

REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE Z POHLEDU ZAPOJENÍ LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY

souborný článek

Libuše Čeledová
Roman Odložilík
Tereza Pastirčáková
Rostislav Čevela

Ústav sociálního a posudkového
lékařství LF UK v Plzni

Kontaktní adresa:

doc. MUDr. Čeledová Libuše, Ph.D.
Ústav sociálního a posudkového
lékařství
LF UK v Plzni
alej Svobody 31
323 18 Plzeň
e-mail: Libuse.Celedova@lfpcuni.cz

SOUHRN

Čeledová L, Odložilík R, Pastirčáková T, Čevela R. Reforma psychiatrické péče z pohledu zapojení lékařské posudkové služby

V současné době probíhá reforma psychiatrické péče, která s sebou přináší řadu změn, mimo jiné i vznik Center duševního zdraví (CDZ). Ačkoli se zatím nepředpokládá přímé zapojení lékařské posudkové služby (LPS) do činnosti těchto center, je úloha LPS při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pacientů s duševní poruchou pro účely dávek ze systému sociálního zabezpečení nezastupitelná. Článek přibližuje možné změny týkající se posuzování invalidity a stupně závislosti pro účely příspěvku na péči u osob s duševní poruchou a zároveň analyzuje počty posouzených případů u obou těchto posudkových kategorií od posledních změn posudkově medicínských kritérií až do roku 2018. Autoři uvádějí, že možností rychlého zapojení LPS do reformy psychiatrické péče by byla její činnost v rámci CDZ. Zařazení pracovníka lékařské posudkové služby do multidisciplinárního týmu CDZ považují autoři za žádoucí zejména z pohledu posudkového procesu při posuzování invalidity, ale přínosné by bylo i při žádostech klientů CDZ o sociální dávky z nepojistného systému, jako je příspěvek na péči. Vytvořil by se tak skutečně efektivní a proklientský přístup, který by zvýšil komfort osob s duševní poruchou při jejich žádostech o sociální dáv-

SUMMARY

Čeledová L, Odložilík R, Pastirčáková T, Čevela R. Psychiatric care reform from the viewpoint of possible medical assessment service involvement

These days witness the start of the psychiatric care reform in the Czech Republic, which contains lots of changes including establishing Centres of mental health. Although the authors of this paper do not presume direct cooperation of the Medical assessment service and the Centres, the Medical assessment service is irreplaceable thanks to its role in assessing the disability evaluation applications and the care allowance ones.

The presented article points out the changes in disability and care allowance for mental illnesses assessment while showing changes in the number of applications over several years, from the year when the last significant change of assessment criteria was implemented through year 2018. The authors of the paper state that a swift incorporation of the medical assessment service into the psychiatric care reform could be achieved by including it into the Centres of mental health. The authors consider the inclusion of a physician of the Medical assessment service in the multidisciplinary team of Centres of mental health to be desirable especially from the viewpoint of the assessment process in assessing disability, but it would also be beneficial for Centres of mental health clients' applications for social benefits from non-insurance benefits schemes such as care allowance. This

ky podmíněně nepříznivým zdravotním stavem.

Klíčová slova: invalidita, lékařská posudková služba, psychiatrická péče, národní akční plán duševního zdraví.

would create a truly effective and user-friendly approach that would increase the comfort of persons with mental disorders when applying for social benefits conditioned by an adverse health condition.

Key words: invalidity, medical assessment service, psychiatric care, national mental health action plan.

ÚVOD

Lékařská posudková služba (LPS) sociálního zabezpečení posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost pro účely sociálních dávek. Posudková služba působí převážně v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), proto budeme dále hovořit o rezortní posudkové službě, která je však rozdělena na LPS České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) a LPS MPSV.¹ Oba tyto orgány veřejné správy vystupují ve vztahu k posudkovým lékařům jako samostatní zaměstnavatelé s vlastní personální a platovou politikou. V rezortní lékařské posudkové službě pracují posudkoví lékaři, odborní zdravotničtí nelékařští pracovníci, referentky a tajemnice. Lékaři posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely pojistných dávek (nemocenské a důchodové pojištění) a nepojistných dávek (příspěvek na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením, průkazy pro osoby se zdravotním postižením). Odborní nelékařští zdravotničtí pracovníci vypracovávají návrhy posudků v pojistné i nepojistné agendě, které podléhají schválení lékařem. Referentky LPS zajišťují provozní administrativní činnosti (přijímání žádostí, komunikace se žadateli, úřady a ošetřujícími lékaři).¹ Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob s duševní poruchou a poruchami chování zaujímá podstatnou část činnosti posudkových lékařů. Cílem článku je analyzovat vývoj lékařské posudkové činnosti u osob s duševním onemocněním a poruchami chování a možnosti zapojení LPS do probíhající reformy psychiatrické péče.

Národní akční plán pro duševní zdraví

Reforma psychiatrické péče je představena v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ).² V úvodu NAPDZ se uvádí: „Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 je implementačním dokumentem hned tří strategických dokumentů. Stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023, u kterých existují zjevné implementační deficit.“

V části Vize pro rok 2030 NAPDZ zmiňuje, že „Chápeme-li zdraví jako ‚stav plné tělesné, duševní a sociální pohody‘, nikoliv jen jako ‚nepřítomnost nemoci či vady‘, je cílem NAPDZ zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti

charakterizované jako duševní pohoda. Současně by měl být do roku 2030 dokončen systémový proces reformy psychiatrie do takové míry, aby bylo lidem s duševním onemocněním umožněno prožít, i přes hendikep duševního onemocnění, maximálně možný kvalitní život s důrazem na dodržování všech práv obsažených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.“

V NAPDZ Strategický cíl 2 uvádí: „Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku“. Strategický cíl dále rozvádí dvě opatření zasahující do činnosti LPS. Opatření 2.1.2. „Zpracovat analýzu k možnostem změny mechanismu posuzování invalidity a nastavení výše přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění“, přičemž v modelaci nákladů k tomuto opatření v NAPDZ se hovoří ve specifickém cíli o komplexní změně mechanismu posuzování invalidity. Druhým pro potřeby tohoto článku relevantním opatřením je Opatření 2.1.3. „Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči“.²

V modelaci nákladů k NAPDZ je uveden specifický cíl „Změnit kritéria pro hodnocení funkčního postižení lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči a získání průkazu ZTP (zvláště těžce zdravotně postižení), a to buď doplněním kritérií ve vztahu k příznakům duševní nemoci a souvisejících omezení, případně vyčlenění zvláštního stupně závislosti a kritérií nároku na ZTP u této cílové skupiny.“³

Reforma psychiatrické péče probíhá mimo jiné ve vzniku Center duševního zdraví (CDZ). Cílem je vznik republikové sítě Center duševního zdraví, nyní jich existuje již více než 20, předpokládá se však ustavení 30 center, která budou poskytovat služby multidisciplinárního týmu. V týmu pracovníků centra jsou zastoupeni jak lékaři, kliničtí psychologové, tak sociální pracovníci a další pomocné profese, např. peer pracovník, pracovník pro sociální rehabilitaci apod. V týmu nepracuje žádný

pracovník LPS ani s ním oficiálně nespolupracuje a dle schválené koncepce se ani nepředpokládá budoucí přímé zapojení LPS do činnosti center.^{2,3}

INVALIDITA

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje důchodové pojištění pro případ invalidity. Od roku 2010 je invalidita posuzována ve třech stupních dle míry poklesu pracovní schopnosti. V prvním stupni musí být míra poklesu pracovní schopnosti nejméně 35 %, ve druhém stupni nejméně 50 % a ve třetím stupni nejméně 70 %.⁴ Stávající medicínsko-posudková kritéria posuzování invalidity jsou podrobněji upravena vyhláškou č. 359/2009 Sb. a jsou výsledkem projektu „Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k Mezinárodní klasifikaci nemocí a s přihlédnutím k Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností“, jehož řešitelem byla Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Kapitola V – Duševní poruchy a poruchy chování v rámci přílohy vyhlášky o posuzování invalidity zpracovala Psychiatrická společnost.^{5,6} V roce 2016 vypsal MPSV veřejnou zakázku „Promítnutí pokroků lékařské vědy do posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity“, kterou realizovala Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. V závěru výstupu se uvádí, že při posuzování duševních poruch a poruch chování lze i nadále postupovat podle stávajícího znění vyhlášky č. 359/2009 Sb. a její kapitoly V. Obecné posudkové zásady i posudková hlediska u jednotlivých psychiatrických stavů obsahují stěžejní skutečnosti, které je nutno při posouzení zjistit a vyhodnotit a není třeba je měnit či doplňovat.^{7,8}

Obecné posudkové zásady pro oblast duševních poruch a poruch chování

„Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti je nutné posoudit úroveň psychických, mentálních, sociálních a pracovních funkcí a schopnosti vykonávat pracovní činnosti

takovým způsobem nebo v takových mezích, které jsou považovány za normální v daném sociokulturním prostředí. Přitom se vychází z průběhu a závažnosti zdravotního postižení, celkového tělesného stavu, schopnosti adaptace, osobnostních charakteristik, úrovně intelektu, sociální přizpůsobivosti, zvládání zátěže a z dopadu na pracovní schopnost a schopnost vykonávat denní aktivity. K hodnocení dopadu duševní poruchy a poruchy chování na pracovní schopnost a schopnost vykonávat denní aktivity se využívá dotazníkových metod a posuzovacích škál, jimiž se hodnotí intenzita psychopatologických příznaků, subjektivní stav a prožívání, psychosociální adaptace a schopnost způsobu života přiměřeného sociálnímu postavení. Součástí posouzení je zpravidla i psychologické vyšetření, zejména zjištění vlivu poruchy na osobnost a výkon.

Funkčně je třeba rozlišit rozsah postižení. Minimální postižení znamená, že je přítomen odklon od normy v jedné nebo několika oblastech, případně mírné postižení v určitých obdobích. Při lehkém postižení je zřetelný odklon od normy, lehké postižení trvá většinu sledovaného období nebo jde o středně těžké postižení v určitých kratších obdobích. Středně těžké postižení je provázeno výrazným odklonem od normy ve většině aktivit, středně těžké postižení trvá po většinu sledovaného období nebo těžší postižení je zaznamenáno jen v určitých ohraničených obdobích. Těžké postižení představuje výrazný odklon od normy ve všech aktivitách, postižení trvá po většinu sledovaného období. Zvlášť těžké postižení znamená takový odklon od normy, který dosáhl velmi výrazného stupně s dlouhodobým trváním.

Při posuzování míry poklesu pracovní schopnosti u duševních poruch a poruch chování by sledované období, rozhodně pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla rok.^{4,5,6}

Následující dvě tabulky ukazují výsledky posuzování invalidity pro všechny duševní poruchy a poruchy chování u osob všech věkových skupin a u osob do 18 let za období účinnosti vyhlášky č. 359/2009 Sb. od roku 2010 až do roku 2018. Tab. 1. ukazuje výsledky posuzování invalidity pro všechny poruchy duševní a poruchy chování u osob všech věkových skupin za období 2010–2018, tab. 2 výsledky

Tab. 1. Invalidita u osob všech věkových skupin s dg. F00–F99¹⁰

Invalidita	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I. stupeň	8 800	8 790	9 964	9 793	10 049	9 852	9 816	9 173	9 596
II. stupeň	4 303	4 797	5 408	5 131	5 467	5 396	5 297	4 902	5 084
III. stupeň	14 633	14 170	15 349	13 778	13 098	12 730	11 742	9 751	9 535
neuznáno	1 711	1 504	1 603	1 555	1 617	1 655	1 707	1 799	2 009
Celkem	29 447	29 261	32 324	30 257	30 231	29 633	28 562	25 625	26 224

Tab. 2. Invalidita u osob do 18 let s dg. F00–F99¹⁰

Invalidita	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I. stupeň	12	19	24	25	30	37	23	35	35
II. stupeň	9	10	12	14	12	25	20	17	32
III. stupeň	189	252	222	226	197	196	182	183	200
neuznáno	2	6	4	2	10	11	7	7	7
Celkem	212	287	262	267	249	269	232	242	274

posuzování invalidity pro všechny poruchy duševní a poruchy chování u osob do 18 let za období 2010–2018.

V roce 2010 byla posouzena invalidita u 29 447 osob, z toho bylo 212 osob do 18 let. V roce 2018 byla posouzena invalidita pro duševní onemocnění u 26 224 osob, z toho u 274 osob do 18 let. Po počátečním nárůstu počtu posouzení invalidity v roce 2012, kdy bylo posouzeno oproti roku 2010 o 9,77 % osob více, poklesl počet posouzených v roce 2017 o 12,98 % oproti roku 2010. V roce 2018 žádalo o posouzení invalidity pro duševní onemocnění o 10,95 % osob méně, než tomu bylo v roce 2010.

Dle analytické studie Zdraví 2030 zpracované Ústavem zdravotnických informací a statistiky roste v posledních letech počet pacientů v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních psychiatrické péče.⁹ Z předložených údajů o počtu žádostí o posouzení invalidity u osob s duševní poruchou vyplývá, že LPS zvýšení počtu posouzených případů nezaznamenala.¹⁰

Důvodů, proč nedochází ke zvyšujícímu se počtu posouzení invalidity i přes zvyšující se počet nových případů osob s duševním onemocněním, může být několik, např. intenzivnější a modernější terapeutická psychiatrická a psychologická péče, nevyhovující posudkově medicínská kritéria, malá informovanost občanů o možnostech požádat si o invalidní důchod či statistická chyba.

STUPEŇ ZÁVISLOSTI PRO ÚČELY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky poskytování příspěvku na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.¹¹ Posudková kritéria posouzení stupně závislosti pro účely příspěvku na péči jsou upravena v příloze č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou

se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.¹² Stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči se posuzuje podle schopnosti posuzované osoby zvládat 10, resp. 9 základních životních potřeb (u osob do 18 let), které jsou definovány souhrnem jednotlivých aktivit. Posudková kritéria byla v roce 2012 nastavena jako dočasná, a to v rámci první fáze sociální reformy zaváděné MPSV, a od té doby prošla několika parametrickými změnami, obdobně jako samotný příspěvek na péči. Hodnocení stupně závislosti vychází z obecných principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)¹³ a z konceptu hodnocení Activity of Daily Living. Posudková kritéria jsou rozdělena dle věku posuzovaného do dvou skupin, a to na osoby od 1 roku do 18 let a osoby od 18 let výše.¹¹

Následující dvě tabulky ukazují výsledky posuzování stupně závislosti pro všechny duševní poruchy a poruchy chování u osob nad 18 let a u osob do 18 let, a to od poslední změny právní úpravy posudkově medicínských kritérií v roce 2012 až do roku 2018. Tab. 3 ukazuje výsledky posuzování stupně závislosti pro všechny poruchy duševní a poruchy chování u osob nad 18 let za období 2012–2018, tab. 4 výsledky posuzování stupně závislosti pro všechny poruchy duševní a poruchy chování u osob do 18 let za období 2012–2018.

V roce 2012 byl posouzen stupeň závislosti u 30 814 osob nad 18 let a u 6 827 osob do 18 let. V roce 2018 byl posouzen stupeň závislosti pro účely příspěvku na péči pro duševní onemocnění u 28 485 osob nad 18 let a u 7 635 osob do 18 let. Počet všech posouzení stupně závislosti (do 18 let a nad 18 let) v roce 2012 činil 37 641 a v roce 2018 to bylo 36 120 posouzení. V roce 2018 bylo provedeno o 7,55 % méně posouzení stupně závislosti osob nad 18 let oproti roku 2012.

I přes nárůst počtu pacientů v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních psychiatrické péče, jak jsme již uváděli výše, nedochází k trvalému nárůstu počtu žádostí o posouzení stupně závislosti pro příspěvek na péči. Důvody, proč nedochází ke zvyšování počtu

Tab. 3. Stupeň závislosti u osob nad 18 let s dg. F00–F99¹⁰

SZ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I. stupeň	6 259	5 833	5 511	5 521	5 406	5 089	5 844
II. stupeň	7 186	6 876	6 453	6 400	6 307	5 875	6 571
III. stupeň	7 143	6 772	6 385	6 169	5 748	5 514	5 972
IV. stupeň	6 772	6 642	6 387	6 535	6 125	6 199	6 971
neuznáno	3 454	3 054	2 837	2 883	2 931	2 816	3 127
Celkem	30 814	29 177	27 573	27 508	26 517	25 493	28 485

Tab. 4. Stupeň závislosti u osob do 18 let s dg. F00–F99¹⁰

SZ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I. stupeň	1 828	1 755	1 685	1 730	1 808	1 706	2 193
II. stupeň	1 687	1 706	1 569	1 795	1 774	1 769	2 072
III. stupeň	1 268	1 251	1 083	1 152	1 091	1 081	1 264
IV. stupeň	890	754	647	659	594	596	638
neuznáno	1 154	1 131	1 132	1 255	1 262	1 250	1 468
Celkem	6 827	6 597	6 116	6 591	6 529	6 402	7 635

Tab. 5. Příloha vyhlášky č. 359/2009 Sb., kapitola V – poruchy duševní a poruchy chování, položka 4,5 a 7

Položka	Druh zdravotního postižení	Míra poklesu pracovní schopnosti v %
4	Afektivní poruchy – poruchy nálady Deprese, manie, hypomanie, cyklotymie, dystymie. Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba zhodnotit charakter a závažnost fází (epizod) poruch nálady, dobu jejich trvání, frekvenci a intervaly mezi jednotlivými fázemi, přítomnost či nepřítomnost tělesných a duševních příznaků.	
4a	minimální postižení, stavy s udržením plné remise a psychosociální adaptace, bez narušení sociálního fungování	5–10
4b	lehké postižení, depresivní epizody, mírné fáze kratšího trvání, hypomanie, lehce snížená úroveň sociálního fungování, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi	15–20
4c	středně těžké postižení, depresivní či manické epizody středně těžké, dostatečně dlouhé remise, značně snížená úroveň sociálního fungování, výkon některých denních aktivit omezen	30–45
4d	těžké postižení, depresivní epizody těžké bez psychotických příznaků, chronické, léčebně rezistentní deprese nebo závažné manie, rychlé cyklování, krátké remise, ultrarychlé změny, opakovaný výskyt depresivních epizod s občasnými hypomanickými nebo manickými epizodami, vedoucími k poskytování ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, výkon většiny denních aktivit podstatně omezen	60
4e	zvláště těžké postižení, depresivní epizoda těžká a chronická nebo závažná manie, často s psychotickými příznaky, nutnost opakovaného poskytování ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, závažné narušení výkonu téměř všech denních aktivit	70–80
5	Poruchy neurotické, vyvolané stresem a psychosomatické poruchy Úzkostné a fobické poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, specifické fobie, smíšené úzkostné-depresivní poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na závažný stres a poruchy přízpusobení, posttraumatická stresová porucha, disociativní porucha, porucha somatoformní, neurastenie. Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba zhodnotit typ, rozsah a tíži psychických příznaků, trvání poruchy stejně jako somatických příznaků, které však nejsou provázeny organickým korelátem. Psychologické vyšetření se využívá k objasnění příčin a motivace obtíží a event. sekundárního zisku.	
5a	minimální funkční postižení, neurotická aktivita, bez postižení základních psychických funkcí a bez poruchy osobnosti	5–10
5b	lehké postižení, narušení sociálních kontaktů a vazeb, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi	15–20
5c	středně těžké funkční postižení, značně snížená úroveň sociálního fungování, výkon některých denních aktivit značně omezen	25–35
5d	těžké postižení, obsedantně-kompulzivní porucha s neschopností kontaktu mimo přirozené sociální prostředí vedoucí k poskytování ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, těžké narušení společenských a pracovních funkcí a výkonu většiny denních aktivit	70
7	Poruchy osobnosti Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba prokázat podstatné narušení pracovního a společenského fungování z důvodu poruchy osobnosti ve více než dvou z následujících oblastí – v poznávání, emotivitě, afektivitě, ovládnání, kontrole impulzů, ve způsobu chování, zvládnání interpersonálních situací a v oblasti vztahů.	
7a	lehké postižení, stavy se zhoršenou sociální adaptabilitou, zvýšenou konfliktností, dysharmonickými postoji a chováním, s narušením vztahů a společenské komunikace nebo osobnosti anomální, akcentované	5–10
7b	středně těžké postižení, stavy s podstatným narušením pracovního a společenského fungování, závažné maladaptivní chování, opakované situační dekompenzace	30–45
7c	těžké postižení, těžce narušen výkon většiny denních aktivit, funkčně významné poruchy osobnosti provázené jiným závažným duševním postižením, těžké narušení adaptability nebo stavy, kdy se psychopatologické projevy blíží jiným závažným duševním poruchám (simplexní schizofrenii, schizotypní poruše), nebo nezvládnutelná primitivní pudová jednání nebo stavy během poskytování ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu za účelem léčení poruchy (např. nebezpečné sexuální deviace), pokud uvedená léčba má trvat nebo trvá déle než jeden rok.	70

posouzení stupně závislosti, a to ani v seniorské skupině, mohou být obdobné jako u invalidity, tedy intenzivnější a modernější terapeutická psychiatrická a psychologická péče, nevyhovující posudkové medicínská kritéria, malá informovanost občanů o možnostech požádat si o příspěvek na péči či statistická chyba.

DISKUSE

Z dostupných statistických dat je zřejmé, že při posuzování osob s duševními poruchami nedochází k nárůstu objemu posudkové činnosti ve sledovaných posudkových kategoriích invalidita a stupeň závislosti. Cíle NAPDZ se

dotýkají změny posudkových kritérií jak u invalidity, tak u příspěvku na péči a průkazu osoby se zdravotním postižením. Stávající posudková kritéria jsou nastavena dle jasně definovaných zásad a principů pro každou uvedenou posudkovou kategorii. V případě nastavení nových kritérií by bylo zapotřebí nalézt a stanovit zásady a principy pravidel pro posuzování duševních onemocnění, což by nebylo možné bez zapojení odborných společností jak psychiatrických, tak psychologických. Současně by takový zásah do stávajícího systému vyvolal potřebu nového posudkového přístupu i u dalších onemocnění a zdravotních postižení. Jak uvádí Opatření 2.1.2., měla by být provedena analýza současného stavu posuzování invalidity do ledna 2021, následné schválení případné právní úpravy do ledna 2025 a publikace metodiky do ledna 2026. U Opatření 2.1.3. by měla být provedena analýza fungování příspěvku na péči ve vztahu k cílové skupině a v případě, že to bude v souladu s výsledkem analýzy, navržena změna právní úpravy a zavedení časového limitu pro administraci příspěvku na péči do ledna 2023.²

Domníváme se, že zjištěné údaje o stagnujícím až snižujícím se počtu posouzení invalidity a stupně závislosti pro duševní onemocnění jsou důvodem k přijetí paradigmatických změn posudkových kritérií a posudkových procesů nastavených před 10 lety.

Jako příklad z posudkové praxe, kde by bylo vhodné přistoupit k aktualizaci posudkových kritérií, lze uvést posuzování osob s neurotickými poruchami a poruchami nálady. Vzhledem k faktu, že středně těžké funkční postižení u poruchy neurotické bylo stanoveno v rozpětí míry poklesu pracovní schopnosti (MPPS) 25 až 35 %, nemožou posudkoví lékaři ani při možném maximálním navýšení MPPS pro komorbiditu o 10 procentních bodů vyslovit výrok, že jde o invaliditu 2. stupně. A skutečně pouze výjimečně je psychiatrem uveden závěr, že se jedná o těžké postižení neurotické poruchy (obsedantně-kompulzivní), které by posudkový lékař mohl uznat jako MPPS o 70 %, tj. invaliditu 3. stupně, jak je patrné z tab. 5.⁶

Pokud psychiatr doporučuje pro svého pacienta 3. stupeň invalidity u neurotické poruchy, a přesto, i přes typickou neurotickou etiologii, zařazuje pacienta do afektivních poruch – poruch nálady, kde je středně těžké postižení hodnoceno v rozpětí 30–45 % MPPS, může posudkový lékař uznat pouze invaliditu 2. stupně, a to i při navýšení MPPS z důvodu komorbidit o 10 procentních bodů. Z důvodu uvedených nesrovnalostí mezi praxí a vyhláškou o posuzování invalidity považujeme aktualizaci posudkových kritérií za velmi vhodnou. Dalším příkladem z posudkové praxe, který považujeme za zřejmě nejproblematictější, je posuzování poruch osobnosti, což je dáno obtížným a nepřesným vymezením posudkové hranice mezi tzv. normalitou a stávajícími posudkovými kritérii. Posudkoví lékaři sice vědí, že při stanovení MPPS u poruch osobnosti musí být prokázáno narušení pracovního a společenského fungování z důvodu poruchy osobnosti ve více než dvou oblastech

z osmi, ale mnohdy se z dostupných psychiatrických zpráv nedozvědí, zda pacient podstoupil sociální či pracovní rehabilitaci a s jakým efektem.

Další cestou ke zkvalitnění posuzování osob s duševní poruchou by mohlo být nastavení požadavků na rozšíření a doplnění vzdělání pracovníků LPS posuzujících osoby s duševním onemocněním. Jak při posuzování zdravotního stavu a míry poklesu pracovní schopnosti v případě invalidity, tak při posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby v případě stupně závislosti by požadavkem pro posuzování osob s duševní poruchou mohlo být kromě „posudkového“ vzdělávání rovněž vzdělání v oboru psychiatrie či klinické psychologie.

Samotné zapojení pracovníků lékařské posudkové služby do probíhající reformy psychiatrické péče by se mohlo také uskutečnit mnohem dříve, a to jejich začleněním do multidisciplinárních týmů CDZ.

ZÁVĚR

Strategický cíl 2 NAPDZ 2020–2030 uvádí dvě opatření, která se dotýkají činnosti lékařské posudkové služby, a to v oblasti posuzování invalidity a stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Z předložených dat o počtu posouzení invalidity a stupně závislosti za delší časové období vyplývá, že nedochází k nárůstu počtu posouzení ani v jedné ze sledovaných kategorií, ačkoliv se zvyšuje počet osob v populaci trpících duševním onemocněním. Příčiny tohoto stavu lze spatřovat jednak ve zlepšení terapeutických výsledků, jednak v nízkém povědomí občanů o možnostech požádat o dávky ze systému sociálního zabezpečení, či v zastaralých posudkových kritériích. Všechny tři faktory mohou z větší či menší části působit společně. Domníváme se však, že nastavení nových paradigmat posudkových kritérií a posudkových procesů by bylo žádoucí a mělo by přinést zkvalitnění posudkové činnosti, která má být především zaměřena na objektivní posudkové medicínské zhodnocení zdravotního stavu žadatele o sociální dávku. Reforma psychiatrické péče si klade za cíl zlepšení celkového fungování osob s psychiatrickou diagnózou a jejich rychlejší zařazení do společnosti. Je zřejmé, že tyto osoby vyžadují speciální přístup, který se bude zakládat na multidisciplinárním posouzení jejich životní situace. Je tak logické, aby jim byla poskytována vedle odborné psychiatrické/psychologické péče také profesionální služba, která by je provedla systémem sociálních dávek. Zařazení pracovníka LPS do multidisciplinárního týmu CDZ považujeme za žádoucí zejména z pohledu posudkového procesu při posuzování invalidity, ale přínosné by bylo i při žádostech klientů CDZ o sociální dávky z nepojistného systému, jako je zmiňovaný příspěvek na péči. Vytvořil by se tak skutečně efektivní a proklientský přístup, který by zvýšil komfort osob, na něž primárně reforma psychiatrické péče cílí.

LITERATURA

1. Čeledová L, Čevela R. Laskavý průvodce po sociálních dávkách. Praha: Karolinum 2019.
2. MZ ČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 Praha: MZ ČR 2020, [on line]. [Citované 7.10.2020]. Dostupné <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>.
3. Strategie reformy psychiatrické péče. Projektový blok Strategické projektové kanceláře Praha: MZ 2020, [on line]. [Citované 7.10.2020]. Dostupné z <http://www.reformapsychiatrie.cz/tag/centra-dusevniho-zdravi/>.
4. Ustanovení § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění účinném k datu sepsání článku.
5. Zvoníková A et al. Základy posuzování invalidity. Praha: Grada Publishing 2010.
6. Kapitola V Přílohy k vyhlášce č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity), ve znění účinném k datu sepsání článku.
7. MPSV ČR. Promítnutí pokroků lékařské vědy do posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity. I. část. Závěrečná zpráva veřejné zakázky MPSV Praha: MPSV 2016, [online]. [Citované 7.10.2020]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/PUBLIKACE_I._nahled.pdf/d27f799c-b03f-5d6f-8e4c-e5ae30ff2129.
8. MPSV ČR. Promítnutí pokroků lékařské vědy do posuzování zdravotního stavu, pracovní schopnosti a invalidity. II. část. Závěrečná zpráva veřejné zakázky MPSV. Praha: MPSV 2016. [on line]. [Citované 7.10.2020]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/PUBLIKACE_II._nahled.pdf/333bc14c-9951-88c1-1374-bf2c4332b7ab.
9. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: MZ 2013, [online]. [Citované 7.10.2020]. Dostupné z http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf.
10. Česká správa sociálního zabezpečení, interní data o počtu posouzení osob s duševním onemocněním. Praha: ČSSZ 2019.
11. Část druhá, Hlava I zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění účinném k datu sepsání článku.
12. Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění účinném k datu sepsání článku.
13. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví Praha: Grada Publishing 2008.



399 Kč, Grada Publishing, 2020,
167 × 240, 218 stran, brožované

Markéta Gerlichová

MUZIKOTERAPIE V PRAXI

2., přepracované a doplněné vydání

Kniha je určena všem zájemcům o obor muzikoterapie, tedy odborníkům i laikům. Kromě samotných muzikoterapeutů využijí poznatky z knihy jak lékaři a zdravotní sestry, tak především fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi i další terapeutické obory. Z oboru školství se mohou knihou inspirovat učitelé hudební výchovy, ale také speciální pedagogové či učitelé ZU a, také ti, kteří řeší se svými žáky obtížné výchovné problémy.

Specialisté z oboru sociální práce mohou poznatky z knihy využít při aktivizaci osob sociálně či zdravotně znevýhodněných. Publikace také může oslovit rodiče při výchově dětí, osoby v těžkých životních situacích či ty, kdo chtějí na svém seberozvoji pracovat právě formou muzikoterapie.

Publikace srozumitelně představuje muzikoterapii z různých úhlů jejího užití v praxi. Jádrem knihy jsou konkrétní příběhy osob, které prošly muzikoterapií z různých důvodů, v nejrůznějším zdravotním stavu a životní situaci.

V jednotlivých kapitolách se dozvíme o využití muzikoterapie ve zdravotnictví (zejména v oblasti neurorehabilitace, dále fyzioterapie, ergoterapie, tréninku kognitivních funkcí, logopedii, ale i v paliativní péči). Další kapitoly jsou věnovány školství, sociální sféře, psychoterapii, péči o osoby se speciálními potřebami i speciální muzikoterapeutické metodě zvané Ikapus.

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 602 139 914, e-mail: objednavky@galen.cz
Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115