

PROBLEMATIKA POSUZOVÁNÍ V PSYCHIATRII

MUDr. Jiří Kutina

psychiatr a posudkový lékař

Mezi psychiatrem a posudkovým lékařem dochází často k nedorozuměním, daným tím, že oba ne přesně vědí, co po sobě vzájemně chtějí a potřebují. Psychiatr má jen mlhavé ponětí o principech posuzování zdravotního stavu pro účely invalidity a posudkový lékař zase má jen matné ponětí o psychiatrii, vesměs ze svého medického dávnověku. Účelem článku je přiblížit psychiatrům principy posuzování toho, čemu se říká dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, pro jejich snadnější domluvu s posudkáři ve prospěch všech zúčastněných a zejména pacientů.

Klíčová slova: psychiatrie, posudkové lékařství, invalidita, práce a zdravotní stav, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav.

PSYCHIATRY AND ASSESSMENT MEDICINE, REVIEW OF SOME INTERDISCIPLINAR PROBLEMS

There are often misunderstandings between psychiatrists and advisory doctors, which are given by the fact they both don't know, what one wants and needs from other. Psychiatrist has only vague understanding to principles of assessing health status for purposes of invalidity and advisory doctor has only a vague understanding to psychiatry, largely from his distant medical past. The goal of this article is to explain to psychiatrists principles of assessing, what is named long-lasting unfavourable health status, for their better communication with advisory doctors in favour of all participants and mainly patients.

Key words: psychiatry, assessment medicine, disability, labour and health, long term inaptibility.

Úvod

Problematika posuzování dlouhodobě nepříznivých zdravotních stavů je u nás stále ještě nepřehledná známou pevninou. Zatím co v některých evropských zemích je umění posuzovat celkový zdravotní stav člověka součástí pregraduální přípravy, u nás mu není věnována pozornost většinou ani postgraduálně; dokonce ani speciální učebnice jednotlivých lékařských oborů se posudkové problematice nevěnují – naše nové jinak vysoce fundované učebnice psychiatrie nevyjímaje. Na přednášky v IPVZ, zabývající se touto problematikou, pak chodí jen mizivá menšina těch, kteří by povědomost o posouzení zdravotního stavu vzhledem k práci potřebovali. Jaký pak div, že kliničtí lékaři o způsobu posuzování těch pacientů, kteří již překročili rok trvání léčby a stále nejsou práce schopni, nemají mnoho ponětí. Mezi klinickými a posudkovými lékaři tak vznikají spory a nedorozumění. V neprospěch pacientů. Klinici mají zato, že posudkáři jejich oborům nerozumějí, posudkáři žehrají na kliniky, že píší nevýstižné nálezy a přitom chtějí pro své pacienty to, nač nemají nárok. Jde přitom o proces zásadně důležitý pro pacientův další život, pro jeho kvalitu i pro prognózu nemoci.

Platí to jak pro obory zabývající se somatickým stavem pacientů, tak pro psychiatrii. V psychiatrii je tato diastáza snad ještě výraznější, mimo jiné také proto, že kvantifikace subjektivních potíží pacientových záleží do značné míry na subjektivním vnímání jednotlivých psychiatrů a na jejich rozdílném hodnocení. Posudkář pak, zvyklý na relativně přesnou kvantifikaci z jiných oborů a sám nemaje s duševně nemocnými zkušenost, kroutí nad některými psychiatrickými epikrizemi hlavou a marně hledá, kam

popisovaný stav zařadit. Je omezen časem a zpravidla nemá příslušnou erudici, aby sám mohl provést cílené psychiatrické vyšetření.

Posudkový lékař druhé instance je na tom z tohoto hlediska ještě hůře. Pracuje v této věci pro soud a soudce si žádá jednoznačné a přesvědčivé zdůvodnění, proč psychiatr považuje řečně neurózu ze svého hlediska za těžkou, zatím co posudkář podle svých kritérií shledává podle popisu tutéž neurózu lehkou, nejvýše střední. Soudce, sám z lékařského hlediska laik, zkoumaje vyhlášku o posuzování dlouhodobě nepříznivých zdravotních stavů, úporně žádá vysvětlení. V jiných oborech máme číselné hodnoty transamináz, ergometrického vyšetření, stupně artrózy a centimetry zkratu končetin. Co ale máme v psychiatrii? V některých případech číselné hodnoty psychologických testů (není-li psycholog psychoanalyticky orientován), někdy frekvenci hospitalizací. Četnost relapsů. Jinak ale nic moc. Těžko se pak soudci argumentuje, kde že například končí neuróza lehká a kde začíná neuróza středně těžká.

Výhodou posudkového lékaře druhé instance naopak je to, že pracuje v komisi, v níž přisedá i příslušný odborník té disciplíny, z jejíhož ranku je nemoc, která posuzovaného pracovně nejvíce omezuje (případně odborníků několik). Takový odborník má pak lepší možnost posuzovaného na místě vyšetřit: má to ovšem nevýhodu, že jde o šetření průřezové a při značně kolísavém průběhu nemoci nemusí vždy zastihnout odpovídající stupeň invalidizující intenzity. Nicméně komise může mít a také má k dispozici kompletní dokumentaci posuzovaného a má tak možnost porovnat průběh nemoci, její léčbu a tomu pak přiměřeně

ný stupeň tíže choroby. V případech značně nejasných může přisedající psychiatr předem sám posuzovaného podrobně vyšetřit a doplnit v případě potřeby své vyšetření i o podrobný nálezy od psychologa ověřených kvalit.

Obecně řečeno, faktorů zasahujících do posouzení zdravotního stavu příslušného pacienta je celá řada. Od faktorů ze strany posuzovaného (osobnost, intelekt, motivace), přes faktory ze strany ošetřujícího odborníka (míra „přísnosti“, vcítění, výstižnost formulace podkladů) i ze strany posudkového lékaře (předchozí obor klinické praxe, osobnost a striktnost v hodnocení nálezu podle předpisů, bez ohledu na okolnosti do posouzení nepatřící, jako je soucit, či obyčejná lítost).

Nejlépe pacienta zná (nebo by aspoň znát měl) ošetřující lékař, méně ho zná posudkový lékař první instance – správy sociálního zabezpečení (okres – OSSZ, resp. obvod – PSSZ). Ten ale zpravidla sleduje vývoj zdravotního stavu pacienta spjícího k invaliditě spolu s ošetřujícím lékařem. Nejméně osobně zná posuzovaného lékaře instance druhé (Ministerstvo práce a sociálních věcí – MPSV).

Posudkový lékař okresní (obvodní) zná své doktory v terénu, ví (nebo by alespoň měl vědět), jak je který z nich přísný či striktní, pro jaké chorobné stavy má případně slabost a jak je schopen stav svého pacienta verbálně vystihnout.

Posudkový lékař druhé instance (MPSV) zpravidla vidí posuzovaného poprvé, má však možnost vyžádat si o něm celou jeho zdravotnickou dokumentaci a zná své přisedící odborníky – ví jak je který přísný či „lidumilný“, jak hodnotí tíži jednotlivých postižení ze svého ranku, jak je perfektní v hodnocení laborator-

ních či instrumentálních vyšetření. Má také přehled o svých spádových posudkových lékařích z hlediska těchto charakteristik.

Je tedy posudková činnost celý komplex zhodnocení jednotlivých proměnných: posuzovaný, jeho somatický i psychický stav, ošetřující lékař a kvalita léčby, posudkový lékař první instance a přesnost jeho posuzování, „kalibrovaný“ odborník.

Všichni bez ohledu se však musí řídit zákony a vyhláškami, které posudkovou činnost upravují. **Neznalost** těchto zákonů je mezi lékaři bohužel velmi rozšířená, což však, jak říká známé pravidlo, **neomlouvá**. A protože jde o peníze (vyplácené pak formou důchodů), a protože směřujeme ke vzniku samostatně hospodařících pojišťoven, je nabitelní, že **tolerance této neznalosti bude stále menší a lze se dočkat citelných trestů za nálezy, které nebudou litéře zákona a stavu pacienta přesně odpovídat**. I to je jeden z důvodů, proč bychom se měli s příslušnými pravidly posuzování detailně seznámit.

Tedy: Od začátku roku 1996 platí **Zákon č. 155/95 Sb.** o důchodovém pojištění, který se provádí **vyhláškou MPSV č. 284/1995 Sb.** v platném znění (aktuálně vyhláška č. 40/2000 Sb.).

Tyto právní normy přinesly zásadní změnu do posuzování dlouhodobě nepříznivých zdravotních stavů. Vycházejíce z osvědčených pojišťovenských tabulek, užívaných v okolních, v této oblasti zkušenějších zemích, stanovují pro jednotlivá zdravotní postižení v procentech vyjádřenou míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Protože lékařské poznání, léčebné možnosti i prognóza jednotlivých nemocí se mění, je citovaná vyhláška čas od času novelizována, aby bylo možno lépe vystihnout onu míru poklesu a ta aby byla alespoň přibližně srovnatelná s mírou poklesu schopnosti výdělečné činnosti, danou onemocněním jiného druhu či systému. Toto

procentní hodnocení sjednocuje posuzování pracovního potenciálu občanů „od Šumavy k Bílým Karpatům“, v němž v rámci dřívějších právních norem byly rozdíly, někdy i značné. Proto u lidí žijících v oblastech proslulých shovívavým posuzováním vznikl dojem, že posuzování značně „přitvrdilo“. Nikoliv. Pouze se sjednotilo do míry dané konsenzem mezi těmi, kdo zákon a vyhlášky připravují a mezi odbornými lékařskými společnostmi.

Ke každé novelizaci vyhlášky žádá příslušný odbor MPSV o stanoviska jednotlivých lékařských společností k případným změnám v hodnocení a záleží pak i na těchto společnostech, aby navrhly úpravu jednotlivých diskrepancí. Žehraji-li tedy psychiatři na pašální nepřiměřenosti v posuzování zdravotního stavu svých pacientů, měli by se obracet v první řadě na svou odbornou společnost, aby prosazovala eventuelní změny v hodnocení při příští novelizaci vyhlášky. Individuální odchylky v posuzování jsou ovšem dány osobnostmi zúčastněných aktérů, t.j. psychiatrů a posudkářů a schopností jejich dorozumění.

Základním pojmem, s nímž pracuje posudkové lékařství, je **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav**. Definován je tak, že je to chorobný stav, který „podle poznatků lékařské vědy“ potrvá déle než jeden rok. Míra tohoto stavu se posuzuje podle **přílohy č. 2 k vyhlášce 284/1995 Sb.** V platném znění. Poslední platné znění stanoví vyhláška 40/2000 Sb. Vše doporučí si tuto vyhlášku opatřit. Vychází ve Sbírce zákonů ČR a je k mání všude tam, kde se Sbírka zákonů prodává.

Skupiny nemocí tam uvedených jsou analogické s Mezinárodní klasifikací nemocí a jejich stupně jsou odvozeny od léty osvědčených pojišťovenských tabulek a, jak již uvedeno, čas od času se novelizují, ukáží-li se v praxi nějaké diskrepance, či nové názory na chorobu, její tíži a léčbu a také nové diagnostické postupy.

Uvedu zde část vyhlášky, podle níž se posuzují poruchy duševní:

Kapitola V – DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ

Obecné posudkové zásady:

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.

Nezbytnou součástí funkčního posouzení musí být i psychologické vyšetření.

Funkčně je třeba rozlišit rozsah postižení. Minimální postižení znamená, že je přítomen odklon od normy v jednom nebo v několika očekávaných úkonech nebo oblastech, případně mírné postižení v určitých obdobích.

Při zřetelném (**lehkém**) postižení je nápadný odklon od normy, dysfunkce zhoršuje sociální přizpůsobivost, lehké postižení trvá většinu sledovaného období, nebo jde o střední postižení v určitých kratších obdobích.

Podstatné (**středně těžké**) postižení je provázeno výrazným odklonem od normy ve většině očekávaných výkonů a rolí, středně těžké postižení trvá po většinu sledovaného období nebo těžší postižení je zaznamenáno v určitých ohraničených obdobích.

Závažné (**těžké**) postižení představuje výrazný odklon od normy ve všech očekávaných výkonech a rolích, postižení trvá po většinu sledovaného období.

Zvlášť těžké postižení znamená odklon od normy, který dosáhl krizového stupně.

U těžkých duševních poruch (položka 1, 2, event. 3) je nutno zkoumat, zda rozsah, tíže a průběh zdravotního postižení odpovídá kritériím přílohy č. 3, bod 9.

Položka	Druh zdravotního postižení	Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v procentech
1.	Organické duševní poruchy , poruchy intelektu, emotivity, afektivity (organický psychosyndrom různé etiologie, perinatální, po úrazech a zánětech mozku, metabolického či cévního původu)	
	Posudkové hledisko: Nejvýznamnějšími a stálými projevy jsou poruchy kognitivních funkcí (intelekt, učení, schopnost diferencovat a klasifikovat zevní podněty, plánovat, organizovat, vytvářet abstrakce, nevypravné myšlení, snížení objemu informací), dále poruchy v oblasti vnímání, obsahu myšlení, nálad a emocí, osobnosti a chování. Při posouzení je třeba přihlídnout k rozsahu organického postižení, rychlosti vývoje postižení, osobnosti posuzovaného, inteligenci a vzdělání, úrovni premorbidní přizpůsobivosti a sociálním vlivům.	
	a) lehké poruchy	5–15
	b) středně těžké poruchy	20–40
	c) těžké poruchy	50–70
	d) zvlášť těžké poruchy, těžká demence	80–90

2.	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	
	Posudkové hledisko Při stanovení míry poklesu soustavné výdělečné činnosti je třeba zhodnotit přítomnost psychotických příznaků, poruchy myšlení a vnímání, narušení kontroly reality, sociální a pracovní dysfunkce, trvání a průběh. Narušení může zahrnovat většinu základních funkcí, které normálnímu jedinci poskytují pocit osobitosti, jedinečnosti, sebekontroly. Při posouzení je třeba přihlídnout k průběhovým variantám choroby, přičemž sledované období by nemělo být kratší než 1 rok.	
	a) lehké poruchy	5–15
	b) středně těžké poruchy	20–40
	c) těžké poruchy	50–80
	d) zvlášť těžké poruchy (floridní proces, těžký defekt)	90
3.	Poruchy nálady (afektivní poruchy) – manické, bipolární, depresivní	
	Posudkové hledisko: Funkční nález musí obsahovat přesnou klasifikaci; údaje o charakteru a závažnosti epizod poruch nálady, době jejich trvání, o frekvenci a intervalech mezi jednotlivými fázemi, délce a kvalitě remise či následných změnách osobnosti. Při posouzení je třeba přihlídnout k míře omezení schopnosti vyrovnat se s požadavky běžného života a trvale snížené odolnosti vůči stresu. Sledované období by mělo trvat nejméně rok, neboť epizoda poruchy trvá v průměru 6 měsíců.	
	a) lehké poruchy	5–15
	b) středně těžké poruchy	20–40
	c) těžké poruchy	50–70
	d) zvlášť těžké poruchy	80–90
4.	Neurotické, stresové a somatomorfní poruchy, úzkostné a fobické poruchy, obsedantně kompulsivní poruchy, reakce na stres, poruchy přizpůsobení, disociační poruchy	
	Posudkové hledisko: Při posouzení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je třeba vycházet z typu, rozsahu a tíže psychických příznaků, trvání poruchy stejně jako somatických příznaků, které však nejsou provázeny organickým korelátem. Při posouzení je třeba přihlídnout k míře omezení schopnosti vyrovnat se s požadavky běžného života, k trvale snížené odolnosti vůči stresu a snížení výkonnosti fyzické a psychické.	
	a) lehké poruchy	5–10
	b) středně těžké poruchy	15–20
	c) těžké poruchy	25–50
	d) zvlášť těžké poruchy (např. těžké obsedantní neurózy)	60–70
5.	Poruchy osobnosti a poruchy chování	
	Posudkové hledisko: Funkční nález musí objektivizovat trvalé projevy maladaptivního chování zakotvené ve struktuře osobnosti, míru a význam odchylek od způsobu, kterými průměrný člověk v daném sociokulturním prostředí vnímá, myslí, cítí a utváří vztahy k druhým. Poruchy mohou být provázeny problémy v adaptaci ve společenských aktivitách a dosahování žádoucích cílů. Při stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je třeba zhodnotit rozsah a tíži odchylky od přijatelného průměru chování dané společenské normy, přičemž tato odchylka se musí projevovat ve více než jedné z následujících oblastí—poznávání (způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupů a představ), emotivity (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi), ovládání svých impulsů a uspokojování potřeb, způsobu chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací. Dekompence se projevuje především akcentací rysů specifické poruchy osobnosti a zhoršenou sociální a pracovní přizpůsobivostí. U některých typů poruch osobnost může dojít i k rozvoji psychózy schizofrenního okruhu.	
	a) s lehkým narušením osobnosti se zachovanou celkovou výkonností organismu	5–10
	b) se středně těžkým narušením osobnosti s lehkým snížením celkové výkonnosti organismu	20–30
	c) s těžkým narušením osobnosti a s výrazným snížením celkové výkonnosti organismu	40–60
	d) zvlášť těžce narušené osobnosti, dezintegrované	70–90
6.	Mentální retardace	
	Posudkové hledisko: U mentální retardace nelze hodnotit jen samotný mentální defekt dle číselně vyjádřené hodnoty IQ, ale je nutné posoudit úroveň kognitivních funkcí, zejména pozornost, výkonnost, zatížitelnost, paměťové schopnosti, soustředivost a další složky osobnosti (schopnost sociability, afektivitu, poruchy chování, volní vlastnosti), nelze opomenout ani nadání k určité činnosti, motivaci k práci, manuální zručnost. Při hodnocení je nutno brát i v úvahu je-li mentální defekt spojen s jiným duševním či organickým postižením, narušením osobnosti nebo závažnými poruchami chování a přizpůsobení.	
	a) lehká mentální retardace (lehká slabomyslnost, lehká mentální subnormalita a debilita, IQ v pásmu 50–69)	15–40
	b) střední mentální retardace (imbecilita, IQ v pásmu 35–49) Toto zdravotní postižení se posuzuje podle přílohy č. 3	
	c) těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace (IQ v pásmu do 34)	100
7.	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (alkoholismus, toxikomanie), provázené somatickými poruchami stanoví se podle převažujícího druhu orgánového nebo psychického postižení uvedeného v této příloze	

8. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (mentální anorexie, sexuální poruchy, které nejsou způsobené organickou poruchou nebo nemocí), poruchy příjmu jídla, spánku, sexuální dysfunkce apod.	
a) lehké až střední poruchy s trvalou ambulantní léčbou nebo lehký újma výživy a snížení celkové výkonnosti organismu psychického původu	10–15
b) zvláště těžké poruchy, životu nebezpečné, nezvládnutelná primitivní pudová jednání – pouze stavy vyžadující léčení ve speciálním zdravotnickém léčebném zařízení za hospitalizace nebo stavy s těžkou újmou výživy a s podstatným snížením celkové výkonnosti organismu (závažný pokles hmotnosti, adynamie, anémie, hypoproteinemie)	70–80

Tak praví nikoliv Zarathustra, ale zákon. Tedy přesně příloha č.2 k vyhlášce 284/95 v platném znění.

Nutno doplnit ještě několik trivialit:

1) Při posuzování zdravotního stavu se stanoví nejprve **rozhodující příčina dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu**, tedy nejzávažnější choroba, která rozhodující měrou omezuje schopnost soustavné výdělečné činnosti posuzovaného.

2) V příslušné kapitole, oddílu, položce a písmenu se najde hodnota **míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti**, daná buď přímo číslem nebo – častěji – rozmezím. V tomto rozmezí lze volit podle intenzity příznaků, komplikací a dalších podstatných vlivů hodnotu, která nejvíce odpovídá skutečnému zbývajcímu pracovnímu potenciálu posuzovaného.

Tuto hodnotu, resp. horní hranici uvedeného rozmezí, je pak možno ještě **zvýšit** – např. **pro další posudkově významné onemocnění**

nebo pro celoživotně vykonávané **zaměstnání, zvláště náročné** na tu část funkcí organismu, která je postižena, a to **až o 10 procent**. (Že se hodnoty jednotlivých postižení nesčítají snad není třeba opakovat – podezírat kolegy z neznalosti bych se styděl).

Zmíněnou hodnotu, resp. dolní hranici zmíněného rozmezí, je ovšem také možno **snížit, také až o 10 %**, pokud např. dříve vykonávané zaměstnání je vhodné i nadále, třeba i z důvodů pracovní rehabilitace (m.j. tam, kde by odstranění pracovních návyků a interpersonálních vztahů na pracovišti vedlo k osobnostnímu i dalšímu intelektovému úpadku).

3) Částečná invalidita se uznává při poklesu míry schopnosti soustavné výdělečné činnosti o 33 až 65 %, plná invalidita o 66 a více % (§ 44 a § 39 Zákona 155/1955 Sb., vždy odstavec 1 a 2).

A aby byl výčet kritérií pro posuzování invalidit v oboru psychiatrie úplný, je třeba

zmínit se ještě o příloze č. 3 k vyhlášce č. 284/1995 Sb. V této příloze jsou uvedena zdravotní postižení umožňující **výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek**. Takováto postižení pak odůvodňují přiznání plné invalidity, aniž by se zkoumaly (až na výjimky) procentní body míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti.

Z oboru psychiatrie sem patří:

(8) Střední mentální retardace (IQ 35–49)

(9) Těžké formy duševních onemocnění provázené častými atakami a opakovaným ústavním léčením, se závažným postprocesuálním defektem a s těžkým narušením osobnosti.

Potud úvodní přehled a kritéria pro posuzování zdravotního stavu pro účely invalidity. O praktických problémech, případně o posuzování pro jiné účely, někdy příště.