proLékaře.cz | 14.8.2025

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob po cévní mozkové příhodě – kazuistiky

Assessment of State of Health and Capacity for Work in Post-Stroke Patients – Case Reports

Souhrn

Článek seznamuje s novou právní úpravou posuzování zdravotního stavu, míry poklesu pracovní schopnosti a invalidity u stavů po cévních mozkových příhodách (CMP). CMP představují jednu z nejčastějších příčin úmrtí v České republice, ale patří také mezi nejzávažnější invalidizující onemocnění z neurologických příčin. Autoři prostřednictvím kazuistik dokládají rozhodující vliv komplexního detailního popsání závěrů neurologických vyšetření na posudkové zhodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti posuzovaných osob. Současně upozorňují, že nové pojetí posuzování invalidity klade důraz na funkční schopnosti, aktivity a participace.

Abstract

This article describes a new approach to state of health, decline in work capacity and incapacity in post-stroke patients. Stroke is one of the most common causes of death in the Czech Republic, and also one of the most serious neurological illnesses in terms of the individual afflicted. The authors presenting the cases demonstrate that a detailed, comprehensive description of the conclusions of neurological examinations have a decisive influence on the state of health and work capacity of patients assessed. At the same time, they advise awareness that the new incapacity assessment focuses on functional abilities, activity and participation.

L. Čeledová[1], R. Čevela[1], Z. Kalita[2], E. Vaňásková[3]

[1]Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
[2]Neurologické oddělení, Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín
[3]Rehabilitační klinika LF UK a FN Hradec Králové

✉ MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
Odbor posudkové služby
Na Poříčním právu 1
128 00 Praha 2
e-mail: Libuse.Celedova@mpsv.cz

Přijato k recenzi: 27. 5. 2010
Přijato do tisku: 19. 8. 2010

Klíčová slova

cévní mozková příhoda – posuzování zdravotního stavu – pracovní schopnost

Key words

stroke – health state assessment – vocational ability

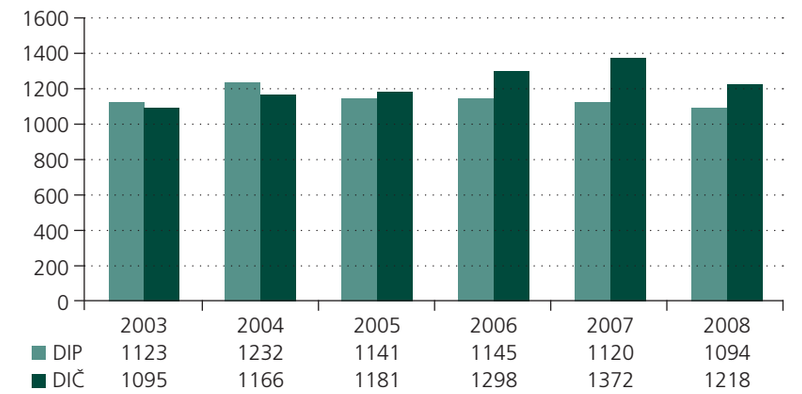
Celedova.indd 728 18.11.2010 10:55:46

proLékaře.cz | 14.8.2025

Úvod

Závěry projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k zdravotním Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a s přihlédnutím k Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví", kterou řešila Česká lékařská společnost J. E. Purkyně v letech 2007–2008, představují odborné lékařské podklady pro hodnocení důsledků zdravotního postižení na pracovní schopnost a invaliditu ve vztahu k pěti nejčastějším skupinám invalidity. Výsledky byly zapracovány do vyhlášky č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a kterou se upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity, s účinností od 1. ledna 2010 (tab. 1) [1,2]. Nemoci nervové soustavy jsou na pátém až šestém místě uznávaných invalidit v letech 2003–2008. Graf 1 ukazuje počet nově přiznaných invalidních důchodů ve skupině VI MKN-10 (nemoci nervové soustavy) v letech 2003–2008.

Další podklady ke kompletaci vyhlášky, tj. zpracování zbývajících kapitol MKN-10, byly získány rovněž díky spolupráci ministerstva práce a sociálních věcí s ČLS J. E. Purkyně. Posuzování procentní míry poklesu pracovní schopnosti vychází z hodnocení zdravotního stavu pojištěnce na základě výsledků funkčních vyšetření a zjištění funkčních dopadů zdravotních postižení na tělesné, smyslové a duševní schopnosti [3]. Přitom se bere v úvahu schopnost využívat dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti, vykonávat předchozí výdělečné činnosti, schopnost rekvalifikace, posouzení stabilizace zdravotního stavu, adaptace na zdravotní postižení, schopnosti využívat zachovanou pracovní schopnost a popř. posouzení schopnosti pracovat za mimořádných podmínek [4]. Posuzování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti (invalidity) se do konce roku 2009 opíralo o přílohu č. 2 vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se prováděl zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů; plná a částečná invalidita byla definována zákonem o důchodovém pojištění (§ 39 zákona č. 155/1995 Sb.). Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, přinesl změnu v oblasti invalidních důchodů a nově vymezil invaliditu ve třech stupních dle § 39 odst. 2 zákona č. 306/2008 Sb., který nabyl účinnosti od 1. ledna 2010. Cílem práce je seznámit odborníky zabývající se diagnostikou a léčbou cerebrovaskulárních onemocnění s hledisky posudkové činnosti v souvislosti s legislativními změnami, poukázat na nedostatky, které při hodnocení závažnosti postižení vznikají.



DIP: důchod invalidní plný, DIČ: důchod invalidní částečný

Graf 1. Počet nově přiznaných invalidních důchodů ve skupině VI. MKN-10 (nemoci nervové soustavy) v letech 2003–2008.

Tab. 1. Příloha vyhlášky č. 359/2009 Sb. – Kapitola VI – Postižení nervové soustavy – cévní postižení.

Položka	Druh zdravotního postižení	Míra poklesu pracovní schopnosti v %
1	**Cévní postižení mozku a míchy, dětská mozková obrna** Posudkové hledisko: při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je nutno zhodnotit rozsah a tíži poruchy motorické, senzorické, řečové a kognitivní. Kognitivní deficit se výrazně projevuje zejména po opakovaných cévních mozkových příhodách	
1a	minimální funkční postižení, nevýznamné oslabení funkce s jemnou ztrátou speciálních dovedností, zachována schopnost vykonávat denní aktivity	10
1b	lehké funkční postižení, lehká motorická, senzorická, řečová nebo kognitivní dysfunkce, některé denní aktivity vykonávány s obtížemi nebo je možno je vykonávat s využitím kompenzačních mechanizmů a prostředků	20–35
1c	středně těžké funkční postižení, středně těžká motorická, senzorická, řečová nebo kognitivní dysfunkce, některé denní aktivity omezeny	40–60
1d	těžké funkční postižení, těžká motorická, senzorická, řečová a kognitivní dysfunkce, většina denních aktivit omezena	70–80

Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (CMP), oba jejich hlavní typy – ischemický a hemoragický, jsou nejen druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice, ale patří také mezi nejzávažnější invalidizující onemocnění z neurologických příčin. Hlavním typem je ischemická CMP (mozkový infarkt), která se vyskytuje v 80 % ze všech CMP. Její příčina je nejčastěji aterotrombotická (kolem 40 %) nebo kardioembolická (30 %). Dalším subtypem ischemické CMP jsou lakunární infarkty, které jsou zpravidla výsledkem postižení malých

Celedova.indd 729 18.11.2010 10:55:46

proLékaře.cz | 14.8.2025

mozkových tepének, vyskytují se ve 20 %. U části nemocných se příčinu mozkového infarktu nepodaří prokázat (tzv. kryptogenní ikty) nebo jsou korelátem známého onemocnění či stavu (disekce tepny, srpková anémie, trombofilní stavy aj.), případně je příčina hemodynamická. Nejčastější hemoragickou CMP je závažná intracerebrální hemoragie (15 %), zbývajících 5 % jsou subarachnoidální hemoragie, které postihují zpravidla mladší jedince. Příčinou tohoto krvácení do subarachnoidálních prostor, případně komor je zejména ruptura vrozené výdutě (aneuryzmatu) intrakraniální tepny. Jde o stav velmi závažný s vysokým procentem úmrtnosti a i úspěšně klinicky bezproblémově vyřešené stavy po neodkladném vyřazení zdroje krvácení z mozkového oběhu zanechávají následky v různém stupni postižení kognitivních funkcí [5].

Od přelomu století se zvyšuje incidence mozkových infarktů v zemích Evropské unie každoročně o 1–1,5 %, jde o pandemii, a i když se mozkové infarkty vyskytují nejčastěji u seniorů, je tento nepříznivý trend způsoben nejen stárnutím populací, ale stále častějším výskytem tohoto akutního závažného onemocnění v produktivním věku. U žen starších 45 let a u obou pohlaví nad 60 let jsou CMP nejčastější příčinou invalidizace z neurologických příčin [6,7]. Zatímco incidence v Evropě se podle epidemiologických studií uvádí v průměru 150 na 100 tisíc obyvatel, v České republice je incidence minimálně dvojnásobná [5].

Přestože je již dostupná specifická léčba mozkového infarktu – trombolýza, nebo jiné rekanalizační metody a stále se zlepšuje primární a sekundární prevence CMP, velké procento takto nemocných se dostává do nemocnice pozdě a výsledným klinickým stavem je různá míra a kombinace postižení (porucha motoriky s parézou centrálního typu, poruchy mentální a gnostické, zhoršená komunikace, léze hlavových nervů, poruchy autonomních funkcí, rovněž porucha rovnováhy a změna kvality čití). To vše ovlivňuje pracovní schopnost nemocného po CMP.

V následné fázi po CMP je nemocný často postižen psychickým dyskomfortem, zejména depresí, poruchami spánku, je možný rozvoj vaskulární demence, větší vnímavosti k infekcím, zejména močovým cest apod. Významnými komplikacemi jsou epileptické záchvaty a rozvoj spasticity [8]. Rovněž tyto následné stavy sekundárně negativně ovlivňují jak prognózu po překonání CMP, tak i kvalitu života.

Ministerstvo zdravotnictví ČR v částce 2 Věstníku vydalo 1. března 2010 Kritéria péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním, metodický pokyn v částce 8 Věstníku 7. července 2010. Je vymezena trojúrovňová síť pracovišť s cílem zajistit kvalitní terapii akutní, včetně časné terapie multidisciplinární. Dobře organizovaná péče je schopna snížit mortalitu CMP, zkrátit dobu hospitalizace, kvalitní rehabilitace pak může zvýšit počet plně soběstačných nemocných a možných návratů do domácí péče. Z hlediska participace to znamená šanci na návrat do původní kvality života, možnost pacientů po CMP žít doma, u některých návrat i do práce. Přesto až 1/3 s těžkým postižením bude potřebovat dlouhodobou soustavnou péči.

K hodnocení funkčního stavu nemocného postiženého CMP neurologie užívá řadu testů. Pro jednoduchou orientaci poslouží modifikovaná Rankinovu škála, případně index Barthelové. V přesnějšímu hodnocení disability je nezbytné sledovat rovněž funkce psychické a sociální adaptabilitu. Test Functional independence measure vyvinutý institucemi American academy of physical medicine a American congress of rehabilitation medicine současně hodnotí schopnosti lokomoce a aktivity denního života spolu s funkcemi kognitivními (schopnost komunikace, sociální aspekty). Je proto ucelenější a citlivější, s vyšší vypovídací hodnotou.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2001 vydala novou Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví MKF (International classification of functioning, disability and health, ICF). Cílem bylo poskytnutí jednotného, standardizovaného popisu zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují. Jde o hodnocení s využitím v klinické praxi, statistice, výzkumu, sociální politice a vzdělávání. Domény jsou popsány z hlediska těla, individua a společenských perspektiv, členěno ve dvou základních seznamech:

1. Tělesné funkce a struktury.
2. Aktivity a participace.

Oproti klasifikaci MKN tato funkční klasifikace nehodnotí nemoc, ale hodnotí zdraví. Jde o koncepci pozitivní, jež sleduje nikoli to, co jedinec s omezením nedokáže, ale naopak co dokáže, byť za cenu použití pomůcek, úpravy okolí, změny pracovního zařazení [9–11].

Posudková hlediska

S vývojem medicíny vzniká nová problematika jedinců, kteří přežijí své onemocnění, ale za cenu zhoršení kvality života, ztráty soběstačnosti, snížení pracovního potenciálu, omezení v sociálním začlenění. Negativní dopad této situace se pak může projevit ve všech oblastech a sociálních rolích jedince – v rodině, sociálních vztazích, pracovním zařazení atd. Uvedené důsledky vyžadují komplexnější pojetí zdravotní péče. Zahrnuje nejen prevenci, diagnostiku a léčbu, ale také rehabilitaci a reintegraci jedince s cílem zkvalitnění jeho běžného i pracovního života. Pro posouzení participace je nutno komplexně hodnotit poruchu motorickou, senzorickou, řečovou a kognitivní složku. Zlepšení stavu v akutní fázi onemocnění CMP lze vysvětlit obnovou cirkulace v reverzibilně postižené části ložiska a vymizením edému okolní nervové tkáně. Léze určuje jednoznačně základní postižení organizmu, úkolem další terapie je pozitivně ovlivnit nápravu útlumových funkčních změn v okolí trvale poškozené mozkové tkáně, využít neuronální plasticity a zabránit rozvoji a fixaci změn sekundárních. Pokud je přítomna dostatečná funkční rezerva utlumených neuronů, bude se konečný stav blížit normě. Další změny mohou pokračovat v následujících měsících. Jde o reedukaci funkcí a nácvik využití pomůcek. V naprosté většině je však reziduální stav po proběhlé CMP trvalý, pokud dochází k recidivám, postupně se zhoršuje. Pracovní schopnost je do znační míry závislá na tom, jak je zachovaná lokomoce a zda je postižena dominantní či nedominantní hemisféra. Při vzniku hlubšího kognitivního deficitu jsou velmi často pacienti závislí na rodině, někdy jsou odkázáni na pobyt v léčebnách nebo stacionářích. Jen malá část nemocných se může vrátit ke svému zaměstnání, nemnoho postižených však může zastávat jiná, méně náročná zaměstnání [12].

Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se vychází z podrobného neurologického nálezu, poruch jednotlivých funkčních systémů a struktur, rozsahu a tíže motorických, senzitivních, kognitivních poruch, poruch vyjadřování, poruch smyslů, poruch inervace močo-

Celedova.indd 730 18.11.2010 10:55:46

proLékaře.cz | 14.8.2025

Tab. 2. Stupně invalidity – ust. § 39 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Invalidita	Pokles pracovní schopnosti
1. stupeň	nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %
2. stupeň	nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %
3. stupeň	nejméně o 70 %

vého měchýře a konečníku. Management CMP v doporučení European stroke organisation (ESO) doporučuje v rehabilitaci poruch pokračovat během prvního roku po propuštění [13]. Rovněž při hodnocení by sledované období, rozhodné pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla jeden rok. Míra poklesu pracovní schopnosti u nemocí nervové soustavy se stanoví podle rozsahu, stupně a lokalizace zdravotního postižení, dopadu postižení na duševní a fyzickou výkonnost, funkci pohybového a nosného systému a na schopnost zvládat denní aktivity [2].

Invalidita

Nemoc sama o sobě je vždy sociální událost. Důsledky nemoci nebo léčby ale mohou vést k trvalému poškození zdraví a ve svém dopadu k další sociální události – ke ztrátě zaměstnání, případně nutnosti změny zaměstnání. Tato sociální událost může být mimo jiné řešena přiznáním invalidity, tedy medicínsko-právním přiznáním snížené schopnosti pracovat. Invalidita je definována jako dlouhodobé významné poškození zdraví, funkce organizmu, které vede ke snížené schopnosti pracovat a může vést až ke snížení společenského uplatnění. Kritéria invalidity jsou nastavena zákonem a každá země má svá vlastní kritéria, podle kterých jsou občané posuzováni. Podle § 39 odst. 2 zákona č. 306/2008 Sb., s účinností od 1. 1. 2010 jsou vymezeny tři stupně invalidity (tab. 2).

Invalidita jako posudkově-medicínská kategorie systému důchodového pojištění je kategorií vícerozměrnou, neboť obsahuje zdravotní, pracovní, sociální, právní a ekonomické skutečnosti. Základní a výchozí příčinou invalidity je vždy zdravotní postižení, které musí mít charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav má trvat déle než jeden rok; může trvat i řadu let nebo jít i o stav trvalý. Nepříznivost se musí projevovat podstatným snížením až výpadkem fyzických, duševních nebo smyslových schopností, nezbytných pro práci/výdělečnou činnost, tj. nepříznivým dopadem na psychosenzomotorický potenciál pojištěnce. Nepříznivost se může také promítat do omezené schopnosti/neschopnosti využívat tzv. kvalifikační potenciál, tj. dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti získané výkonem různých výdělečných činností/zaměstnání či neschopností pokračovat v dosavadní výdělečné činnosti. Pracovní aspekty invalidity se projevují v nepříznivém dopadu na pracovní potenciál (fyzický a kvalifikační), tj. v poklesu schopnosti vykonávat soustavnou výdělečnou činnost až úplnou neschopností pracovat, v potřebě zvýšené ochrany na trhu práce nebo ve schopnosti pracovat jen za zcela mimořádných podmínek. Prakticky to znamená schopnost pracovat v podstatně menším rozsahu nebo intenzitě, vykonávat práci s podstatně nižšími nároky na duševní, fyzické nebo smyslové schopnosti nebo s podstatně nižšími nároky na kvalifikaci, popř. až neschopností soustavně pracovat. Závažným důsledkem podstatného poklesu pracovní schopnosti až neschopnosti pracovat je podstatný pokles až výpadek příjmů ze soustavné výdělečné činnosti oproti době před vznikem invalidity. Sociálním aspektem invalidity je kompenzace poklesu pracovní schopnosti/ztráty pracovní schopnosti, a tím podmíněného poklesu nebo ztráty příjmů invalidním důchodem. Invalidita není kategorií statickou, ale dynamickou; v konkrétním případě může dojít i ke změně stupně invalidity – zvýšení nebo snížení stupně invalidity nebo i k jejímu zániku. Protože jde o vícerozměrnou kategorii, v rámci invalidity se může v časové ose měnit zdravotní stav, pracovní schopnost, kvalifikace i rozsah a charakter pracovního zapojení pojištěnce. Nejvíce ovlivnitelný je zdravotní stav v důsledku pokroků lékařské vědy (uzdravení, zlepšení nebo stabilizace zdravotního stavu) a tzv. rehabilitační a kvalifikační potenciál, tedy schopnosti, které lze záměrně rozvíjet či zlepšit rehabilitací, reedukací, rekvalifikací, adaptací, nácvikem nových pracovních a sociálních dovedností apod.

Kazuistika 1

Posudkový závěr

Posuzovaná žena, nar. 1952, se základním vzděláním, pracovala vždy jako dělnice (na montážní lince, pomocná kuchařka, v posledních letech jako uklízečka), a to do roku 2006. Z osobní anamnézy měla v roce 2000 operaci karpálního tunelu vlevo s dobrým výsledkem. Od roku 2004 byla léčena pro diabetes mellitus (DM) II. typu perorálními antidiabetiky, který byl dobře kompenzován, v roce 2006 známky počínající diabetické neuropatie na dolních končetinách, arteriální hypertenze (AH) I.–II. stupně kompenzovaná při zavedené terapii. V červnu 2006 prodělala CMP se středně těžkou levostrannou centrální hemiparézou, levostrannou homonymní hemianopií a centrální parézou n. VII. Po hospitalizaci na neurologickém oddělení (v délce jednoho měsíce) měla následnou lůžkovou léčbu s rehabilitací až do října 2006. Stav podmínil od června 2006 dočasnou pracovní neschopnost v délce devíti měsíců (až do uznání částečné invalidity). Počátkem roku 2007 se podle odborných lékařských nálezů jednalo již jen o frustní centrální levostrannou hemiparézu (svalová síla levostranných končetin byla dobrá, stupně 4 až 4+, jemná motorika levé ruky rovněž svalová síla na stupni 4, chůze v normě, stoj bez titubace, na paty a špičky se postavila), frustní centrální paréza n. VII a přetrvávající levostranná homonymní hemianopie (perimetr – OP výpadek zorného pole nazálně 60–235 stupně, OL temporálně 65–225 stupně). Nebyly referovány poruchy řeči, orientace či poruchy intelektu a duševních funkcí. Subjektivně trpěla stavy nevýkonnosti, zvýšené unavitelnosti s občasnými anxiózně depresivními rozladami. V roce 2007 si požádala o invalidní důchod a v březnu 2007 byla lékařem OSSZ uznána částečně invalidní podle § 44 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v plném znění.

Lékař OSSZ stanovil jako rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zdravotní postižení dle vyhlášky č. 284/1995 Sb., v pl. zn., přílohy č. 2 kapitoly VI, oddílu A, položky 13, písm. b, stav po CMP se středně těžkou funkční poruchou a podle ust. § 6 odst. 3 citované vyhlášky stanovil míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 40 % (pro příslušné zdravotní postižení se v citované položce uvádí míra poklesu schopnosti

Celedova.indd 731 18.11.2010 10:55:47

proLékaře.cz | 14.8.2025

soustavné výdělečné činnosti v rozmezí 30–50 %), z důvodu značného snížení fyzické výkonnosti posuzované a omezení zorného pole. Další zdravotní postižení posuzované jako DM a AH (které byly v té době dobře kompenzované, bez významných funkčních poruch) neměly dle lékaře OSSZ dopad na výdělečnou schopnost ve smyslu § 6 odst. 4; nešlo ani o situaci dle § 6 odst. 5 citované vyhlášky (tj. posudkově nevýznamný dopad na „kvalifikační potenciál", ani o dlouhodobě příznivou stabilizaci zdravotního stavu). Při kontrolní lékařské prohlídce v březnu 2010 lékař OSSZ hodnotil zdravotní stav posuzované jako dlouhodobě příznivě stabilizovaný, rezidua po CMP se omezovala jen na přetrvávající levostrannou homonymní hemianopii, DM a hypertenze kompenzovány, bez vývoje, kardiálně kompenzovaná, bez poruch orientace, intelektu či chování, plná pohyblivost a soběstačnost, od roku 2009 začala znovu pracovat jako uklízečka v mateřské škole (kde pracuje do současnosti), domácnost zvládá. Zároveň lékař OSSZ konstatoval, že uznání invalidity v roce 2007 je nutno z dnešního pohledu považovat za posudkový omyl, neboť v době uznání částečné invalidity se nejednalo o středně těžké funkční postižení, které by podstatně omezovalo duševní, tělesné nebo smyslové schopnosti, ale o postižení funkčně lehké, s podstatně menším poklesem schopnosti soustavné výdělečné činnosti (správně měl být zdravotní stav a výdělečná schopnost posouzeny dle vyhlášky č. 284/1995 Sb., v pl. zn., přílohy č. 2, kapitoly VI, oddílu A, položky 13, písm. a, s poklesem schopnosti soustavné výdělečné činnosti 20 %). Při posouzení zdravotního stavu v březnu 2010 lékař OSSZ konstatoval, že rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je nyní dle ust. § 2 odst. 1 vyhlášky č. 359/2009 Sb., stav po CMP s minimálním funkčním postižením a poklesem pracovní schopnosti dle přílohy citované vyhlášky, kapitoly VII, položky 1a 10 %, přičemž omezení perimetru ji při výkonu práce uklízečky omezuje jen minimálně a ostatní zdravotní postižení (DM a hypertenze) nemají dopad na pracovní schopnost posuzované. Proto posuzovaná není již invalidní dle § 39 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., v pl. zn. Je schopna soustavné výdělečné činnosti v plném rozsahu, ve zdravotně přiměřeném dělnickém zaměstnání.

Kazuistika 2

Posudkový závěr

Posuzovaný, nar. 1974, programátor, absolvent SPŠ strojní s maturitou, vždy pracoval jako programátor, od roku 2000 od konce roku 2004 jako OSVČ – programátor. V lednu 2005 prodělal náhlou CMP s postižením jemné motoriky pravé horní končetiny (ataxie, intenční tremor, adiadochokinéza, snížení svalové síly), slabostí pravé dolní končetiny (lehká hypotonie vpravo s lehkou ataxií). Po měsíční hospitalizaci na neurologickém oddělení probíhala asi tři měsíce ambulantní rehabilitace. Od ledna 2005 nepracoval, nemocenské dávky neměl, protože se jako OSVČ nemocensky nepojistil. Proto si již v březnu 2005 pacient požádal o invalidní důchod. V dubnu 2005 lékař OSSZ zjistil, že po zdravotní stránce přetrvává zhoršení jemné motoriky pravé ruky, snížení svalové síly (stupeň 3+ až 4), pro třes nemůže psát, písmo neupravené, špatně čitelné, třes se zhoršuje při stresu. Je neobratný při manipulaci s malými předměty, lehčí předměty cca 1 kg uchopí, udrží a přenese. Pravá horní končetina (PHK) ve výdrži kolísá, stoj bez opory s kolísáním, chůze nejistá, pomalejší, s vadným stereotypem, musí využívat oporu o vycházkovou hůl, kratší vycházky s občasným zastavením. V péči o vlastní osobu byl soběstačný, měl problémy s holením, zapínáním knoflíků, zipů, porcováním jídla na talíři, krájením (je pravák), hůře se soustřeďuje. Funkční neurologická porucha a porucha výkonnosti byly posouzeny jako těžké; dříve prodělaná operace tříselné kýly a zhojená zlomenina levého hlezna nebyly posudkově významné. Zdravotní stav nebyl považován v té době za dostatečně stabilizovaný, aby byl posuzovaný schopen soustavné výdělečné činnosti. Proto byl uznán plně invalidním dle § 39 odst. 1 písmeno a, zákona č. 155/1995 Sb., v pl. zn. Lékař OSSZ stanovil jako rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zdravotní postižení dle vyhlášky č. 284/1995 Sb., v pl. zn., přílohy č. 2 kapitoly VI, oddílu A, položky 13, písm. c, stav po CMP s těžkou poruchou a podle ust. § 6 odst. 3 citované vyhlášky stanovil míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti na 70 % (pro příslušné zdravotní postižení se v citované položce uvádí míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v rozmezí 60–70 %). Při kontrolní lékařské prohlídce v dubnu 2008 byl uznán i nadále plně invalidním. V té době vykazoval již dobré přecvičení na levou ruku, pravou rukou psaní jen v minimálním rozsahu (podpis, krátká věta), nadále menší obratnost pravé ruky, problémy s jemnou motorikou a velmi malými předměty, silnější intenční třes pravé ruky zejména po zátěži, jinak si na mírný třes ruky celkem přivykl. PHK „šetří", zlepšila se chůze (chůze schopen již v dostatečném dosahu i v nerovném terénu a bez opory), duševní výkonnost bez omezení, smysly bez poruch, neschopen větší fyzické zátěže, po zátěži slabost v PDK. V lednu 2008 začal opět pracovat jako programátor, OSVČ, pracoval převážně doma, asi 2 až 3 hodiny denně. Po prodělání CMP přestal sportovat (kopaná, jízda na kole), nyní jen rekreační plavání, rodinný život a péče o děti nečinily problémy.

V červnu 2010 lékař OSSZ zjistil, že zdravotní stav posuzovaného se od roku 2008 nezměnil; pracuje jako programátor OSVČ v plném rozsahu, v práci si vyhoví, zatěžuje více levou horní končetinu (LHK), při práci častěji odpočívá, řídí osobní auto. Lékař OSSZ konstatoval, že v roce 2005 při stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nebylo využito postupu dle ust. § 6 odst. 5 vyhlášky č. 284/1995 Sb., v pl. zn. tj. posudkově méně významného dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na „kvalifikační potenciál a schopnost jeho využití", a uznání plné invalidity považoval z dnešního pohledu za nadhodnocené. Další trvání plné invalidity po kontrolní lékařské prohlídce v roce 2008 hodnotil lékař OSSZ jako posudkový omyl, neboť z funkčního hlediska šlo nanejvýše o středně těžkou funkční poruchu. Posuzovaný již pracoval (v menším rozsahu), získal potřebné dovednosti levé ruky a tím prokazoval i adaptaci na zdravotní postižení a určitý stupeň příznivé stabilizace jeho zdravotního stavu. Lékař OSSZ posoudil jako rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dle ust. § 2 odst. 1 vyhlášky č. 359/2009 Sb., uvedené v příloze vyhlášky, kapitole VII, položce 1b, stav po CMP s lehkým funkčním postižením (kdy citovaná položka uvádí míru poklesu pracovní schopnosti 20–35 %). S využitím postupu dle § 4 odst. 2 citované vyhlášky (tj. prokázáním adaptace na zdravotní postižení) byla míra poklesu pracovní schopnosti uvedená v citované položce snížena o 10 % a výsledná míra poklesu pracovní schopnosti posuzovaného stanovena na 10 %. Proto posuzovaný nebyl lé-

Celedova.indd 732 18.11.2010 10:55:47

proLékaře.cz | 14.8.2025

kařem OSSZ uznán nadále invalidním dle § 39 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb. Posuzovaný je schopen soustavné výdělečné činnosti v plném rozsahu a s využitím získané kvalifikace. Neschopen těžší fyzické práce, ale její výkon se u posuzovaného se středoškolskou kvalifikací a profesí programátora nepředpokládá.

Diskuze

Nový způsob posuzování stavů po CMP dle vyhlášky č. 359/2009 Sb., umožní posoudit užitečný profil funkčních schopností jedince, jeho zdravotní postižení a pokles jeho pracovní schopnosti cíleně. Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti u nemocí nervové soustavy vychází z podrobného neurologického nálezu, poruch jednotlivých funkčních systémů a struktur, rozsahu a tíže motorických, senzitivních, kognitivních poruch, poruch vyjadřování, poruch smyslů, poruch inervace močového měchýře a konečníku. Při hodnocení by sledované období, rozhodné pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla jeden rok. Míra poklesu pracovní schopnosti u nemocí nervové soustavy se stanoví podle rozsahu, stupně a lokalizace zdravotního postižení, dopadu postižení na duševní a fyzickou výkonnost, funkci pohybového a nosného systému a na schopnost zvládat denní aktivity. Za významný aspekt považujeme funkční hodnocení neurologických onemocnění. Závažnost postižení má dopad na rozsah funkční zdatnosti nemocného. Jeho zapojení do života (participace) pak může být omezena. Je-li příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce více zdravotních postižení, jednotlivé hodnoty procentní míry poklesu pracovní schopnosti stanovené pro jednotlivá zdravotní postižení se nesčítají. V tomto případě se určí, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a procentní míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení se zřetelem k závažnosti vlivu ostatních zdravotních postižení na pokles pracovní schopnosti pojištěnce. Za rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se považuje takové zdravotní postižení, které má nejvýznamnější dopad na pokles pracovní schopnosti pojištěnce.

Závěr

Posuzování invalidity je komplexní proces založený na odborném lékařském posouzení, který vychází z hodnocení zdravotního stavu pojištěnce na základě výsledků lékařských vyšetření a zjištění funkčních dopadů zdravotních postižení na tělesné, smyslové a duševní schopnosti a pracovní schopnost. V lékařských neurologických zprávách by proto měla být popsána funkční postižení, sekundární komplikace, následky léčby, lékařská vyšetření dokládající remisi, relaps či progresi onemocnění a naznačena perspektiva onemocnění. Posudek orgánu lékařské posudkové služby musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby a musí odpovídat posudkovým kritériím zakotveným v právních předpisech. Protože orgán lékařské posudkové služby hodnotí všechny lékařské nálezy v jejich souvislostech a přihlíží i k výsledkům vlastního vyšetření, nemůže být vázán pouze jednotlivým nálezem odborného lékaře či jeho případnými závěry o neschopnosti výkonu soustavného zaměstnání či dokonce o invaliditě. Uvedený způsob posuzování, nejen nemocí nervové soustavy, umožní posoudit užitečný profil funkčních schopností jedince, jeho zdravotní postižení a cíleně kompenzovat pokles jeho pracovní schopnosti.

Literatura

1. Čevela R, Čeledová L, Bělohlávková J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných. Čas Lék Čes 2009; 148(11): 552–556.

2. Vyhláška 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. [online] Dostupné z URL: http://www.mpsv.cz/cs/7888.

3. Čevela R, Čeledová L, Bělohlávková J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onemocnění pohybového systému. Čas Lék Čes 2009; 148(12): 597–601.

4. Čevela R, Čeledová L, Bělohlávková J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u duševních poruch a poruch chování. Čas Lék Čes 2010; 149(1): 26–31

5. Kalita Z. Epidemiologie cévních mozkových příhod. In: Kalita Z et al (eds). Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management. Praha: Maxdorf 2006: 16–35.

6. Acute ischemic stroke. Datamonitor report march 2001; Eusi report 2003: 1–47.

7. Kalita Z. Žena a iktus. Cesk Slov Neurol N 2008; 71/104(2): 148–155.

8. Kalita Z. Následné stavy po akutní ischemické cévní mozkové příhodě. In: Kalita Z et al (eds). Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management Praha: Maxdorf 2006: 516–542.

9. WHO. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (překlad z originálu International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Praha: Grada Publishing 2008.

10. Švestková O, Angerová Y, Sládková P. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) – kvantitativní měření kapacity a výkonu. Cesk Slov Neurol N 2009; 72/105(6): 580–586.

11. Vaňásková E. Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody. 1st ed. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2004.

12. Keller O, Rusina R, Zárubová J. Kapitola VI. Nemoci nervové soustavy Závěrečné zprávy projektu výzkumu MPSV ČR HR163/07 „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. Praha: MPSV 2008.

13. ESO Guidelines for Management of Ischaemic Stroke Update 2009. [online] Dostupné z URL: http://www.eso-stroke.org/recommendations.

Celedova.indd 733 18.11.2010 10:55:47