v okrese Domažlice je to 10-11,5%, Sokolov 11-14%, Cheb 10,5-12%. Rozdíl tedy není signifikantní. Průměrná doba trvání jedné DPN se pohybuje od 29 do 43 dnů, nejkratší je v okrese Cheb 29 až 38 dnů, Sokolov má průměr 29 až 43 dnů a Domažlice 33 až 43 dnů. Rozdíl je zase maximálně 4 dny. Já se setkávám při kontrolách s DPN trvající 60 a více dnů, z čehož vyplývá, že průměr vylepšují ukáznění nemocní, kteří prostonají například jen 10 dnů a méně v době akutních potíží. Ani v průběhu jednoho roku nekolísá počet DPN v jednotlivých měsících nějak výrazně, snad je v zimě o něco vyšší, což je zajisté dáno sezónními pracemi. Sice by se mohlo zdát, že v posledních dvou letech počet DPN na vertebrogenní potíže klesá, pokud srovnáme počet DPN, ale při převedení na procentuální zastoupení vidíme, že tam se nic nemění, neboť v posledních letech klesá počet DPN celkově. Mohu konstatovat, že situace ve všech třech sledovaných regionech je téměř totožná.

Vertebrogenní onemocnění a invalidita

Porovnávala jsem počet nově přiznaných částečných a plných invalidit pro vertebrogenní onemocnění v okresech Cheb, Sokolov a Domažlice v letech 2000-2005.

Stoupá počet nově přiznaných částečných invalidit ve všech okresech. Nejvyšším počet je ovšem v okrese Sokolov, následují Domažlice a nejlépe je na tom Cheb. V okrese Sokolov jsou to čísla až dvojnásobná, celá situace je určitě způsobena velkou nezaměstnaností v tomto okrese. Hlavním z důvodů přiznání plné invalidity bývá perioperační období po operacích jak bederní tak krční páteře. Za svou roční praxi jsem vyzorovala, že žadateli o invalidní důchody jsou většinou lidé bez vzdělání nebo maximálně vyučení (převážně zedníci, prodavačky apod.), prostě manuálně pracující lidé. Málo se setkávám s lidmi s maturitou a již velmi ojediněle s vysokoškolsky vzdělanými. U lidí bez vzdělání je problematická i rekvalifikace. Proto se snaží řešit svou sociální situaci chorobou a invaliditou.

Z výše uvedeného vyplývá, že bolesti zad jsou velkým posudkovým problémem.

Závěr:

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti je, při postižení vertebrogenními a myofasciálními syndromy, zejména u pojištěnců s rentovou motivací nebo u pojištěnců, kteří chtějí neprávem vylákat nemocenskou, pro lékaře mimořádně náročné. Obecné povědomí o tom, že objektivizace těchto potíží může činit i zkušenému lékaři potíže a že tato objektivizace velmi prodlužuje dobu trvání DPN, je mezi pojištěnci značně rozšířeno. O této skutečnosti může svědčit zjištění, že v sociálně slabých skupinách obyvatelstva s vysokou nezaměstnaností se diagnóza bolestivého vertebrogenního syndromu vyskytuje častěji a maxima výskytu, odpovídají v průběhu roku vrcholu nezaměstnanosti. Řešení uvedené situace není předmětem tohoto sdělení.

**Účelová neperiodická publikace
Není určena k prodeji na knižním trhu**

Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení

Vyšlo v roce 2008, vydání první, 84 stran, 1500 výtisků.
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, Na Poříčnickém právu 1
128 00 Praha 2
ve Vydavatelství KUFR, Naskové 3, 150 00 Praha 5

ISBN 978-80-86878-68-3