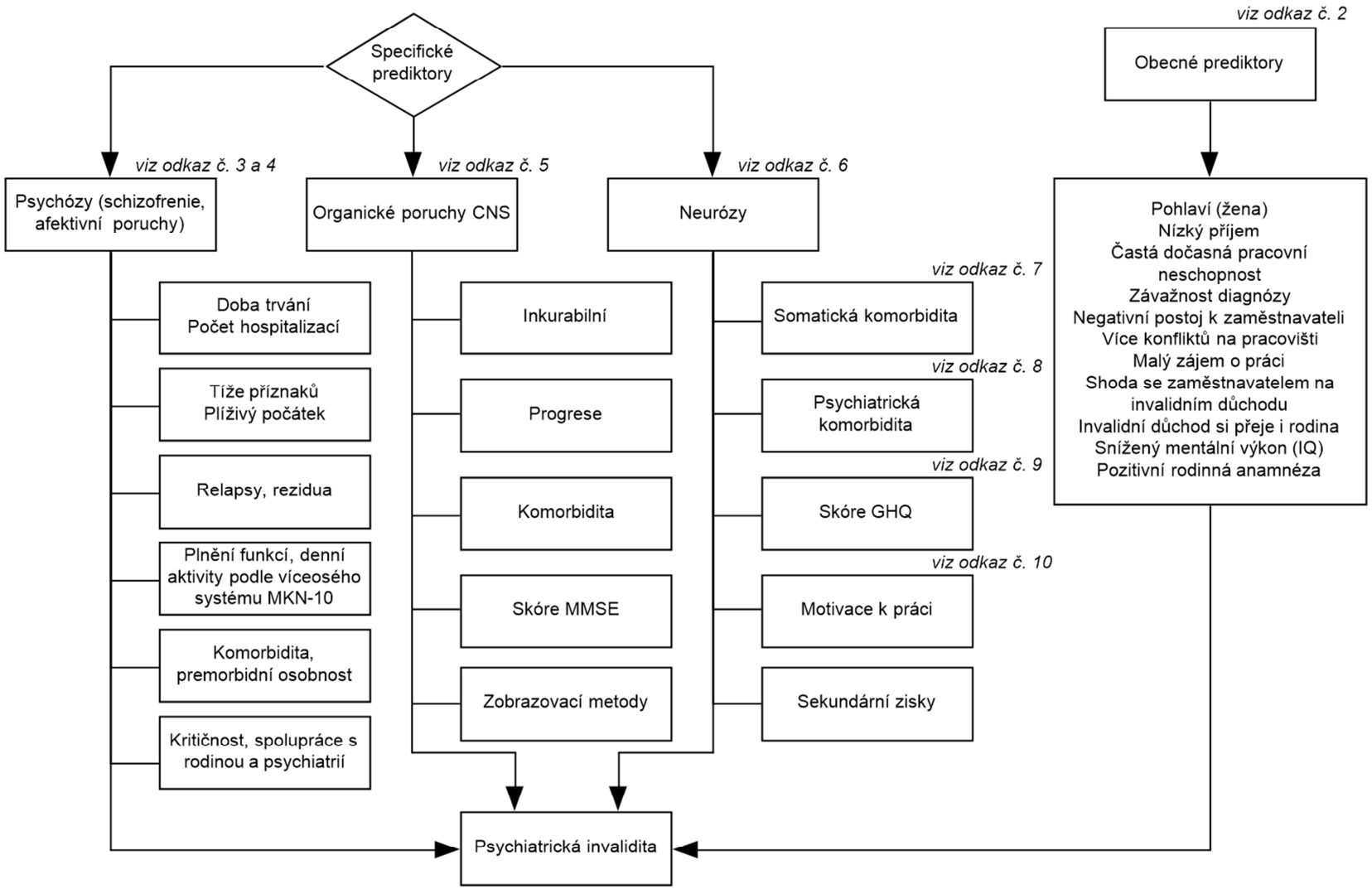
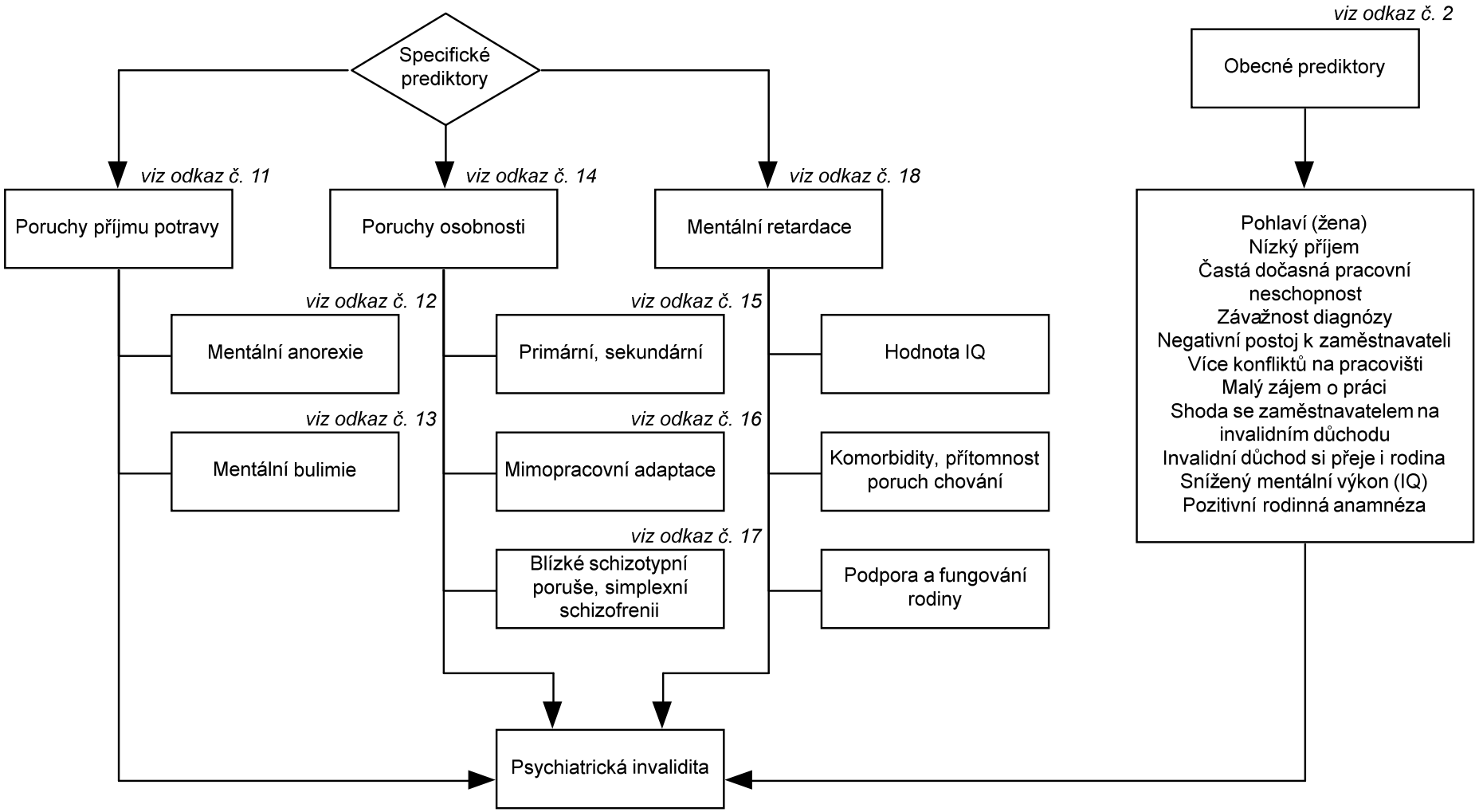
DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Hodnocení psychiatrické invalidity

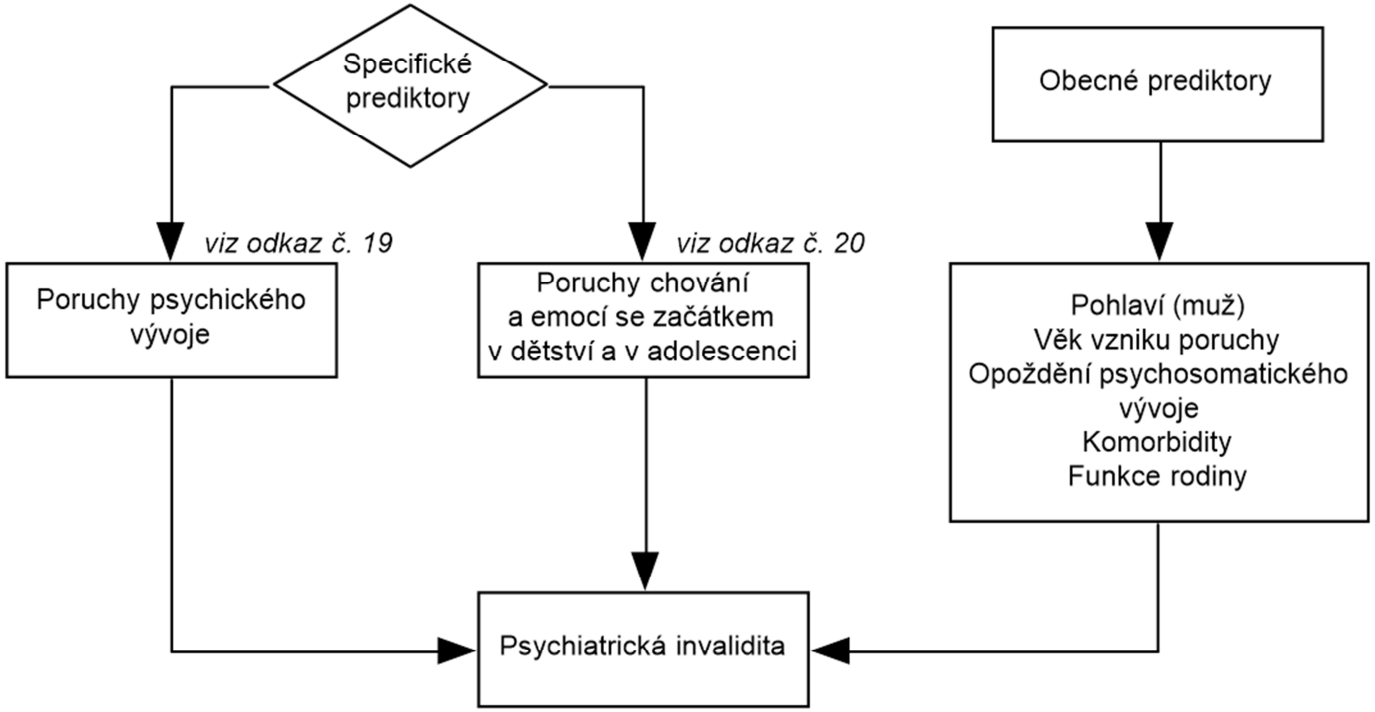
DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Hodnocení psychiatrické invalidity

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Hodnocení psychiatrické invalidity

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Komentář k algoritmu

Hodnocení psychiatrické invalidity (viz. odkaz č.1)

Autoři: Domluvilová Daniela, Lambertová Alena, Zvoníková Alena, Wernerová Julie
Garant: Daniela Domluvilová
Oponent: Ilja Žukov

Odkaz č. 1

Řídíme se základně zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity.
Od roku 2010 byly zavedeny 3 stupně invalidních důchodů:
1. stupeň – pracovní schopnost poklesla nejméně o 35%, nejvíce o 49%
2. stupeň – pracovní schopnost poklesla nejméně o 50%, nejvíce o 69%
3. stupeň – pracovní schopnost poklesla nejméně o 70%
K přiznání invalidity je nutné konstatovat přítomnost dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu=zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové a duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud trvá, nebo potrvá déle než 1rok. Součástí posouzení je zpravidla i psychologické vyšetření, zejména zjištění vlivu poruchy na osobnost a výkon. (1)
Nové paradigma posuzování zdravotního stavu, míry poklesu pracovní schopnosti a invalidity u duševních poruch a poruch chování je uplatňováno od roku 2010 na základě výsledků 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“ řešeného Českou lékařskou společností J.E.Purkyně – možnost uplatnění personalizované posudkové medicíny. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření, bere se v úvahu také schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, schopnost využití zachované pracovní schopnosti. (2)

Odkaz č. 2

Uváděné obecné prediktory psychiatrické invalidity byly zjištěny v prospektivní terénní 21měsíční studii (3). Určovaly se statistickou významností vznik budoucí psychiatrické invalidity. Na vzniku invalidity se nepodílely faktory jako věk, vzdělání, finanční újma, kvalifikační předpoklady anebo postoje posudkových komisí sociálního zabezpečení. Významný vliv hrála diagnóza – podle arbitrární škály stály na jednom pólu (nejzávažnější) organické poruchy mozku, schizofrenie, paranoidní stavy a na druhém pólu stály přechodné situační poruchy, poruchy osobnosti, závislost na psychoaktivních látkách a neurózy (4). Vznik budoucí invalidity předpovídaly větší měrou deskriptory demografické a sociální (finanční příjem, postoje k zaměstnavateli, postoj rodiny, motivace k práci) než klinické (závažnost diagnózy).

Odkaz č. 3

Nemocné s afektivními poruchami zařazujeme v našem schématu mezi vážnější stavy charakteru psychózy v případech, kdy afektivní porucha je charakterizována těžkými

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

psychopatologickými příznaky (psychomotorická retardace, agitovanost, přítomnost bludů v myšlení, atd.). Naproti tomu afektivní poruchy s převahou neurotických příznaků lze posuzovat podle kritérií v oddíle NEURÓZY.

Odkaz č. 4

Horší prognóza, a tím snazší vznik invalidity je u osob, kde psychóza vznikla v mladším věku, je přítomen plíživý rozvoj onemocnění, vyšší výskyt negativních příznaků, větší počet relapsů, přítomnost reziduálních příznaků, delší trvání nemoci, vyšší celková doba všech psychiatrických hospitalizací (5). Prognózu dále zhoršuje přítomnost komorbidit. Mezi psychiatrické komorbidity patří abusus psychoaktivních látek, premorbidní porucha osobnosti a mezi komorbidity somatické metabolický syndrom, obezita, event. nepříznivé vedlejší účinky dlouhodobě užívané medikace. Příznivější vývoj psychózy probíhá u pacientů, kteří mají náhled na onemocnění, v léčbě spolupracují, do léčby je zapojena rodina.

Odkaz č. 5

Organické poruchy mozkové jsou ve většině případů spojeny s vyšším věkem, z tohoto důvodu často zjišťujeme i somatické komorbidity. U většiny organických mozkových poruch (degenerativní, toxické, poúrazové aj.) neznáme kauzální terapii. Využíváme léčbu symptomatickou, důležité jsou kompenzační mechanismy a rehabilitace. Kognitivní poruchy jsou měřitelné psychologickým vyšetřením. Organické změny mozku lze objektivizovat zobrazovacími metodami, které ale ne vždy odpovídají závažnosti psychiatrického nálezu. Přechodné deliriosní stavy jsou signa mali ominis.

Odkaz č. 6

Mezi neurózy řadíme diagnózy F 40 - F44 /dle MKN-10/, somatoformní poruchy, pro potřeby našeho vytvořeného schématu i lehké depresivní epizody, dále behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (poruchy příjmu potravy v naší kapitole však posuzujeme zvlášť).

Odkaz č. 7

Kombinace somatického i psychického onemocnění je v lékařské praxi i v posudkovém lékařství častá. V praxi praktického lékaře ji některé studie nacházejí u 30% návštěvníků ordinace (6). Zdravotní omezení z obou skupin se pak nejen sčítají, ale navíc i vzájemně nepříznivě potencují.

Odkaz č. 8

Psychiatrická komorbidita je poměrně častá, častými komorbidními diagnózami jsou poruchy osobnosti u neurotických poruch, úzkostné poruchy u poruch afektivních (deprese), poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek u všech psychiatrických diagnóz. Komorbidní psychiatrické diagnózy se taktéž vzájemně nepříznivě ovlivňují. (7)
Neurotické poruchy vyvolávají samy o sobě nanejvýš částečnou invaliditu, výjimku tvoří obsedantně-kompulsivní porucha, která je někdy zcela invalidizující. Neurotické poruchy mohou též dovršit invaliditu v kombinaci s jinými psychickými nebo somatickými nemocemi. (8)

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Odkaz č. 9
Dotazník celkového zdraví (GHQ D.P. Goldberga z roku 1972) je screeningový nástroj pro identifikaci potencionálních psychiatrických pacientů, více zaměřený na neurotické symptomy. (9)

Odkaz č. 10
Motivace k práci hraje v posuzování invalidity u duševně nemocných velkou úlohu. Může být snížena příznaky nemoci (nedostatek emocí, kognitivní poruchy), psychickou reakcí na závažnou psychickou poruchu (snížené sebevědomí, nedostatek sebedůvěry), nebo obavami ze selhání či ze styku s lidmi v novém prostředí. Nemáme objektivní měřítka pro její hodnocení. K objasnění její existence může přispět psychologické vyšetření. Přítomny mohou být i sekundární zisky, tedy výhody plynoucí ze statutu nemocného, může se jednat o výhody finanční či sociální (omezení povinností, ohleduplnost okolí apod.).

Odkaz č. 11
Poruchy příjmu potravy jsou závažná multifaktoriálně podmíněná onemocnění, u kterých je obtížné predikovat průběh onemocnění nebo výsledky terapie. V naší zemi jsou většinou invalidizováni pacienti s dlouhodobými nepříznivými, především somatickými následky (osteoporóza, srdeční arytmie, hepatopatie, nefropatie, onemocnění žaludku a jícnu, stomatologické následky, snížení imunity, suprese kostní dřeně apod.) a opakovaným studijním selháním, kteří nikdy nepracovali. K invalidizaci by mělo dojít ale až po vyčerpání všech léčebných možností, včetně hospitalizace na specializovaném pracovišti. Při posuzování invalidity je nejdůležitější zkušenost klinika; testy typu EDE-Q, EDI, EAT 26 apod. slouží spíše k detekci onemocnění než ke kvantifikaci závažnosti. (10)

Odkaz č. 12
Negativní vyústění mentální anorexie predikuje nízké BMI, somatické následky, purgativní forma, osobnostní a interpersonální problémy, rodinné problémy, porucha vnímání vlastního těla, nespokojenost a nízká cílová hmotnost, psychiatrická komorbidita (porucha osobnosti, deprese, úzkostná porucha), přetrvávající touha po nízké hmotnosti, dietní chování, kognitivní dysfunkce, absence náhledu, odmítání změny a léčby. (10)

Odkaz č. 13
Nepříznivý průběh mentální bulimie se objevuje u osobnostních rysů s převahou impulzivity, u abusu návykových látek, premorbidní obezity, neschopnosti abstinence od záchvatů přejídání a zvracení, u touhy po štíhlosti, dietního chování, poruchy vnímání vlastního těla, u deprese, problémů se sociální adaptací, absencí stabilního vztahu, somatické komorbidity, u nedostatečného náhledu a odmítání změny a léčby. (10)

Odkaz č. 14
Porucha osobnosti patří mezi nejproblematičtější kapitoly v psychiatrii. Jednak svou definicí

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

(trvalé, výrazné disharmonické postoje a chování, vyvolávající pocit nepohody, které jsou maladaptivní v oblasti osobních a sociálních situací), jednak obtížným a nepřesným vymezením hranice oproti tzv. normalitě (i kvalifikovaní profesionálové se v diagnostice poruch osobnosti shodnou cca u 50% osob s poruchou osobnosti). Prevalence osob s poruchou osobnosti je cca 10-15%. Zdravotním problémem se jedinci s poruchou osobnosti stávají většinou až tehdy, když vlivem symptomatologie poškozují buď sebe nebo své okolí. (8)

Odkaz č. 15

Primární poruchy osobnosti navazují na disharmonický vývoj osobnosti. Příčiny této poruchy jsou dědičné, vrozené, získané abnormním vývojem v dětství, poškozením mozku v raném věku apod. Mírnější stupně poruchy osobnosti (akcentace osobnostních rysů) jsou posudkově nevýznamné. Sekundární poruchy osobnosti vznikají u dříve intaktní osobnosti po 18. věku života, příčinou jsou přetrvávající změny po psychickém onemocnění (např. schizofrenie), po katastrofické události, po poškození mozku (otravy, drogy, anoxie, úrazy aj.). Sekundární poruchy osobnosti jsou ve valné většině případů považovány za neschopné soustavné práce a invalidní.

Odkaz č. 16

Osobu s poruchou osobnosti se zakořeněným maladaptivním chováním a jednáním i v mimopracovních oblastech, které zásadním a trvalým způsobem narušují její adaptabilitu, považujeme za invalidní. (11)
Hrubě jsou narušeny vztahy postiženého k okolí v celé řadě oblastí sociální komunikace (v práci, v rodině, s přáteli, s úřady, se zákonnými normami apod.).

Odkaz č. 17

Některé poruchy osobnosti se svými projevy blíží jiným psychickým poruchám (schizotypní poruše, simplexní schizofrenii) a odlišit je je možné až při dlouhodobém sledování. V těchto případech budou posudková kritéria mírnější, protože se předpokládá při jejich vzniku větší účast biologických faktorů.

Odkaz č. 18

Prevalence duševních poruch u mentální retardace je 3-4krát častější než v běžné populaci. Postižení při mentální retardaci je trvalé, celoživotní a v podstatě neměnné, farmakologicky lze ovlivnit pouze jednotlivé behaviorální symptomy. Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni jednoduchého pracovního zařazení a sociálního začlenění (pouze při využití specifických výukových přístupů). Středně těžce mentálně retardovaní potřebují trvalou podporu, jsou vychovatelní, nevzdělatelní. Těžce a hluboce mentálně retardovaní jedinci nejsou schopni sociálního zapojení a vyžadují trvalou péči. Hodnota IQ je pouze orientační vodítko, které nevystihuje globálnost poruchy. Důležité je sociokulturní prostředí, ze kterého postižený jedinec pochází. (8)

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Odkaz č. 19

F 80 - F 83 – většina vývojových poruch řeči a jazyka spontánně vyzrává kolem 9. - 10. roku věku. U 80% dětí s poruchami učení dochází při optimálním výukovém režimu k nápravě poruchy. Landauův-Kleffnerův syndrom je ve většině případů provázen epileptickými záchvaty, současně asi u 40% dětí zůstává trvale těžký deficit receptivní řeči, u 30% naopak dojde k úplné úzdravě.
F 84 – všechny poruchy z okruhu pervazivních vývojových poruch představují závažné a trvalé narušení psychického vývoje. 2/3 autistů jsou závažně postiženy do dospělého věku a jsou trvale závislí na péči okolí. Asi 5-20% pacientů s autismem je schopno částečné samostatnosti. Až u 2/3 autistů se vyskytuje současně mentální retardace. Prognóza pervazivních vývojových poruch je nepříznivá, jde o trvalou závažnou poruchu psychického vývoje, kterou je možno dílčím způsobem ovlivnit pouze výchovným působením, vlivem kterého pacienti získávají většinou omezené dovednosti sebeobsluhy a nacvičují jednoduché sociální dovednosti, aniž by jim na emoční úrovni rozuměli. Relativně lepší prognózu mají atypický autismus a Aspergerův syndrom. Škála CARS rozlišuje, zda se jedná o autismus a orientačně určuje závažnost poruchy. Škály ABC nebo ADOS zachycují narušené chování. Mentální úroveň zachytí vývojové škály (např. Gesell). (8)

Odkaz č. 20

F 90 – F 98 – Hyperkinetické poruchy a poruchy chování samy o sobě nejsou důvodem pro invaliditu, i když ztěžují sociální adaptaci a zhoršují možnost pracovního zařazení a uplatnění jedince; závažnější dopad mohou mít jako komorbidita jiné psychiatrické poruchy, které fungování jedince dále zhoršují. Prognóza úzkostných poruch je dobrá, s výjimkou sociálně úzkostné poruchy nepřetrvávají do dospělosti. Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci – prognóza není příznivá, abnormní sociální zapojení přetrvává; většina případů elektivního mutismu je příznivá, prognosticky závažnější jsou poruchy, které přetrvávají po 10. roce věku v rodinách s psychiatrickou hereditou. Tourettův syndrom je celoživotní onemocnění a v případech častých atak s neúplnými remisemi vede k závažnému deficitu v sociálním fungování a výrazně omezuje nebo zcela znemožňuje pracovní uplatnění postižených jedinců. Pacienti s přetrvávající enurézou, enkoprézou a koktavostí jsou znevýhodněni ve společenském a profesním životě, mají ztížené a omezené podmínky pro výběr povolání. (8)

Závěrečný komentář

Psychické poruchy představují větší zatížení společnosti (23,0%) než choroby kardiovaskulární (20,4%) anebo onkologické (13,7%). (1) Některým z duševních onemocnění je v Evropě každý rok zasaženo přibližně 38,2% obyvatel (Wittchen et al., 2011). (12) Možnosti léčby duševních nemocí se zvyšují, v posledních desetiletích došlo k vývoji řady nových psychofarmak, nicméně stále nedokážeme některé formy duševních poruch uspokojivě léčit. Přes veškeré léčebné snahy má psychiatrická porucha u řady nemocných dlouhodobě se zhoršující průběh. Dlouhodobý průběh onemocnění je spojen s vysokou mírou invalidizace. V moderním přístupu v psychiatrii se snažíme u nemocných v rámci léčby nejen dosáhnout vymizení příznaků onemocnění, ale snažíme se především dosáhnout zotavení – recovery. Zotavení představuje začlenění

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

nemocného do běžné společnosti, posílení jeho schopnosti obstát v běžném životě, podporování jeho autonomie. (13) K uplatnění moderní psychiatrické péče nám pomůže i další fáze reformy psychiatrické péče, která byla zahájena v roce 2013 a která si klade za cíl zvýšit kvalitu života nemocných, nezbytné je taktéž posílit spolupráci s rodinou nemocného a jeho dalšími blízkými osobami, zahájit spolupráci pacienta s komunitními službami – zejména s nově budovanými Centry duševního zdraví. (14)

V roce 2015 bylo pacientům s psychiatrickou diagnózou nově přiznáno 2789 invalidních důchodů 1. stupně, invalidních důchodů 2. stupně 849, invalidních důchodů 3. stupně 1629, nejčastější skupiny diagnóz byly F 20 – F 29, F 30 – F 39 a F 70 – F 79. (15)

Správné a spravedlivé posouzení celkového zdravotního a duševního stavu se neobejde bez kvalifikovaného pohledu zkušeného psychiatra a posudkového lékaře a uváděná vodítka a prediktory psychiatrické invalidity mu budou pomocníkem a rádcem při rozhodování o psychiatrické invaliditě. Uvedené schéma není rozhodovací, ale informativní.

Reference

1. Čevela R., Čeledová L., Bělohlávková J.: Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u duševních poruch a poruch chování. Časopis lékařů českých, 2010, roč. 149, č. 1, s. 26-31.
2. Čeledová L., Čevela R., Ornerová A.: Zkušenosti s personalizovanou medicínou při posuzování invalidity u duševních poruch a poruch chování. Časopis lékařů českých, 2013, roč. 152, č. 3, s. 135-138.
3. Baudiš P., Škoda C., Vrbík J. a kol.: Prediktory psychiatrické invalidity. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1981, 360 s.
4. Baudiš P., Škoda C. a kol.: Prediktory psychiatrické invalidity. Čs. psychiatrie, 77, 6, 370-376, 1981.
5. Baudiš P., Probstová V., Pfeiffer J., et al.: Předpověď vývoje psychiatrické invalidity u psychotiků. Vydání 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1991. 82 s.
6. Baudiš P., Mudra M. et al.: Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře. Edice Zprávy sv. 76, Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1986. 100 s.
7. Baudiš P., Dragomirecká E., Holub J.: Komorbidita psychických poruch. I. část: úvod, pojem, problém, literární přehled. Čs. psychiatrie, 98, 4, 197-204, 2002.
8. Raboch J., Baudiš P., Nawka A., Uhlíková P.: Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní neschopnosti ve vztahu ke zdravotním postižením dle Mezinárodní klasifikace nemocí s přihlédnutím k mezinárodní klasifikaci funkčních schopností. Kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování. Závěrečná zpráva projektu MPSV ZVZ 180, Praha, říjen 2008. 83 s.
9. Mudra M., Kožený J., Baudiš P.: Dotazník celkového zdraví. In: Psychiatrický výzkum bezprostředně pro praxi. Ed.: Dytrych Z., Šrám R. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, Edice Zprávy zvláštní číslo, 1987. S. 14-38.
10. Papežová H.: Průběh a vyústění onemocnění poruch příjmu potravy od remise k invalidizaci. In: Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 392-408.
11. Jungbauerová L.: Problematika posuzování duševních chorob v praxi posudkového lékaře podle zákona č. 155/1995 Sb. a vyhlášky č. 359/2009 Sb., v platném znění. Revizní a posudkové lékařství, 2013, roč. 16, č. 3, s. 107-113.
12. Winkler P. et al.: Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013 /cit. 2017-07-13/
13. Kališová L., Raboch J., Nawka A., Černý M.: Kvalita péče o dlouhodobě nemocné umístěné v psychiatrických zařízeních v ČR. Jaké možnosti máme? Čs. psychiatrie, 2013, roč. 109, č. 5, s. 211– 217.
14. Páv M., Kališová L., Hollý M.: Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v České republice a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR. Čs.psychiatrie, 2017, roč. 113, č. 2, s. 51-58.
15. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Psychiatrická péče 2015. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016. 86 s. Zdravotnická statistika.
16. Raboch J., Anders M., Hellerová P., Uhlíková P.: Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Tribun EU 2010, s. 223 – 231.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz