

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Hypertenze jako příčina dočasné pracovní neschopnosti a její invalidizující důsledky

bakalářská práce

Autor práce: Olga Dvořáková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory
Vedoucí práce: Martin Šimák, JUDr. Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Jednou z nejčastějších nemocí oběhového aparátu je hypertenze. Svoji vysokou prevalencí v dospělé populaci představuje závažný zdravotní, ale i sociální problém. Neléčená hypertenze vede k závažným orgánovým komplikacím, které zcela zásadně ovlivňují kvalitu života nemocného. Avšak dříve než se hypertenze začne léčit, měla by předcházet prevence. Preventivní opatření můžeme rozdělit na primární a sekundární. Mezi preventivní opatření primární řadíme zanechání kouření, snížení tělesné hmotnosti, dostatečnou fyzickou aktivitu, redukci soli v potravě, omezení příjmu alkoholu. Také je důležitá úprava stravování, kde by mělo převažovat jídlo bohaté na ovoce a zeleninu a omezení celkového příjmu tuků. Dále mezi prevencí můžeme zařadit tzv. duševní hygienu – meditaci, která by měla minimalizovat stresové zatížení a úzkost a zvýšit celkovou tělesnou odolnost. K sekundární prevenci řadíme časně odhalení nemocných s již existující hypertenzí. Lze toho dosáhnout pravidelným měřením krevního tlaku při každé návštěvě ordinace lékaře. Prevencí by se snížily náklady na léčbu jak pacientovi, tak státu, a to zejména v případě komplikací hypertenze a hospitalizace v nemocnici. Zavedením léčebných postupů spolu s prevencí došlo k zásadnímu zlepšení v prognóze nemocných s hypertenzí. Čím účinnější je léčba a čím dříve je započatá, tím více se oddaluje vznik komplikací a prodlužuje se plnohodnotná fáze života. Léčba by měla být zahájena monoterapií (jedním lékem). Volba léku závisí na věku pacienta, přidružených onemocněních a jiné jeho medikaci. V případě minimálního účinku monoterapie se kombinuje více léků v nízkých dávkách, ale přitom, aby bylo dosaženo co nejlepšího antihypertenzního efektu a zároveň se minimalizoval dopad nežádoucích nebo vedlejších účinků léků. Léčba je účinnější, pokud se pacientovi situace dobře vysvětlí, pokud se používají léky, které se dávkuje pouze jedenkrát denně. Účinek léčby by měl kontrolovat i sám pacient, a to pravidelným měřením krevního tlaku v domácím prostředí. Nesmíme zapomenat, že léčba hypertenze je dlouhodobá a u naprosté většiny hypertoniků ji nelze přerušit vůbec. Akutní zhoršení hypertenze nebo komplikace jsou častou příčinou dočasné pracovní

neschopnosti. Po dobu dočasné pracovní neschopnosti by se měl zlepšit zdravotní stav a mělo by dojít k jeho vyléčení nebo stabilizaci, aby se člověk mohl vrátit zpět do původního zaměstnání. Pokud nedojde k vyléčení nebo stabilizaci zdravotního stavu a tento stav trvá alespoň jeden rok, jako další přichází v úvahu invalidita. V našem pojetí je invalidita chápána nejen jako omezení pracovní schopnosti způsobující ztrátu na výdělku a možnosti ekonomické činnosti, ale často jsou v ní obsaženy i jiné aspekty jako jsou zdravotní, sociální, pracovně-právní. Do 31. 12. 2009 byla invalidita rozdělena na plnou a částečnou (plné a částečné invalidní důchody). Od 1. 1. 2010 se upustilo od dělení na plnou a částečnou invaliditu a nahradila jej tzv. třístupňová invalidita (invalidní důchod). Také byla zrušena zákonnými normami medicínská kategorie „schopnost soustavné výdělečné činnosti“ a vytvořena nová kategorie „pracovní schopnost“. V nové právní úpravě rovněž došlo od 1. 1. 2010 ke změně, která upouští od institutu tzv. „fyzické invalidity“, kdy je pojištěnec plně invalidní jen za zcela mimořádných podmínek a částečně invalidní, jestliže mu značně ztěžuje zdravotní stav obecné životní podmínky. Tím je posuzování invalidity i podstatně více zaměřeno na zhodnocení zachované pracovní schopnosti, stabilizaci zdravotního stavu, adaptace posuzované osoby na její zdravotní postižení a schopnost rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti než vykonával doposud.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký je podíl hypertenze a jejích komplikací na dočasné pracovní neschopnosti a následné dlouhodobé míře poklesu pracovní schopnosti v letech 2007 - 2011. Byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza, počet případů dočasné pracovní neschopnosti má v důsledku hypertenze a jejích komplikací narůstající tendenci a druhá hypotéza, počet případů posouzené invalidity v důsledku hypertenze a jejích komplikací narůstá. K získání potřebných informací jsem použila kvantitativní výzkum. V rámci tohoto kvantitativního výzkumu jsem zvolila metodu sekundární a obsahové analýzy dat dokumentů, které se týkají posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociálního zabezpečení. První základní soubor tvořili pojištěnci, kterým byla vystavena dočasná pracovní neschopnost v letech 2007 – 2011 v okrese České Budějovice. Druhý základní soubor tvořily osoby, kterým byla přiznána invalidita v letech 2007 - 2011 v okrese České Budějovice. Výběr respondentů byl

účelový dle diagnóz. Po rozboru a srovnání dat se první hypotéza nepotvrdila, protože pojištěnci mající dočasnou pracovní neschopnost z důvodu hypertenze a jejích komplikací v roce 2007 - 2011 neměla narůstající tendenci. Rovněž se nepotvrdila ani druhá hypotéza, kdy jsem zjistila, že počet případů posouzené invalidity v důsledku hypertenze a jejích komplikací nenarůstá.

Jako návrh dalšího postupu by bylo zajímavé zaměřit se na věk, pohlaví, vzdělání a profesi pojištěnců a také zda je skutečně důvodem podání žádosti o invalidní důchod zdravotní stav žadatele nebo jejich socioekonomická situace.

Klíčová slova: dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, dočasná pracovní neschopnost, hypertenze, invalidita, soustavná výdělečná činnost

Abstract

One of the most common diseases of the circulatory system is hypertension. Its high prevalence in the adult population represents a serious health but also a social problem. Untreated hypertension leads to serious organ complications which fundamentally affect the quality of life of the patient. However, before hypertension starts to be treated, prevention should precede. Preventive measures can be divided into primary and secondary. Among the primary preventive measures belong stop smoking, weight reduction, sufficient physical activity, salt reduction in food, reduction of alcohol intake. It is also important to modify eating, where meals rich in fruits and vegetables should prevail, and reduce total intake of fat. In addition, among types of prevention we can put the so-called mental health – meditation which should minimize the stress load and anxiety and increase overall body resistance. To the secondary prevention, early revelations of patients with already existing hypertension are added. This can be achieved by regular measurement of blood pressure at each visit at the doctor's. Prevention would lower the cost of treatment for both, the patient and the state, especially in the case of complications of hypertension and hospitalization. The introduction of treatments together with the prevention led to the significant improvement in the prognosis of patients with hypertension. The more effective the treatment is, and the sooner it is started, the emergence of complications are more delayed and prolongs the full phase of life. Treatment should be initiated as monotherapy (one medication). The choice of medication depends on the patient's age, associated diseases and the other medication. In case of minimum effect of monotherapy more medications at low doses are combined, as well to achieve the best antihypertensive effect and also to minimize the impact of undesirable or side effects of medications. The treatment is more effective if the situation is well explained to the patient and if medications are used once a day. The effect of treatment should be also checked by the patient, and by regular measurement of blood pressure at home. We must not forget that treatment of hypertension is long-term and for the vast majority of hypertensive patients can not be interrupted at all. Acute worsening of hypertension or

complications are a common cause of temporary inability to work. During a period of temporary inability to work state of health should improve and it should lead to its cure or stabilization, in order to be allowed to return to original employment. If there is no cure or stabilization of the state of health and this state lasts for at least one year, disability can be taken into consideration. In our concept of disability, it is perceived not only as a restriction of ability to work causing loss of earnings and the possibility of economic activities, but other aspects such as health, social, labor-legal are also often included. Until 31. 12. 2009 disability was divided into full and partial (full and partial disability pensions). From 1. 1. 2010, dividing into the full and partial disability was abandoned and it was replaced with the three degrees of disability (disability pension). The medical category "ability to perform permanent gainful employment " was also abolished by legal norms and a new category of "ability to work " was created. In the new legislation, occurred on 1. 1. 2010, also a change took place that abandons the institute of "physical disability" when the insured person is totally disabled only under exceptional circumstances and partly disabled, if his/her health state makes general living conditions more difficult. With this fact, the assessment of disability is much more focused on the evaluation of the preserved ability to work, stabilization of state of health, adaptation of the assessed person to his/her disability and ability of retraining for a different kind of gainful employment than he/she performed up to now.

The aim of my bachelor's thesis was to determine what proportion of hypertension and its complications on temporary disability and long-term follow-up rate of decline in ability to work in 2007 - 2011. Two hypotheses were set. The first hypothesis - the number of cases of temporary inability to work due to hypertension and its complications has an increasing tendency and the second hypothesis – the number of cases of assessed disability due to hypertension and its complications is increasing. In order to obtain the necessary information I used a quantitative research. Within this quantitative research, I chose the method of secondary and content analysis of data of documents relating to the assessment of the health status of citizens for social security purposes. The first basic group consisted of policyholders who were exposed to temporary inability to work in 2007 - 2011 in the district of České Budějovice. The

second group consisted of people who were granted with disability in 2007 - 2011 in the district of České Budějovice. The selection of respondents was purpose-built according to diagnoses. After the analysis and comparison of data, the first hypothesis was not confirmed because the insured people having a temporary inability to work due to hypertension and its complications in 2007 - 2011 did not have an increasing tendency. Also, the second hypothesis was not confirmed by when I found out that the number of cases of assessed disability due to hypertension and its complications is not increasing. As the proposal of further procedure, it would be interesting to focus on age, sex, education and career of the insured people and also whether the reason for submitting a request for a disability pension is actually state of health of the applicant or their socio-economic situation.

Key words: disability, hypertension, long-term adverse state of health, permanent gainful employment, temporary inability to work,

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma vypracovala samostatně pouze s použitím parametrů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na obhajování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Olga Dvořáková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce JUDr. Martinu Šimákovi, Ph.D. za podporu a odbornou pomoc při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také MUDr. Peterovi Kuricovi, lékaři lékařské posudkové služby ČSSZ pracoviště České Budějovice a MUDr. Janu Kolafovi, lékaři lékařské posudkové služby OSSZ České Budějovice za jejich odborné rady a inspiraci a rovněž zaměstnancům OSSZ České Budějovice za jejich obětavou pomoc.

Obsah

ÚVOD.....	12
1. HYPERTENZE, PRACOVNÍ NESCHOPNOST, INVALIDITA.....	14
1.1 Hypertenze	14
1.1.1 Definice hypertenze	14
1.1.2 Historie	14
1.1.3 Klasifikace hypertenze.....	15
1.1.4 Etiologie a patogeneze.....	16
1.1.5 Komplikace hypertenze	16
1.1.6 Léčba a prevence	17
1.2 Pracovní neschopnost	20
1.2.1 Definice pracovní neschopnosti.....	20
1.2.2 Vznik a ukončení dočasné pracovní neschopnosti	20
1.2.3 Posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení	22
1.3 Invalidita	23
1.3.1 Definice pojmu invalidita	23
1.3.2 Posuzování zdravotního stavu do 31. 12. 2009	24
1.3.2.1 Plný invalidní důchod	25
1.3.2.2 Částečný invalidní důchod.....	25
1.3.3 Posuzování zdravotního stavu od 1. 1. 2010	26
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	29
2.1 Cíl práce.....	29
2.2 Hypotézy.....	29
3 METODIKA.....	30
3.1 Použitá metodika	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30

4 VÝSLEDKY	32
4.1 Interpretace výsledků.....	32
5 DISKUZE	46
6 ZÁVĚR	52
7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	55
8 PŘÍLOHY	59

ÚVOD

Jedno z nejčastěji se vyskytujících onemocnění na světě je arteriální hypertenze neboli zvýšený krevní tlak. Ve vyspělých státech postihuje okolo 25 - 30 % dospělé populace. Hypertenze a její komplikace významně ovlivňuje nemocnost a úmrtnost lidí. Její nebezpečí spočívá v tom, že její začátek probíhá bez příznaků. Většinou se člověk dozví o hypertenzi až ve chvíli, kdy jej postihne některá z komplikací – infarkt myokardu, cévní mozková příhoda či příznaky srdečního selhání. V případě, že hypertenze není dobře korigovaná anebo se objeví její komplikace, vystavuje se „Potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti“. V rámci této dočasné pracovní neschopnosti se lékaři snaží o její korekci jednak nefarmakologickou a jednak farmakologickou léčbou. Pokud u hypertenze a jejích komplikací je prokázána porucha funkce jednotlivých orgánů (srdce, cévy, ledviny) a tento stav trvá alespoň jeden rok, se musí „posudkově řešit“. To znamená, že je potřeba vyhodnotit už i v průběhu dočasné pracovní neschopnosti, zda takto nemocný člověk je schopen práce, anebo mu bude přiznaná invalidita (invalidní důchod).

Ve své práci jsem se zaměřila na hypertenzi jako příčiny dočasné pracovní neschopnosti a její invalidizující důsledky.

Při posuzování dočasné pracovní neschopnosti do 31. 12. 2008 byla v platnosti vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení. Od 1. 1. 2009 se posuzuje dočasná pracovní neschopnost podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který upravuje nemocenské pojištění pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství, mateřství a ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj a organizaci a provádění pojištění.

Dále v mé práci charakterizuji invaliditu podle právních norem, které byly platné do 31. 12. 2009 (zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění). Od 1. 1. 2010 byl výše uvedený zákon novelizován zákonem č. 306/2008 Sb. Tímto zákonem byly právně zakotveny zásadní změny ve vymezení invalidity. Od dřívějšího dělení na plnou

a částečnou invaliditu, plné a částečné invalidní důchody, se upustilo a nahradila ho tzv. třístupňová invalidita a invalidní důchod.

Dočasná pracovní neschopnost i invalidita mají dopad jak na samotného posuzovaného člověka, na jeho rodinu, tak i na celou společnost. Jedná se hlavně o ekonomickou stránku, ale také sociální a psychickou, která má za následek izolaci člověka od okolního světa.

1. HYPERTENZE, PRACOVNÍ NESCHOPNOST, INVALIDITA

1.1 Hypertenze

1.1.1 Definice hypertenze

Krevní tlak (TK) je síla krve, která tlačí proti cévním stěnám (3). Podle kritérií Světové zdravotnické organizace z roku 1999 se považuje za arteriální hypertenzi opakující se zvýšení systolického krevního tlaku na 140 a více mm Hg nebo diastolického krevního tlaku na 90 a více mm Hg. Tyto hodnoty je potřeba naměřit ve dvou ze třech měření krevního tlaku. Diagnostická a léčebná pozornost, kromě systolicko-diastolické hypertenze, se věnuje i tzv. izolované systolické hypertenzi u starších osob, kde je charakteristický systolický tlak 140 mm Hg a více a diastolický tlak menší než 90 mm Hg (29).

O hypertenzní krizi hovoříme, pokud je systolický tlak krve 180 mm Hg a vyšší, nebo diastolický krevní tlak 110 mm Hg a vyšší (13).

1.1.2 Historie

Poprvé bylo provedeno měření krevního tlaku v roce 1733 biologem a fyziologem Stephanem Halesem na ležícím koni v krční tepně, kde zavedl měděnou trubičku, která byla spojena s dlouhou skleněnou trubicí, a zjistil, že krev vystoupila do výše téměř 2 metrů. Tímto činem položil základy měření krevního tlaku (26).

Další vývoj měření TK pokračoval velmi pomalu. Teprve o 163 let později došlo k měření krevního tlaku u lidí. Nafukovatelnou gumovou manžetu, která umožňuje uzávěr pažní tepny, vyvinul v roce 1896 Riva-Rocci, který tak změřil poprvé palpační systolický krevní tlak. V roce 1901 zvětšil šíři manžety z původních 5 na 14 cm Von Recklinghausen (26).

V roce 1905 popsal Nikolaj Sergejevič Korotkov tzv. Korotkovovy ozvy, a tak se mohl zjišťovat nejen systolický, ale i diastolický krevní tlak. Od této doby zůstávala

polovinu století hypertenze neléčitelnou nemocí končící cévní mozkovou příhodou, srdečním nebo ledvinným selháním (26).

1.1.3 Klasifikace hypertenze

Z etiopatogenetického hlediska rozeznáváme primární (esenciální) a sekundární hypertenzi. Primární hypertenzi trpí 90 – 95 % hypertoniků. Podle vývojových stádií rozeznáváme hypertenzi: stádium I. – prosté zvýšení TK, stádium II. – orgánové změny, stádium III. – hypertenzi s těžšími orgánovými změnami, které provázejí selhávání jejich funkcí, nebo přidružená manifestní kardiovaskulární a renální onemocnění (11).

Evropská společnost pro hypertenzi (ESH) a Evropská kardiologická společnost (ESC) kategorizuje hypertenzi takto:

- optimální tlak krve – pod 120 mm Hg (systolický tlak) a pod 80 mm Hg (diastolický tlak)
- normální tlak krve – 120 - 129 mm Hg (systolický tlak) a 80 - 84 mm Hg (diastolický tlak)
- vysoký normální tlak – 130 - 139 mm Hg (systolický tlak) a 85 - 89 mm Hg (diastolický tlak)
- hypertenze I. stupně - mírná – 140 - 159 mm Hg (systolický tlak) a 90 - 99 mm Hg (diastolický tlak)
- hypertenze II. stupně - středně závažná – 160 - 179 mm Hg (systolický tlak) a 100 - 109 mm Hg (diastolický tlak)
- hypertenze III. stupně - hypertenze těžká – nad 180 mm Hg (systolický tlak) a nad 110 mm Hg (diastolický tlak)
- izolovaná systolická hypertenze – 140 a výše mm Hg (systolický tlak) a pod 90 mm Hg (diastolický tlak) (29).

1.1.4 Etiologie a patogeneze

Esenciální neboli primární hypertenze je charakterizovaná jako hypertenze bez známé organické příčiny, (neznáme vyvolávající příčinu), a vede ke zvýšení rizika srdečních, mozkových a ledvinných komplikací. I když sekundární hypertenze tvoří méně než 5 % hypertenzi, musíme jí v diagnostice vyloučit pro možnosti specifické léčby. Esenciální hypertenze je multifaktoriální onemocnění, kde je výše krevního tlaku určovaná interakcí tří základních mechanismů: genetických faktorů, vlivu zevního prostředí a aktivity endogenních regulačních mechanismů (29). Na vzniku se podílí také věk, socioekonomický status a pohlaví (24).

Sekundární hypertenze je hypertenze s identifikovatelnou příčinou. Lze ji rozdělit: hypertenze vyvolaná podáváním léků, hypertenze v těhotenství, orgánové choroby (29).

Hypertenze představuje hlavní rizikový faktor cévních mozkových příhod, který se zvyšuje až 4x. Z hlediska etiopatogeneze rozeznáváme: trombotické cévní mozkové příhody vedoucí ke vzniku mozkového infarktu, embolické cévní mozkové příhody, intrakraniální krvácení, které může být typu mozkového, nebo subarachnoidálního krvácení (29).

1.1.5 Komplikace hypertenze

Arteriální hypertenze urychluje rozvoj aterosklerotických plátů v cévách zejména v srdečních a mozkových, což je jeden z hlavních faktorů způsobujících komplikace hypertenze. Tento vztah dokládají dvě zásadní skutečnosti: cévní mozkové příhody jsou velmi vzácné u osob, jejichž krevní tlak je 120/80 mm Hg nebo nižší, léčení hypertenze snižuje frekvenci mozkových příhod o více než 50 %. Aby vznikly komplikace, je důležité, jaká je výše krevního tlaku, a zda na nemocného působí i další rizikové faktory, jejichž přítomnost výrazně zvyšuje pravděpodobnost jejich rozvoje. Dlouhodobé zvýšení TK má za následek vznik hypertrofie levé komory srdeční. Kromě hypertenze se na hypertrofii také podílí genetický faktor, pohlaví a úroveň

sympatoadrenergního systému, přívod soli, alkohol a tělesný habitus. Jak se podílí jednotlivé faktory na hypertrofii levé komory srdeční je v současnosti předmětem intenzivního studia. Klinickými důsledky hypertenze a hypertrofie levé komory jsou němá ischemie, srdeční selhání, komorové arytmie a náhlá srdeční smrt. Jak už jsem výše zmínila, hypertenze představuje hlavní rizikový faktor také cévních mozkových příhod. Nejen že hypertenze způsobuje poškození mozkových cév, ale způsobuje i chronické poškození mozku označované jako hypertenzní encefalopatie, která je charakterizovaná různými příznaky, např. těžké bolesti hlavy, nauzea, zvracení, křeče až kóma. Neléčená nebo déle trvající hypertenze bez rozdílu etiologie vede též k poškození ledvin. Nejdříve jde o hemodynamické a později o morfologické změny ledvin různé závažnosti. Klesá jejich funkce a zvyšuje se riziko terminálního selhání. V porovnání s ostatními orgánovými komplikacemi při farmakologické léčbě mírné a střední hypertenze je terminální selhání nízké, ale na druhou stranu, při vysoké frekvenci hypertenze v populaci, je příčinou velkého výskytu terminálního selhání ledvin (23).

1.1.6 Léčba a prevence

Účelem léčby hypertenze je snížit hodnoty TK, snížit výskyt hypertenzních komplikací, zlepšit morbiditu, ale také mortalitu. Léčbou se nesnažíme jen snížit krevní tlak, ale také dosáhnout jeho normalizace, tj. snížení pod 140/90 mm Hg, a to jak u systolicko-diastolické hypertenze, tak u izolované systolické hypertenze u starších osob. Léčba dále významně snižuje výskyt a úmrtnost na mozkové cévní příhody, brání vzniku hypertrofie srdeční a při její přítomnosti může vést k její regresi. Snižuje významné riziko srdečního selhání, brání progresi hypertenze, snižuje výskyt očních komplikací, brání rozvoji nefrosklerózy, brání vzniku disekujícího aneurysmatu (28).

Léčbu hypertenze můžeme rozdělit na nefarmakologickou a farmakologickou. Nefarmakologická léčba zahrnuje: zanechání kouření, což významně sníží kardiovaskulární rizika, snížení tělesné hmotnosti s následnou stabilizací váhy u osob s nadváhou a obezitou dosažení BMI 18,5 - 24,9, dostatečná fyzická aktivita – aerobní

fyzická zátěž, rychlá chůze 30 - 45 minut denně 3 - 4x týdně. Dále redukce příjmu soli - omezení příjmu NaCl pod 5 g/24 hod., redukce příjmu alkoholu na 20 - 30 g denně u mužů a na 10 - 20 g denně u žen (29). Důležitým faktorem, který ovlivňuje krevní tlak je nadměrný přívod sodíku a nedostatečný přívod draslíku a magnézia (32). Tato léčba zahrnuje také úpravu stravovacích návyků - jídlo bohaté na ovoce a zeleninu, mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku, redukce nasycených mastných kyselin a celkových tuků (29).

Dalším ze způsobů nefarmakologické léčby může být i meditace trvající 20 minut denně, která mimořádně napomáhá duševnímu zdraví a minimalizuje stresové zatížení. Meditace jako technika vede ke snížení úzkosti a stresu a může přinášet důležité biologické výsledky, které zvyšují tělesnou odolnost (17).

Studii bylo také zjištěno, že čokoláda zabraňuje vzniku kardiovaskulárních onemocnění a ovlivňuje výši krevního tlaku, a proto je doporučovaná přiměřená konzumace co nejkvalitnější čokolády s co nejvyšším obsahem kakaa - podle publikovaných studií cca 50 g/týdně (22).

Farmakologickou léčbu zahajujeme monoterapií. Volba léku závisí na věku pacienta, přidružených onemocněních a jiné jeho medikaci. Léčba by měla být zahájena jedním lékem, nebo kombinací dvou léků v nízké dávce, aby bylo dosaženo co nejlepšího antihypertenzního efektu, ale aby se zároveň minimalizoval dopad nežádoucích nebo vedlejších účinků léku. Podle způsobu, jakým antihypertenziva působí na organismus, se tyto léky dělí na následující skupiny:

- diuretika – snižují krevní tlak snížením plazmatického volumu a srdečního výdeje,
- betablokátory – přesný mechanismus jejich antihypertenzního účinku není dosud znám, jejich klinický účinek je však dobře doložen. Spolu s diuretiky jsou nejčastěji užívanými léky v léčbě hypertenze,
- ACE inhibitory – jsou lékem volby u nemocných, kde je hypertenze doprovázena chronickým srdečním selháním,

- blokátory kalciových kanálů – tyto léky působí dilataci periferního krevního řečiště a tím snižují krevní tlak,
- látky blokující alfa receptory – tato skupina léků snižuje krevní tlak prostřednictvím snížení cévní rezistence bez ovlivnění srdeční frekvence a srdečního výdeje,
- látky blokující imidazolinové receptory – jejich účinkem je pokles sympatické aktivity,
- léky s přímým vazodilatačním účinkem – způsobují přímou vazodilataci, avšak nepatří ke standardním antihypertenzivům (29).

V současnosti je nezbytné považovat ACE inhibitory, blokátory kalciového kanálu, diuretika a betablokátory za léky první volby vhodné pro monoterapii i kombinační léčbu arteriální hypertenze (27). Je také prokázáno, že léčba je účinnější, pokud se situace pacientovi dobře vysvětlí a používají se léky pouze jedenkrát denně. Pacient by se měl naučit měřit a kontrolovat krevní tlak doma (15). V dnešní době se zkoumá koncept katetrizační renální denervace jako metody léčby rezistentní hypertenze (30).

Léčba hypertenze je vždy dlouhodobá a u naprosté většiny hypertoniků ji nelze přerušit vůbec. Prevenci proti hypertenzi lze rozdělit na primární a sekundární. Primární prevenci lze ztotožnit se standardy nefarmakologické léčby. Sekundární prevence spočívá v časném odhalení nemocných s existující hypertenzí (cca 1/3 pacientů o ní neví). Lze toho dosáhnout pravidelným měřením tlaku krve při každé návštěvě ordinace lékaře (30).

1.2 Pracovní neschopnost

1.2.1 Definice pracovní neschopnosti

Definici dočasné pracovní neschopnosti (DPN) právní úprava, která byla platná do konce roku 2009, (vyhláška č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení), neobsahovala. Novou právní úpravou, zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění teprve byla dána definice (14). Dočasnou pracovní neschopností se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo pro jiné v zákoně uvedeném důvodu neumožňuje pojištěnci: - vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní i jinou než dosavadní pojištěnou činnost, - plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě, nebo trvá-li DPN po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání. Za DPN se nepovažuje ošetřování pojištěnce: - v nočním sanatoriu, - v době detoxikace po požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek s výjimkou případů, kdy pojištěnec požil tyto látky bez vlastního zavinění, - při poskytování zdravotní péče v osobním zájmu z kosmetických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěnce. DPN pojištěnce, který vykonává několik pojištěných činností, posuzuje ošetřující lékař pro každou pojištěnou činnost samostatně. Pokud pojištěnci po ukončení DPN vznikne v následujícím kalendářních dní další DPN, považuje se tato DPN za pokračování předcházející DPN, to však neplatí, jestliže tato DPN byla uznána k jiné pojištěné činnosti (8).

1.2.2 Vznik a ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Vznik DPN: ošetřující lékař rozhodne o vzniku DPN pojištěnce:

- jestliže vyšetřením zjistí, že jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik

DPN v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,

- který byl přijat do ústavní péče v nemocnici, nebo odborném léčebném ústavu, nebo kterému byla na základě veřejného zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lázeňská péče,
- který byl uznán invalidním v I. nebo II. stupni, pokud u tohoto pojištěnce v den, který bezprostředně následuje po dni, jímž byla ukončena DPN, nastala, nebo trvá jiná porucha zdraví, než která byla důvodem uznání DPN, anebo nastaly, nebo trvají jiné důvody, které by odůvodňovaly uznání DPN, a tato porucha, nebo tyto důvody neumožňují pojištěnci vykonávat pojištěnou činnost (8).

Ukončení DPN: ošetřující lékař rozhodne o ukončení DPN pojištěnce:

- jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději 3 kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření,
- pokud ošetřující lékař ukončí DPN pozdějším než 3. kalendářním dnem následujícím po tomto vyšetření, má se za to, že DPN skončila tímto 3. kalendářním dnem,
- jestliže uplynulo alespoň 180 dnů trvání DPN a vyšetřením zjistí, že zdravotní stav je stabilizovaný a je předpoklad, že pojištěnec již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a to 30. kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření,
- při ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče, 30. dnem ode dne následujícího po dni, v němž byl pojištěnec posudkem OSSZ uznán invalidním (8).

1.2.3 Posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení

Do 31. 12. 2008 byla v platnosti vyhláška MPSV ČR č. 31/1993 Sb. o posuzování DPN pro účely sociálního zabezpečení (4).

Od 1. 1. 2009 se posuzuje pracovní neschopnost podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který upravuje nemocenské pojištění pro případ DPN, nařízené karantény, těhotenství, mateřství a ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj a organizaci a provádění pojištění. Prováděním pojištění se rozumí též posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění (8).

Podle této právní úpravy má pojištěnec nárok na nemocenské dávky, pokud trvá DPN, nebo kterému byla nařízená karanténa déle než 14 kalendářních dnů. V období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2013 je delší než 21 kalendářních dnů. U nemocenského pojištění podpůrní doba začíná 15. kalendářním dnem trvání DPN nebo karantény a trvá nejdéle 380 kalendářních dnů od vzniku DPN. V období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2013 začíná 22. kalendářním dnem trvání DPN. Po jejím uplynutí může pojištěnec pokračovat v DPN na základě vlastní žádosti o její prodloužení, pokud orgán nemocenského pojištění tak rozhodne na základě vyjádření posudkového lékaře. Nemocenské lze takto vyplácet dalších 350 kalendářních dnů, ale doby prodloužení nemocenských dávek nesmí být delší než 3 měsíce (8).

Do 31. 12. 2011 se poživateli starobního nebo invalidního důchodu pro invaliditu III. stupně nemocenské vyplácelo od 15. kalendářního dne trvání DPN po dobu nejvýše 70 kalendářních dnů. Nejdéle však do dne, jímž skončilo zaměstnání. V období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2013 se poživatelům těchto důchodů nemocenské vyplácí od 22. kalendářního dne po dobu nejvýše 63 kalendářních dnů, nejvýše do dne, jímž skončilo zaměstnání. Pojištěnci požívající invalidní důchod I. nebo II. stupně mají stejnou podpůrní dobu pro nárok na nemocenské jako ostatní zaměstnanci, tj. nejdéle 380 kalendářních dnů od vzniku DPN (2).

1.3 Invalidita

1.3.1 Definice pojmu invalidita

Invalidita je ztráta nebo omezení schopnosti soustavné výdělečné činnosti (SVČ), kterou se rozumí schopnosti pojištěnce vlastní prací dosáhnout výdělek, který odpovídá jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem (1).

Pojem invalidita se používá v různých souvislostech a v různých vědních oborech. Je to posudkově medicínská kategorie. Obecně se dá říci, že za invaliditu se považuje porucha zdraví dlouhodobého až trvalého charakteru, která má za následek relevantní pokles nebo ztrátu schopnosti pracovat v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS) (1).

Za DNZS se považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než jeden rok, nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než jeden rok. Tento pojem je dále využíván při vymezení nezaopatřenosti dítěte. Doba delší jednoho roku navazuje na délku podpůrní doby v nemocenském pojištění, z něhož se poskytuje nemocenské jako krátkodobá dávka. DNZS pro účely důchodového pojištění posuzují lékaři OSSZ. Ustanovení bylo nově formulováno zákonem č. 306/2008 Sb. Do nového vymezení DNZS se kromě časového faktoru promítá i dopad zdravotního stavu na schopnosti významné pro práci. Oba faktory, časový i omezení schopností významných pro pracovní schopnost, musí být splněny současně (20).

Tato definice zahrnuje tři kategorie pojmů, a to: zdravotní stav, nepříznivost a dlouhodobost (1).

Zdravotní stav – je soubor všech funkčních poruch, které mají vliv na pokles pracovních schopností (1).

Nepříznivost – zdravotní postižení, které omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, které mají vliv na pracovní schopnost (1).

Dlouhodobost – zdravotní stav trvá déle než jeden rok, nebo lze předpokládat, že bude trvat déle než jeden rok (1).

Dále má invalidita stránku zdravotní, pracovní, právní, pracovně-právní a sociálně-ekonomickou (1).

Zdravotní je vyjádřena dlouhodobým onemocněním charakteru DNZS. Zde se posuzují zachované fyzické, duševní a smyslové schopnosti, stabilizace zdravotního stavu a adaptace na zdravotní postižení (1).

Pracovní - v důsledku DNZS jde o ztrátu či snížení pracovní schopnosti, vzhledem k tomu, že invalidní občan je neschopen pracovat, nebo je schopen pracovat s menšími nároky na fyzické, duševní nebo smyslové schopnosti (1).

Právní - právní předpisy určí, co znamená významný pokles či ztráta pracovní schopnosti, jež se považuje za invaliditu, určuje postup posuzování invalidity, podmínky nároku dávky na invalidní důchod (1).

Pracovně-právní - schopnost soustavné výdělečné činnosti je v omezeném rozsahu, občan může pracovat jen za zcela mimořádných podmínek (1).

Sociálně-ekonomická - pokles pracovní činnosti se odráží v ekonomické, nebo v sociální újmě občana (1).

1.3.2 Posuzování zdravotního stavu do 31. 12. 2009

Posuzování zdravotního stavu zajišťují lékaři lékařské posudkové služby (LPS) OSSZ, řídí se ustanovením § 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (10).

Lékaři LPS OSSZ při určování poklesu schopnosti SVČ pojištěnce vycházejí z jeho zdravotního stavu, doloženého výsledky funkčního vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem. Zohledňuje se i výdělečná činnost, kterou vykonával pojištěnec před jeho onemocněním, zohledňuje se také dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti, dále, jak je pojištěnec adaptován na zdravotní postižení a zda je schopen rekvalifikace (7).

V souvislosti s § 6 vyhlášky 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, se stanovuje míra poklesu schopnosti SVČ (5).

1.3.2.1 Plný invalidní důchod

Aby mohla být stanovena procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti (SVČ), je nutné určit zdravotní postižení, které je příčinou DNZS. Pokud je zdravotních postižení více, jednotlivé hodnoty se nesčítají. V tomto případě je nutné stanovit zdravotní postižení, které je rozhodující příčinou DNZS a procentní míra poklesu schopnosti SVČ se stanoví podle tohoto zdravotního postižení (5).

Podle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění je pojištěnec plně invalidní, jestliže jeho zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý a poklesla mu schopnost nejméně o 66 %, nebo je schopen soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Okruh těchto zdravotních postižení je stanoven v příloze č. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění (7).

1.3.2.2 Částečný invalidní důchod

Pokud je míra poklesu soustavné výdělečné činnosti v rozpětí 33 % - 65 %, hovoříme o částečném invalidním důchodu. V obou případech, jak u plného, tak u částečného invalidního důchodu, je možné zvýšit horní hranici o 10 procentních bodů, a to z toho důvodu, že zdravotní postižení, které s ohledem na jeho předchozí výdělečnou činnost, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti a schopnost rekvalifikace způsobuje pokles schopnosti SVČ větší, než které odpovídá hranici normy poklesu této schopnosti, anebo působí více příčin DNZS (více funkčních postižení). Též je ale možné dolní hranici míry poklesu schopnosti SVČ snížit o 10 procentních bodů, a to při příznivé stabilizaci zdravotního stavu, kdy může pojištěnec využít vzdělání, zkušenosti, znalosti (5).

1.3.3 Posuzování zdravotního stavu od 1. 1. 2010

Od 1. 1. 2010 byly zákonem č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů jsou právně zakotveny mimo jiné i zásadní změny ve vymezení invalidity (18). Zde se nehodnotí jen pokles pracovní schopnosti, ale nově i zachované pracovní schopnosti a jejich využití (25).

Od dělení na plnou a částečnou invaliditu, (plně invalidní důchody a částečně invalidní důchody), se upustilo a oba tyto invalidní důchody nahradila tzv. třístupňová invalidita a invalidní důchod, jehož výše je odstupňovaná podle zjištěného stupně invalidity (18).

Zároveň byla zrušena posudkově medicínská kategorie „schopnost soustavné výdělečné činnosti“ a vytvořena nová kategorie „pracovní schopnost“. Odráží se tak skutečnost, že posuzování zdravotního stavu pro účely invalidity je především posudkově medicínskou činností a nikoliv posuzováním dosažených výdělků, které jsou spojeny s institutem míry poklesu schopnosti výdělečné činnosti. Takže terminologicky důchodové pojištění následuje nemocenské pojištění, když dočasná pracovní neschopnost v některých případech přechází do invalidity (18).

V nové právní úpravě se také upouští od institutu tzv. „fyzické invalidity“, kdy je pojištěnec plně invalidní, jestliže je z důvodu DNZS schopen pro zdravotní postižení SVČ jen za zcela mimořádných podmínek, a částečně invalidní, pokud mu DNZS značně ztěžuje obecné životní podmínky. Míra poklesu pracovní schopnosti se posuzuje u všech zdravotních postižení podle jejího druhu. Pokud pracovní schopnost klesne nejméně o 70 %, musí se posudkový lékař vyjádřit, zda je pojištěnec schopen vykonávat výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek, což je součástí rozhodnutí ČSSZ o přiznání invalidního důchodu, a je to zároveň doklad pro úřad práce, který umožňuje jeho zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání. I nadále je pracovní schopnost definovaná jako schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem a kvalifikačnímu potenciálu. A proto i nadále, pro určení poklesu schopnosti výkonu výdělečné činnosti, bude mít zásadní význam zjištění omezení tělesných, smyslových a duševních

schopností pro pracovní schopnost ve srovnání se schopnostmi, které měl pojištěnec před vznikem DNZS (18).

Od začátku roku 2010 je posuzování invalidity podstatně více zaměřeno na stabilizace zdravotního stavu, zhodnocení zachované pracovní schopnosti, adaptace posuzované osoby na její zdravotní postižení a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než vykonával doposud. O stabilizaci zdravotního stavu hovoříme při jeho ustálení na úrovni umožňující pojištěnci vykonávat výdělečnou činnost bez rizika zhoršení vlivem této činnosti, a to také v případě, kdy je stabilizace podmíněna trvajícím léčením nebo pracovními omezeními. O adaptaci na zdravotní postižení hovoříme, kdy léčením, rehabilitací, používáním kompenzačních pomůcek, rekvalifikací dojde k nabytí nebo obnovení schopností a dovedností, jež se zachovanými tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi umožňují pojištěnci vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu (18).

Invalidním se stává pojištěnec, jestliže z důvodu DNZS poklesla jeho pracovní schopnost nejméně o 35 %. O invaliditu I. stupně se jedná, jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla o 35 %, avšak nejvíce o 49 %. O invaliditu II. stupně se jedná, jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %. O invaliditu III. stupně se jedná, jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 70 %. Míra poklesu pracovní schopnosti se určuje vždy v procentech a v celých číslech. Pokles pracovní schopnosti vychází ze zdravotního stavu pojištěnce, který je doložen výsledky funkčních vyšetření. Pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti, které způsobují zdravotní postižení, se považují všechny funkční poruchy (7).

Abychom mohli stanovit procentní míru poklesu pracovní schopnosti, je nutné určit zdravotní postižení, která jsou příčinou DNZS pojištěnce, a jejich vliv na pokles jeho pracovních schopností. Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti stanovené pro jednotlivá zdravotní postižení se nesčítají. Musí se stanovit, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou DNZS, a procentní míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení. Za rozhodující příčinu DNZS se považují taková zdravotní postižení, která má nejvýznamnější dopad na pokles pracovní schopnosti

pojištěnce (6). Jakákoliv invalidita není kategorií statickou, ale dynamickou, protože může dojít ke změně stupně invalidity. Touto změnou může být buď zvýšení, snížení, nebo její zánik. Ve zdravotním stavu, kvalifikaci, pracovní schopnosti, rozsahu a charakteru pracovního zapojení pojištěnce, v rámci invalidity, může v časové ose nastat změna. Léčba a pokrok lékařské vědy jsou hlavními ovlivňujícími faktory v uzdravení či stabilizaci zdravotního stavu. Rovněž je možné rozvíjet a zdokonalovat své schopnosti například rekvalifikací, reedukací či adaptací (33).

Skutečnou sociální situaci posuzovaného, závislou na jeho zdravotním stavu, má novelizace postupu při stanovení DNZS ve věcech uznání invalidity lépe vystihnout (21).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký je podíl hypertenze a jejích komplikací na dočasné pracovní neschopnosti a následně dlouhodobé míře poklesu pracovní schopnosti v letech 2007 - 2011 v okrese České Budějovice. Dále je cílem srovnání dočasné pracovní neschopnosti v důsledku hypertenze a jejích komplikací v letech 2007 - 2011 a invalidit posouzených v důsledku hypertenze a jejích komplikací v letech 2007 - 2011.

2.2 Hypotézy

Na základě stanoveného cíle mé bakalářské práce jsem zvolila tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Počet případů dočasné pracovní neschopnosti má v důsledku hypertenze a jejích komplikací narůstající tendenci.

Hypotéza č. 2: Počet případů posouzené invalidity v důsledku hypertenze a jejích komplikací narůstá.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

K získání potřebných informací jsem ve své bakalářské práci zvolila sekundární a obsahovou analýzu dat dokumentů, které se týkají posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociálního zabezpečení.

Pro splnění cílů mé práce jsem takto získala stěžejní část informací.

Pomocí kvantitativního výzkumu byly zjištěny ostatní údaje pro potřeby mé práce.

Charakteristika použité metody:

Analýza dokumentů je rozborem jakýchkoliv dokumentů (např. úřední spisy, úřední statistiky), které nebyly vytvořeny za účelem prováděného výzkumu (12). Využívají se data, která již byla někým shromážděna. K typickým způsobům analýzy dokumentů patří sekundární a obsahová analýza.

Kvantitativní výzkum – je analýza provádějící se na kumulovaných datech. Tato data můžeme kumulovat pouze, jestliže jsou totožná. V kvantitativním výzkumu lze zkoumat jen takové problémy, které se dají vyjádřit jako vztahy mezi proměnnými, a jsou sestaveny tak, aby měřily určité vlastnosti (12). Pomocí statistických metod jsou výsledky zpracovány a interpretovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První základní soubor tvořilo 136 817 pojištěnců, u kterých byla vystavena dočasná pracovní neschopnost (DPN) v letech 2007 - 2011 v okrese České Budějovice. Reprezentativní vzorek pojištěnců, kteří měli vystavenou DPN v roce 2007 - 2011 v okrese České Budějovice, tvořilo celkem 4 245 pojištěnců s onemocněním hypertenze a jejích komplikací.

Pro tento výzkumný soubor jsem použila data ze statistiky DPN dle diagnostických skupin pořízená na Okresní správě sociálního zabezpečení v Českých Budějovicích v letech 2007 - 2011.

Druhý výzkumný základní soubor tvořilo v letech 2007 - 2009 v okrese České Budějovice celkem 4 912 žadatelů o částečný a plný invalidní důchod. V roce 2010 -2011 v okrese České Budějovice tvořilo základní soubor celkem 3 050 žadatelů o invalidní důchod. Tento soubor byl rozdělen do dvou skupin vzhledem k tomu, že od 1. 1. 2010 začaly platit nové legislativní normy. V rámci těchto legislativních změn došlo ke změně v posuzování invalidity. Do 31. 12. 2009 se invalidita rozdělovala na částečnou a plnou a od 1. 1. 2010 byla invalidita rozdělena do tří stupňů.

Reprezentativní vzorek jsem získala metodou účelového výběru. Tímto vzorkem bylo 653 žadatelů o invalidní důchod, kteří trpěli hypertenzí a jejími důsledky, za rok 2007 - 2009 v okrese České Budějovice. Za rok 2010 - 2011 činilo v okrese České Budějovice vzorek 455 žadatelů o invalidní důchod, kteří trpí hypertenzí a jejími důsledky.

Tyto informace jsem získala na Okresní správě sociálního zabezpečení České Budějovice z dokumentace lékařské posudkové služby, kterou jsem požádala o přístup do její databáze. Jako zaměstnankyně České správy sociálního zabezpečení splňuji povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, se kterými jsem se seznámila.

4 VÝSLEDKY

4.1 Interpretace výsledků

Za účelem potvrzení, respektive vyvrácení, hypotézy č. 1 jsem sledovala *počet případů dočasné pracovní neschopnosti má v důsledku komplikací hypertenze narůstající tendenci.*

Sledovala jsem počet DPN, jež jsou zaměřené nejen na samotnou hypertenzi, ale také na důsledky komplikací hypertenze. Mezi tyto důsledky patří ischemická choroba srdeční (ICHS), cévní mozková příhoda (CMP) a jiné nemoci oběhové soustavy.

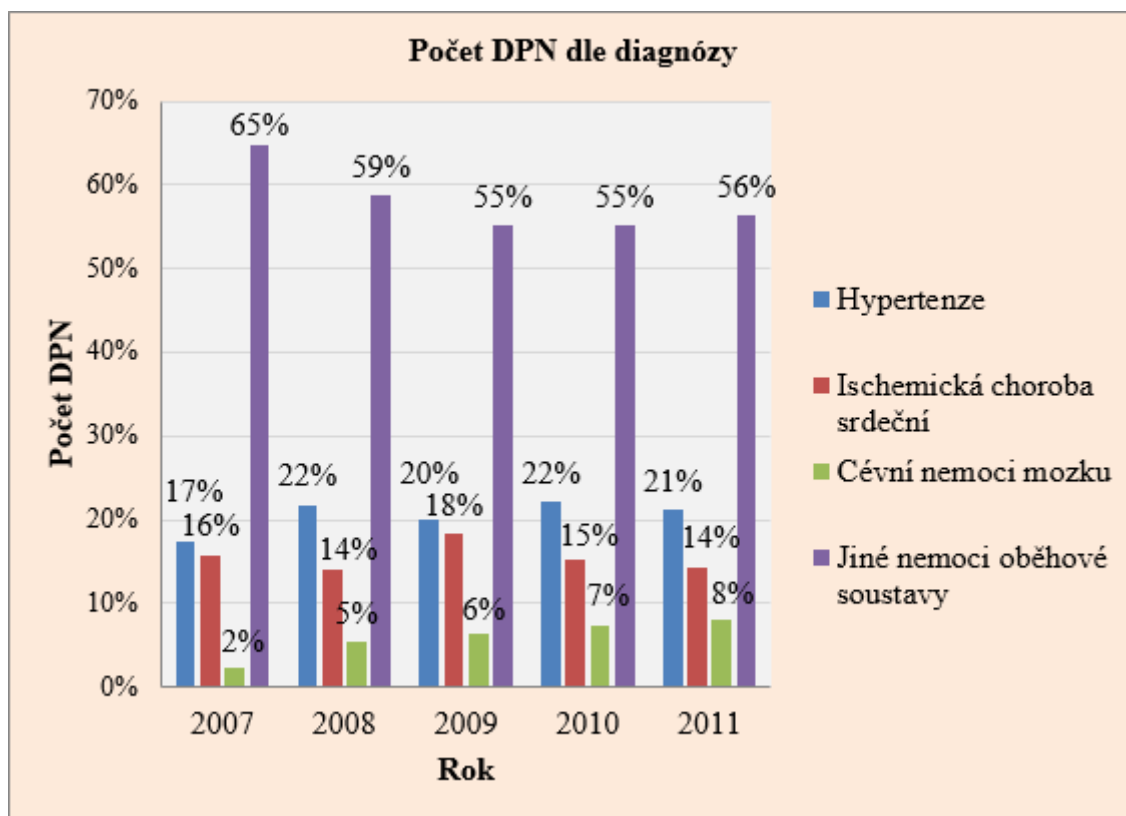
Při mém výzkumu jsem oslovila jednotlivé praktické lékaře, kteří vystavili Potvrzení o DPN, zda komplikace výše uvedené souvisí s hypertenzí. Pokud je tedy vystaveno Potvrzení o DPN na komplikace hypertenze, bylo jednoznačně při mém výzkumu prokázáno, že příčinou těchto komplikací je hypertenze.

Tabulka 1 - Počet DPN z důvodu hypertenze a jejích komplikací

Nemoci oběhové soustavy	2007	2008	2009	2010	2011	Celkem
Hypertenze	23	284	189	214	190	900
Ischemická choroba srdeční	21	185	173	148	129	656
Cévní nemoci mozku	3	71	61	72	72	279
Jiné nemoci oběhové soustavy	86	767	519	533	505	2410
Celkem	133	1307	942	967	896	4245

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 1 - Počet DPN z důvodu hypertenze a jejích komplikací



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Jak lze vidět z grafu č. 1 a tabulky č. 1, v roce 2007 bylo 17 % DPN z důvodu hypertenze, tj. 23 DPN, z důvodu ischemické choroby srdeční 16 %, tj. 21 DPN, z důvodu cévní nemoci mozku 2 %, tj. 3 DPN a z důvodu jiné nemoci oběhové soustavy 65 %, tj. 86 DPN. Celkem v roce 2007 bylo 133 DPN z důvodu hypertenze a jejích komplikací. (viz Tab. 1, s. 32 a viz Graf 1, s. 33)

V roce 2008 bylo DPN z důvodu hypertenze 22 %, tj. 284 DPN, z důvodu ischemické choroby srdeční 14 %, tj. 185 DPN, z důvodu cévní nemoci mozku 5 %, tj. 71 DPN a z důvodu jiné nemoci oběhové soustavy 59 %, tj. 767 DPN. Celkem v roce 2008 bylo z důvodu hypertenze a jejích komplikací 1 307 DPN. (viz Tab. 1, s. 32 a viz Graf 1, s. 33)

V r. 2009 bylo z důvodu hypertenze 20 % DPN, tj. 189 DPN, z důvodu ischemické choroby srdeční 18 %, tj. 173 DPN, z důvodu cévní nemoci mozku 6 %, tj. 61 DPN a z důvodu jiné nemoci oběhové soustavy 55 %, tj. 519 DPN. (viz Tab. 1, s. 32 a viz Graf 1, s. 33)

V r. 2010 bylo DPN z důvodu hypertenze 22 %, tj. 214 DPN, z důvodu ischemické choroby srdeční 15 %, tj. 148 DPN, z důvodu cévní nemoci mozku 7 %, tj. 72 DPN a z důvodu jiné nemoci oběhové soustavy 55 %, tj. 533 DPN. (viz Tab. 1, s. 32 a viz Graf 1, s. 33)

V r. 2011 bylo DPN z důvodu hypertenze 21 %, tj. 190 DPN, z důvodu ischemické choroby srdeční 14 %, tj. 129 DPN, z důvodu cévní nemoci mozku 8 %, tj. 72 DPN a z důvodu jiné nemoci oběhové soustavy 56 %, tj. 505 DPN. (viz Tab. 1, s. 32 a viz Graf 1, s. 33)

Celkem bylo za období 2007 - 2011 pro hypertenzi bylo 900 DPN, pro ischemickou chorobu srdeční bylo 656, pro cévní nemoci mozku bylo 279 DPN a pro jiné nemoci oběhové soustavy bylo 2 410 DPN. (viz Tab. 1, s. 32)

Celkový počet DPN byl z důvodu hypertenze a jejích komplikací v letech 2007 – 2011 4 245 DPN. (viz Tab. 1, s. 32)

Z tohoto provedeného šetření tedy vyplývá, že stanovená *hypotéza č. 1 se jednoznačně vyvrátila.*

V hypotéze č. 2 jsem zkoumala, zda *počet případů posouzené invalidity v důsledku komplikací hypertenze narůstá*.

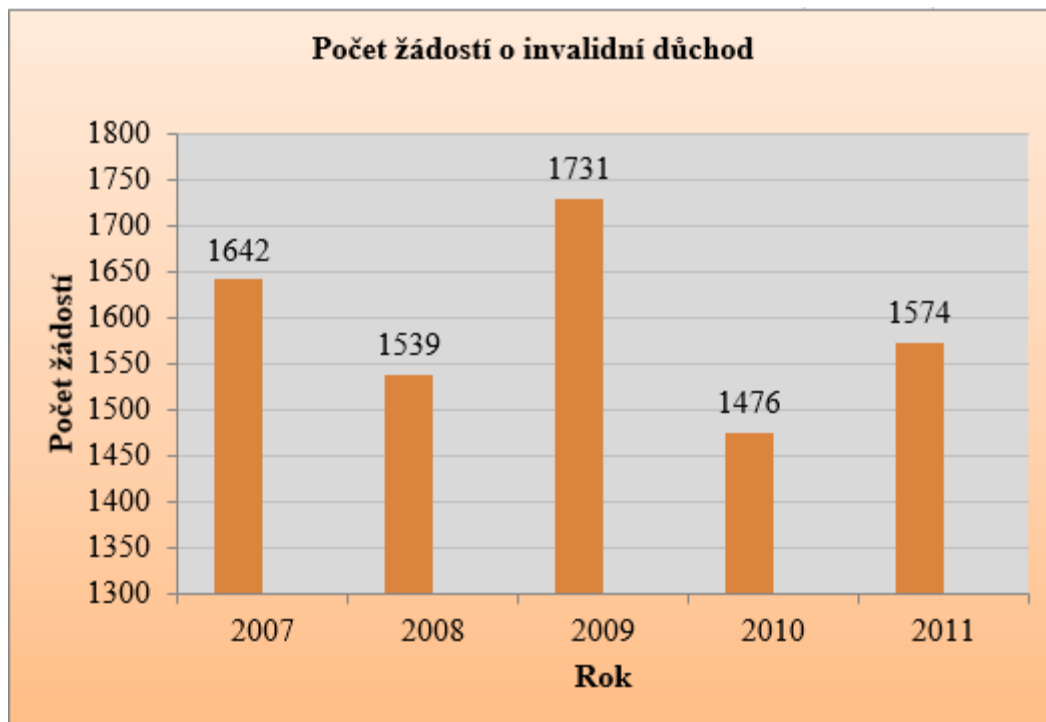
Zde jsem počet posouzených žádostí rozdělila, vzhledem ke změně v legislativě, na plný a částečný invalidní důchod (platné do 31. 12. 2009), a na tzv. třístupňovou invaliditu (platné od 1. 1. 2010). Toto znázorňují tabulky č. 2 - 8 a grafy č. 2 - 8.

Tabulka 2 - Počet žádostí o invalidní důchod v letech 2007 – 2011 v okrese České Budějovice

Rok	Počet žádostí
2007	1642
2008	1539
2009	1731
2010	1476
2011	1574
Celkem	7962

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 2 - Počet žádostí o invalidní důchod v letech 2007 - 2011



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

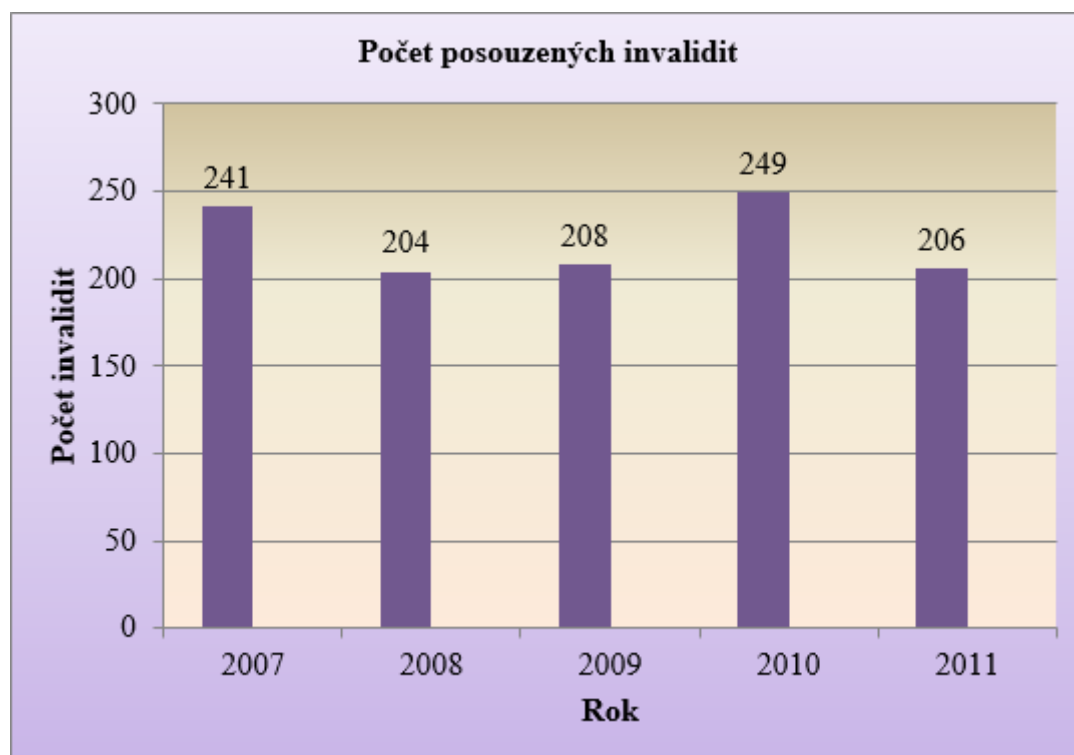
V letech 2007 - 2011 si lidé podali celkem 7 962 žádostí o invalidní důchod. Z tohoto počtu bylo v roce 2007 podáno 1 642 žádostí, v roce 2008 bylo podáno 1 539 žádostí, v roce 2009 byl počet žádostí 1 731, v roce 2010 byl počet žádostí 1 476 a v roce 2011 bylo podáno 1 574 žádostí o invalidní důchod. (viz Tab. 2, s. 35 a viz Graf 2, s. 36)

Tabulka 3 - Počet posouzených invalidit v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací v letech 2007 - 2011

Rok	Počet invalidit
2007	241
2008	204
2009	208
2010	249
2011	206
Celkem	1108

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 3 - Počet posouzených invalidit v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací v letech 2007 - 2011



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

V letech 2007 - 2011 bylo celkem 1 108 posouzených invalidit v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací.

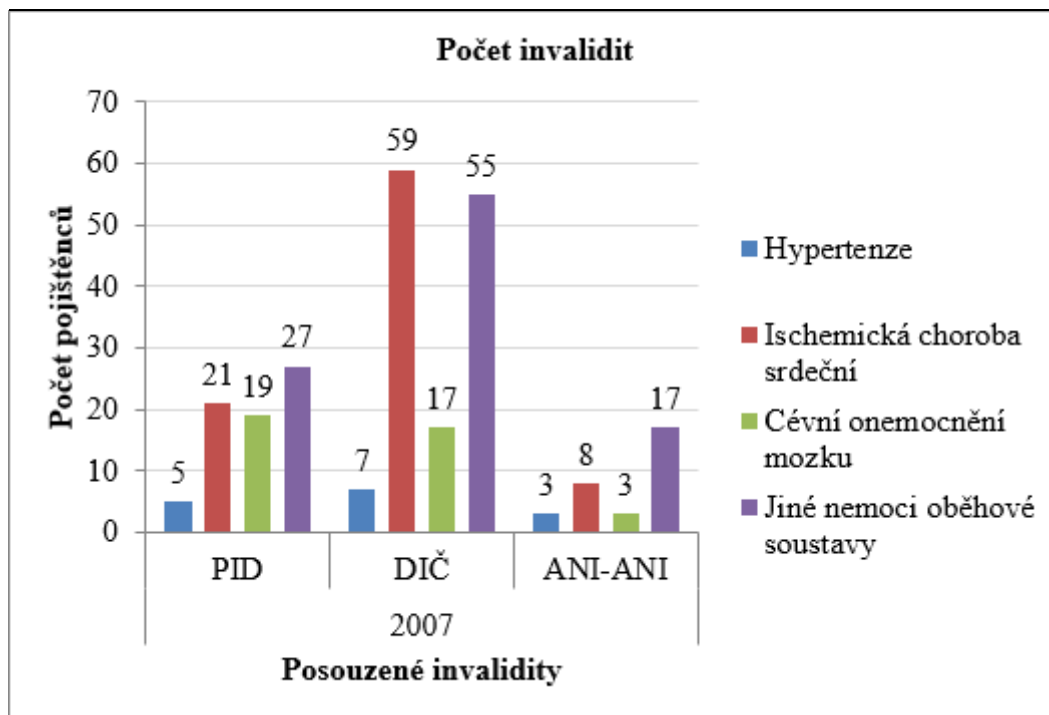
Z celkového počtu posouzených invalidit v roce 2007 bylo posouzeno 241 invalidit, v roce 2008 posouzeno 204 invalidit, v roce 2009 posouzeno 208 invalidit, v roce 2010 249 invalidit a v roce 2011 bylo 206 posouzených invalidit v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací 206. (viz Tab. 3 a viz Graf 3, s. 37)

Tabulka 4 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2007

Diagnóza	2007		
	PID	DIČ	ANI-ANI
Hypertenze	5	7	3
Ischemická choroba srdeční	21	59	8
Cévní onemocnění mozku	19	17	3
Jiné nemoci oběhové soustavy	27	55	17
Celkem	72	138	31

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 4 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2007



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

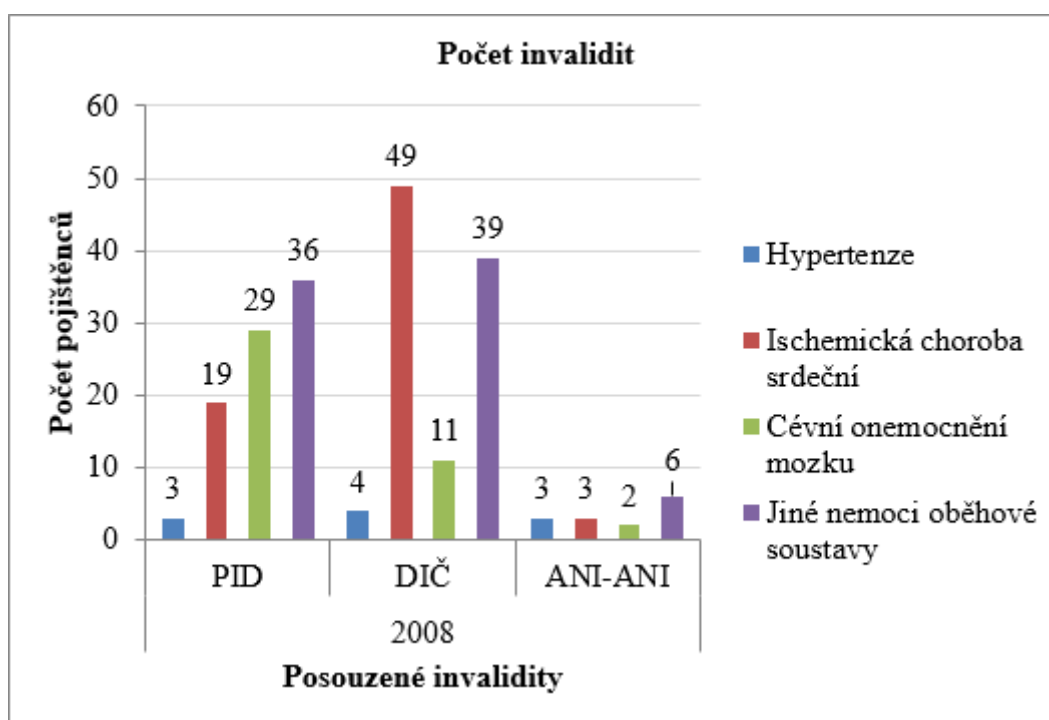
V roce 2007 bylo přiznáno 72 plných invalidit a 138 částečných invalidit v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací, 31 žadatelům nebyla přiznána žádná invalidita. (viz Tab. 4, s. 38 a viz Graf 4, s. 39)

Tabulka 5 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2008

Diagnóza	2008		
	PID	DIČ	ANI-ANI
Hypertenze	3	4	3
Ischemická choroba srdeční	19	49	3
Cévní onemocnění mozku	29	11	2
Jiné nemoci oběhové soustavy	36	39	6
Celkem	87	103	14

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 5 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2008



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

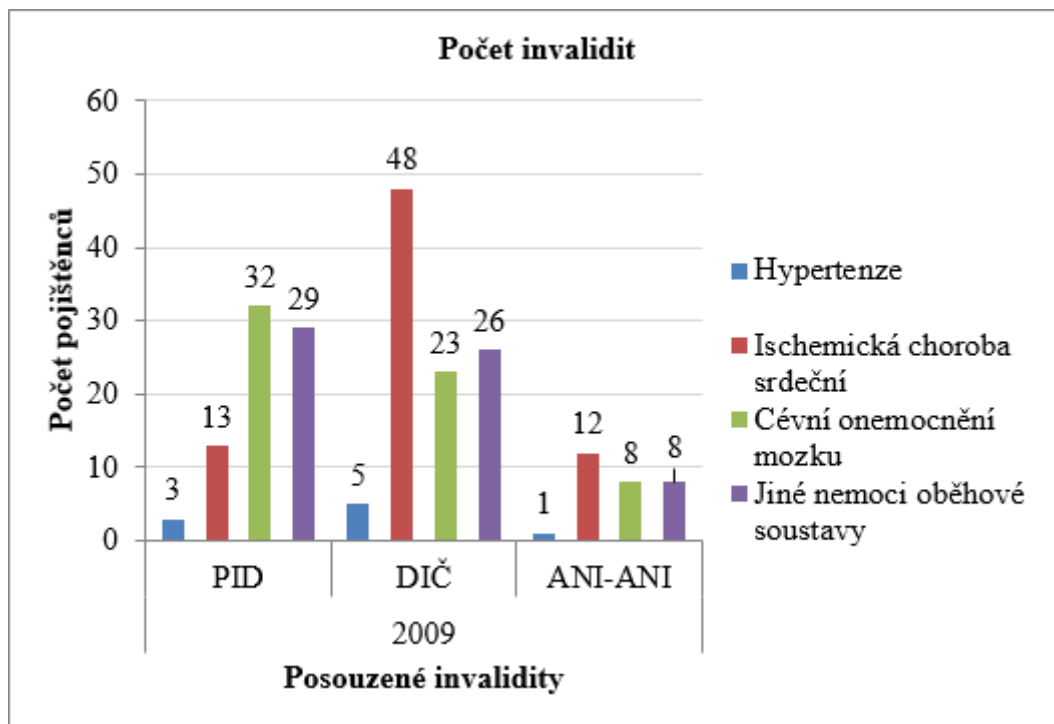
V roce 2008 bylo přiznáno 87 plných invalidit a 103 částečných invalidit, 14 žadatelům nebyla přiznána žádná invalidita v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací. (viz Tab. 5 a viz Graf 5, s. 40)

Tabulka 6 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2009

Diagnóza	2009		
	PID	DIČ	ANI-ANI
Hypertenze	3	5	1
Ischemická choroba srdeční	13	48	12
Cévní onemocnění mozku	32	23	8
Jiné nemoci oběhové soustavy	29	26	8
Celkem	77	102	29

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 6 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2009



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

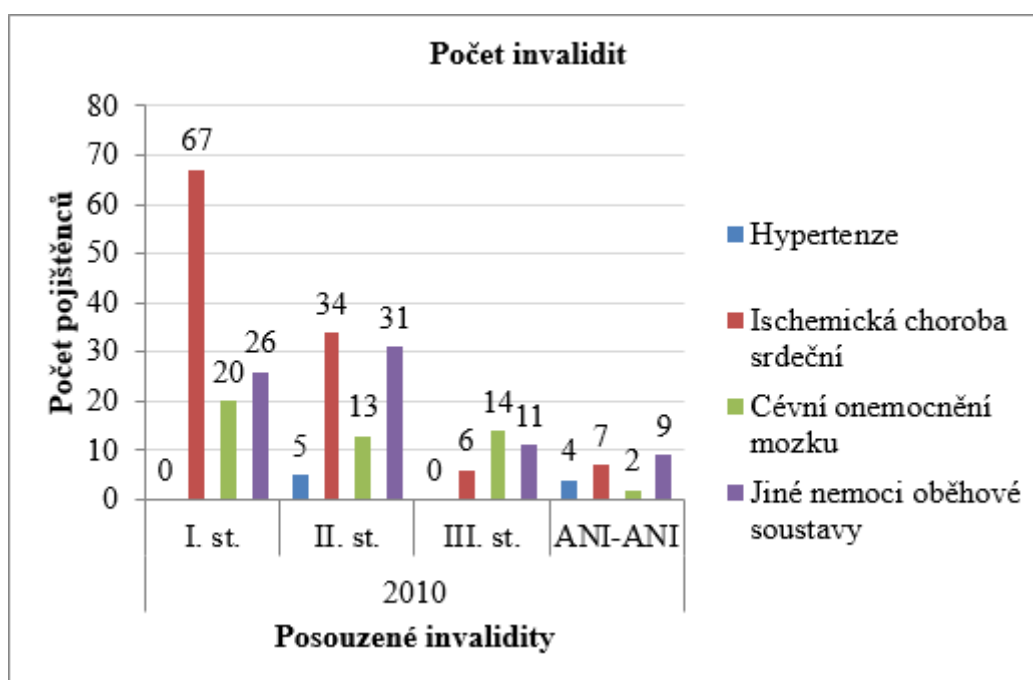
V roce 2009 bylo přiznáno 77 plných invalidit a 102 částečných invalidit, 29 žadatelům nebyla přiznaná žádná invalidita v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací. (viz Tab. 6, s. 41 a viz Graf 6, s. 42)

Tabulka 7 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2010

Diagnóza	2010			
	I. st.	II. st.	III. st.	ANI-ANI
Hypertenze	0	5	0	4
Ischemická choroba srdeční	67	34	6	7
Cévní onemocnění mozku	20	13	14	2
Jiné nemoci oběhové soustavy	26	31	11	9
Celkem	113	83	31	22

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 7 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2010



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

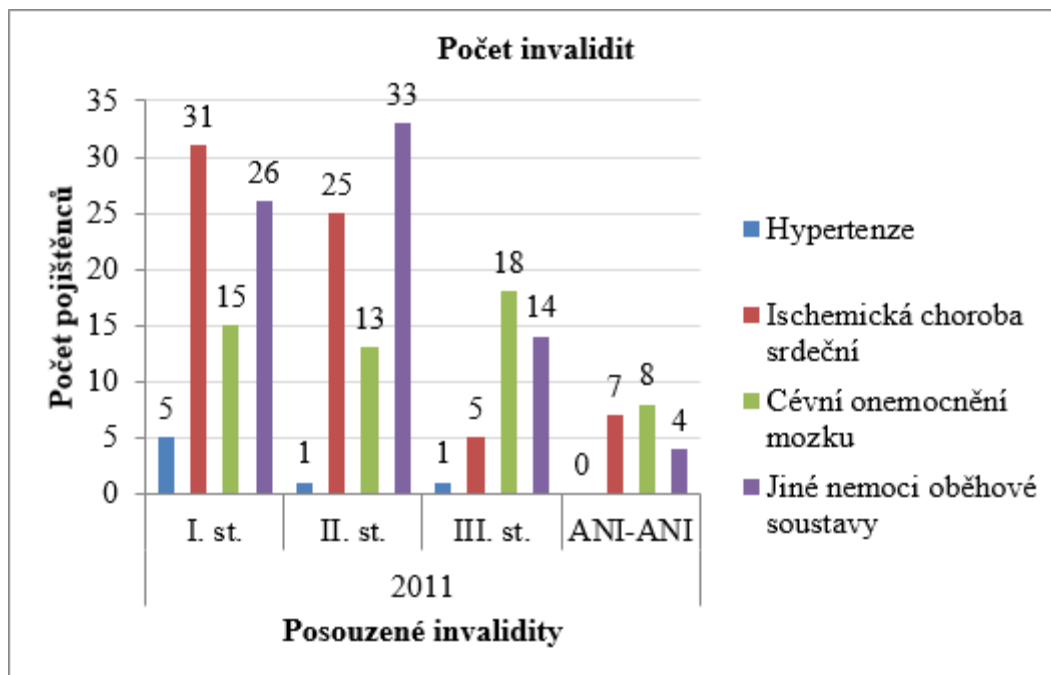
V roce 2010 došlo ke změně legislativy a invalidita se rozdělila na tři stupně. V tomto roce bylo přiznáno žadatelům 113 invalidit I. stupně, 83 II. stupně, 31 III. stupně a 22 nebyl přiznán žádný stupeň invalidity v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací. (viz Tab. 7 a viz Graf 7, s. 43)

Tabulka 8 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2011

Diagnóza	2011			
	I. st.	II. st.	III. st.	ANI-ANI
Hypertenze	5	1	1	0
Ischemická choroba srdeční	31	25	5	7
Cévní onemocnění mozku	15	13	18	8
Jiné nemoci oběhové soustavy	26	33	14	4
Celkem	77	72	38	19

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Graf 8 - Počet přiznaných a nepřiznaných invalidit v roce 2011



Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

V roce 2011 byl přiznán I. stupeň invalidity 77 žadatelům, II. stupeň 72, III. stupeň 38 a 19 žadatelům nebyla přiznána žádná invalidita v souvislosti s hypertenzí a jejích komplikací. (viz Tab. 8, s. 44 a viz Graf 8, s. 45)

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že hypotéza č. 2 se jednoznačně vyvrátila.

5 DISKUZE

Ve své práci jsem použila kvantitativního výzkumu, obsahové a sekundární analýzy dat dokumentů. Při kvantitativním výzkumu jsem použila výstupy ze statistiky OSSZ České Budějovice, kde jsem zkoumala, zda narůstá počet Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti při hypertenzi a jejích komplikací v jednotlivých letech a jaký má podíl na celkových DPN.

Zároveň jsem si stanovila dvě hypotézy: hypotéza č. 1 - zda počet případů DPN v důsledku hypertenze a jejích komplikací má narůstající tendenci. Srovnávala jsem jednotlivá léta od roku 2007 do roku 2011. Při mé práci se mi tato hypotéza jednoznačně vyvrátila (viz tabulka 1). A proč se vyvrátila? Domnívám se, že ne vždy ošetřující lékaři při vystavování DPN používají správné číslo diagnózy dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Dále je to podmíněné i ekonomickým stavem, který záleží na zaměstnanosti či nezaměstnanosti lidí. To znamená, že při rozvázání pracovního poměru se lidé uchylují k DPN v ochranné lhůtě, aby si tak zabezpečili své sociální a ekonomické jistoty. Při komunikaci s posudkovými lékaři OSSZ České Budějovice jsem se ptala, proč ten nárůst DPN v roce 2008, který je několikanásobný. Bylo mi sděleno, že jednak stoupá nezaměstnanost a jednak to, že ošetřující lékař je většinou OSVČ a pacient ho živí. Dalším problémem jsou stížnosti na ošetřující, hlavně praktické lékaře, kteří jakýmkoliv způsobem nevyhoví pojištěnci v jeho požadavcích včetně nevystavení Potvrzení o DPN. Pojištěnci si stěžují na aroganci, nevzdělanost, na chybné stanovení diagnózy u zřizovatele zdravotnického zařízení, což komplikuje „život“ toho lékaře, na kterého byla stížnost podaná. A tak raději pojištěnci v jeho požadavcích vyhoví, než aby měli jakýkoliv „problém“. Proto jim ošetřující lékaři vycházejí vstříc.

Přitom ošetřující lékař neporuší zákon 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, protože vyšetřením zjistil, že zdravotní stav pojištěnce nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost (8). Avšak ne vždy jde o DPN, která je vystavena lege artis (pacient je relativně zdrav, nemá indikováno vystavení DPN a přesto jej ošetřující lékař vystaví a číslo diagnózy je imaginární). I to ovlivňuje jakékoliv statistiky ve zdravotnictví.

Z mého výzkumu jednoznačně vyplývá, že jak celkový počet vystavených DPN, tak i počet vystavených DPN na hypertenzi a její komplikace má kolísavý charakter. Je to zapříčiněné zdravotním stavem obyvatelstva, zaměstnaností a ekonomickou situací obyvatel.

Ve druhé hypotéze jsem se zaměřila, zda počet případů posouzené invalidity na hypertenzi a její komplikace narůstá. Opět jsem sledovala roky 2007 až 2011 a přitom jsem využívala statistiky důchodového oddělení a LPS OSSZ České Budějovice. V jednotlivých tabulkách je uveden celkový počet žadatelů o invaliditu (invalidní důchod) a celkový počet přiznaných a nepřiznaných invalidit na hypertenzi a její komplikace. Také hypotézu č. 2 jsem jednoznačně vyvrátila. Lidé obecně i zde vidí v přiznání invalidity jakéhokoliv stupně ekonomické výhody. Hlavním důvodem nárůstu žádostí o invaliditu v roce 2009 bylo očekávané uvedení nových zákonných posudkových norem do praxe od 1. 1. 2010, ve kterých se tyto normy a hodnocení poruchy funkce jednotlivých postižených orgánů zpřísnily a také změna částečné a plné invalidity na invaliditu třístupňovou. Ne vždy je u žadatele funkční postižení jakéhokoliv orgánu nebo systému tak vážného charakteru, aby mu byl přiznán jakýkoliv stupeň invalidity. A opět při komunikaci s posudkovým lékařem jsem se dozvěděla, že při jeho otázce na žadatele, proč si požádal o invaliditu, dostal odpověď, že nemá na splátky na úvěr, propustili ho z práce, nemá na výživné a staví rodinný dům. Takže ne vždy se jedná jen o funkční poruchu zdravotního stavu.

Bohužel je také pravdou, že LPS v České republice nemá vlastní diagnostickou základnu, v jejímž rámci by bylo možné realizovat diagnostické zdravotní výkony potřebné k objektivizaci zdravotního stavu žadatelů o různé sociální dávky a služby pro hodnocení posudkově medicínských kritérií stanovených právními předpisy sociálního zabezpečení. Proto lékařská posudková služba využívá zdravotních zařízení k došetření posuzovaných případů s vážnějšími rozpory v podkladové dokumentaci, anebo k objektivizaci případů (33).

Hypertenze, jak je uvedeno v mé práci, je významným faktorem pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. Patogeneze hypertenze je multifaktoriální a zahrnuje změny v elektrolytové rovnováze, neurohormonální aktivitě, endoteliální dysfunkci,

vaskulární remodelaci, zánět cévní stěny, oxidační stres. Tyto změny mohou předcházet rozvoji manifestní hypertenze, mohou se vyskytovat i u zjevně zdravých osob a mohly by předpovídat výskyt onemocnění. Kvantitativní vyjádření těchto biomarkerů, (biomarker je definován jako charakteristická plazmatická molekula proteinu nebo enzymu), se dá objektivně měřit a použít jako indikátor normálních, nebo patologických procesů, nebo farmakologických odpovědí na léčbu (23).

Je také potřeba si uvědomit, že hypertenze je nejdůležitějším rizikovým faktorem pro onemocnění srdce, mozkovou mrtvici, pro periferní cévní onemocnění a vaskulární demenci, až po konečné stádium renálního selhání. Léčba hypertenze a jejích komplikací se v posledních deseti letech významně zlepšily, ale nejdůležitější roli před vznikem hraje prevence. Klinické studie prokázaly, že zdravá výživa a pravidelné cvičení mají pozitivní vliv na krevní tlak. Dnešní moderní kultura vede k epidemii volby špatného životního stylu. Populace má běžný přístup k jídlu, které je bohaté na cukry a tuky a má malou výživnou hodnotu. Příjemnější chuť, nižší cena a snadná dostupnost těchto jídel v porovnání s čerstvým ovocem a zeleninou, vedou ke špatné volbě diety, která je často spojená se sedavým způsobem života. Takto zvolená výživa přesahuje energetický výdej, a tak tělo ukládá nadbytek kalorií ve formě tuku. Tím vzniká nadváha až obezita, která celosvětově roste, a to přispívá k rozvoji hypertenze. Je potřeba zdůrazňovat zdravý životní styl, který vede ke snížení krevního tlaku, a zároveň vede ke snížení komplikací na podkladě hypertenze. V posledních několika desetiletích se objevilo také mnoho různých přístupů ke snižování tělesné hmotnosti. V médiích je v současné době věnováno mnoho prostoru nízkoglykemické dietě. Základním kamenem prevence je tedy cvičení a dieta. Specifická doporučení týkající se kalorického příjmu neexistují. Není nikde zdůrazňováno přesné procento sacharidů, proteinů a tuků v jídle. Jedinou spolehlivou metodou redukce hmotnosti je omezení celkového kalorického příjmu v porovnání s výdejem. Bez intervence v populaci nelze spoléhat na individuální změny životního stylu. Byl by to naivní přístup v prevenci hypertenze a jejích komplikací. Realizace těchto doporučení v populaci je v současné době zdržovaná kulturou podporující nadměrnou kalorickou spotřebu a sedavý způsob života. Proto by se měly přijmout změny umožňující zavedení zdravého životního stylu

do praxe. Souhlasím s tvrzením, že změna životního stylu je bohužel těžší a těžší. Je menší fyzická aktivita, větší dostupnost kalorických jídel, pasivní sledování televize a sezení u počítačových her spotřebovávají čas, který se dříve využíval k fyzickým aktivitám, hrám a sportu. A výsledkem toho všeho je, že děti dnes představují nejrychleji rostoucí populaci obézních lidí ve všech rozvinutých společnostech. Zavedením zdravého životního stylu by se mělo začít již na školách, kde by se měly nabízet žákům a studentům „zdravé“ obědy a omezit přístup k nadměrně kalorickým jídlům s omezenou nutriční hodnotou. Celkově v jídlech se musí snížit obsah soli a cukru a omezit velikost porcí. Stát by se měl podílet na vytvoření prostředí, které podporuje fyzickou aktivitu, jako jsou například parky, chodníky, cyklostezky (23).

Další otázkou do diskuze je, kdy začít léčit hypertenzi. Odborná literatura doporučuje zahájení farmakologické léčby ihned, když systolický tlak krve je rovný nebo vyšší než 180 mm Hg, nebo diastolický tlak krve rovný nebo vyšší než 110 mm Hg. Při systolickém TK 150-179 mm Hg, či diastolického TK 95-109 mm Hg opakovaně, léčbu zahájit do jednoho měsíce, ale ihned při subklinickém orgánovém poškození nebo manifestním kardiovaskulárním nebo renálním onemocnění, nebo při přítomnosti diabetu nebo metabolického syndromu. Při systolickém TK 140-149 mm Hg, nebo diastolickém TK 90-94 mm Hg opakovaně, léčbu zahájit do jednoho měsíce, a to při subklinickém orgánovém poškození, nebo renálním onemocnění nebo při diabetu, nebo metabolickém syndromu. Při vysokém normálním TK, tj. 130-139 mm Hg systolického TK, nebo 85-89 mm Hg diastolického TK opakovaně, zahájit léčbu do jednoho měsíce u pacientů s diabetes mellitus v přítomnosti manifestního kardiovaskulárního nebo renálního onemocnění, nebo při přítomnosti subklinického orgánového poškození. V ostatních případech lze s farmakologickou léčbou vyčkat po dobu tří měsíců. V případě trvajících TK vyššího než 140/90 mm Hg je nutné zahájit farmakologickou terapii. Primárním cílem léčby u hypertoniků je dosažení maximálního snížení dlouhodobého celkového rizika kardiovaskulárních chorob (29).

Od té doby, kdy existuje efektivní léčba hypertenze, zůstává v mnoha případech hypertenze neadekvátně léčena. Jak stárne populace a přibývá obezity, výskyt hypertenze stále stoupá. Léčba jak starších, tak i obézních jedinců je obvykle složitější,

proto bude hypertenze i nadále nejvýznamnější překážkou ke zlepšení kardiovaskulárního zdraví. Významnou roli v léčbě hypertenze bude hrát intenzivnější využití nefarmakologické léčby, jejímž cílem bude změnit životní styl. Farmakologická léčba není pro mnohé dostupná a možná sama o sobě není schopná zabránit vzniku hypertenze, pouze ji může oddálit, pokud je léčena. Lepší by byla prevence, a tou je v současné době již vzpomínaná změna životního stylu (23). Ale i změna životního stylu přináší vyšší finanční náklady, ať už se jedná o změnu stravovacích návyků či fyzickou aktivitu.

Jak je patrné z celé mé bakalářské práce, tak vystavení DPN tak i přiznávání invalidity je celospolečenský problém, a to jak v oblasti zdravotní tak i ekonomické, sociální a právní. Lidé dost často staví peníze na první místo a zdraví na druhé a snaží se tyto peníze dostat od státu jakýmkoliv způsobem. Avšak zapominají, že jak vystavení DPN, tak přiznání invalidity jakéhokoliv stupně je jen na určitou dobu. V povědomí lidí je, že přiznání invalidity je celoživotní. Myslím si, že lidé si vůbec neuvědomují, že se může jednat jen o přechodný stav. Domnívám se, že jejich snaha o zlepšení svého zdraví není žádná, nebo jen minimální.

Při stanovení jednotlivých hypotéz jsem vycházela z odborné literatury, která jednoznačně dokladuje, že výskyt hypertenze a jejích komplikací v populaci stoupá. Proto jsem se se svým výzkumem na toto zaměřila, a hledala jsem odpověď na otázku, zda se zvyšuje vystavení DPN a přiznávání invalidity pro hypertenzi a její komplikace. Dalším důvodem stanovení hypotéz bylo mé zaměstnání referentky na oddělení lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení. Domnívala jsem se, dle mé praxe, že počet případů DPN má v důsledku hypertenze a jejích komplikací, a počet případů posouzené invalidity v důsledku hypertenze a jejích komplikací, stoupá. Závěrem je, že jsem obě hypotézy jednoznačně vyvrátila. Důvodů může být několik. Buď se pojištěnec léčí na hypertenzi, avšak potvrzení o DPN může být vystaveno na jiné onemocnění, dále u pojištěnce je prokázána hypertenze, avšak vzhledem k jeho zaměstnání, například práce lehčího charakteru, ošetřující lékař dočasnou pracovní neschopnost nevystaví. Při přiznávání invalidity se stanovuje míra poklesu pracovní schopnosti na základě zhodnocení funkčního poškození cílových orgánů, odpověď na

léčbu, přítomnost dalších rizikových faktorů a dopad stavu na celkovou výkonnost a schopnost vykonávat denní aktivity. I zde se posuzují případy, které už jsou komplikací hypertenze, například ischemická choroba srdeční, centrální mozková příhoda a ledvinné selhávání. Tato onemocnění se už ale posuzují podle jiných kapitol, které jsou obsažené ve vyhlášce č. 359/2009 Sb., vyhláška o posuzování invalidity.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je podíl hypertenze a jejích komplikací na DPN a následně dlouhodobé míře poklesu pracovní schopnosti v letech 2007 - 2011 v okrese České Budějovice. Dále bylo cílem srovnání DPN v důsledku hypertenze a jejích komplikací v letech 2007 - 2011 a invalidit posouzených v důsledku hypertenze a jejích komplikací v letech 2007 - 2011.

Důvod, proč jsem si dala takový cíl a vytvořila tyto hypotézy, byl ten, že hypertenze a její komplikace jsou jednou z nejčastějších nemocí oběhového aparátu, ale také, že výskyt hypertenze v populaci stoupá. Neléčená hypertenze vede k závažným orgánovým komplikacím, které ovlivňují kvalitu života nemocného. Ve své práci v první hypotéze jsem použila celkový počet vystavení Potvrzení o DPN a z toho kolik tvoří počet dočasných pracovních neschopností vystavených na hypertenzi a její komplikace. Při mém výzkumu jsem nedospěla k závěru, že počet vystavených DPN v jednotlivých letech má stoupající tendenci. Dospěla jsem k závěru, že je to z různých důvodů. V roce 2007 bylo vystaveno celkem 5 943 dočasných pracovních neschopností, v roce 2008 bylo vystaveno 43 918 DPN, v roce 2009 30 798 DPN, v roce 2010 27 932 DPN a v roce 2011 byl celkový počet vystavených DPN 28 226. Z celkového počtu vystavených dočasných pracovních neschopností bylo na hypertenzi a její komplikace v roce 2007 vystaveno, v roce 2008 1 307, v roce 2009 942, v roce 2010 967 DPN a v roce 2011 bylo na hypertenzi a její komplikace vystaveno 896 dočasných pracovních neschopností. Pojištěnci, kteří měli DPN z důvodu hypertenze a jejích komplikací v letech 2007 - 2011 čerpali nemocenské dávky nejčastěji z důvodu jiných nemocí oběhové soustavy, avšak jako příčina těchto nemocí byla prokázána hypertenze.

Na základě těchto uvedených čísel jsem hypotézu jednoznačně vyvrátila. Uvedená čísla mají spíše kolísající charakter. Jedním z hlavních důvodů je i kolísající zaměstnanost. Člověk, který je propuštěn z práce, obvykle navštíví lékaře v ochranné lhůtě, který vystaví dočasnou pracovní neschopnost a nehledí přitom na to, zda zdravotní stav tomu odpovídá nebo ne. Ve vystavení DPN hledá svoji ekonomickou a sociální stabilitu.

V případě druhé hypotézy, kde jsem zjišťovala, zda počet případů posouzené invalidity v důsledku hypertenze a jejích komplikací narůstá, jsem svým výzkumem i tuto vyvrátila. Opět i zde jsem prokázala kolísavý charakter přiznaných a nepřiznaných invalidit v jednotlivých letech. Jen pro srovnání, v roce 2007 byl počet žádostí o invaliditu 1 642, z toho bylo 241 přiznaných na hypertenzi a její komplikace, v roce 2008 bylo 1 539 žádostí, z toho přiznaných 204 invalidit na hypertenzi a její komplikace, v roce 2009 byl počet žádostí 1 731, 208 přiznaných z těchto žádostí bylo pro hypertenzi a její komplikace, v roce 2010 bylo žádostí 1 476, z toho 249 přiznaných na hypertenzi a její komplikace, a v roce 2011 byl počet žádostí 1 574, z toho 206 přiznaných na hypertenzi a její komplikace. Z toho vyplývá, že nejvyšší počet žádostí byl v roce 2009. Jako příčinu tohoto zvýšení nepovažuji zdravotní stav, ale změnu zákonných posudkových norem, které začaly platit od 1. 1. 2010, což mi nakonec potvrdili i posudkoví lékaři OSSZ České Budějovice a také pracovníci důchodového oddělení OSSZ České Budějovice.

Jak při vystavování DPN, tak i při žádosti o invaliditu nehraje roli jen zdravotní stav, ale hlavně otázka ekonomická a sociální. Opakovaně se stává, a to dost často, že ošetřující lékaři vystavují Potvrzení o DPN z jiného důvodu, než je zdravotní stav. Například v ochranné lhůtě, když je člověk propuštěn ze zaměstnání z jakýchkoli důvodů.

Vystavení Potvrzení o DPN a také přiznání invalidity chápu jako celospolečenský problém. Na jedné straně je zdravotní stav, na druhé straně jsou peníze. Bohužel v dnešní době jsou upřednostňovány peníze před zdravím a tak se i podle toho lidé chovají.

Kromě socioekonomických problémů by bylo zajímavé zaměřit se na věk, pohlaví, vzdělání a profesi pojištěnců a také, zda je skutečně důvodem podání žádosti o invalidní důchod zdravotní stav žadatele.

Využití výsledků bakalářské práce je možné v oblasti zaměření prevence vzniku hypertenze a jejích komplikací, sekundární prevence a jejích důsledků. Jelikož se jedná o jeden z hlavních faktorů vzniku kardiovaskulárních onemocnění a cévních onemocnění mozku, které jsou nejčastějšími příčinami dočasné pracovní neschopnosti

a následně invalidity, je další výzkum v této oblasti nanejvýš žádoucí. Pro orientaci v dané problematice je současně potřebné zohlednit poznatky i v oblasti sociálně-právní a posudkové problematiky.

Domnívám se, že hlavním dominujícím faktorem, jak předcházet hypertenzi a jejím komplikacím, je jednoznačně prevence.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ARNOLDOVÁ, A. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. BOLCKOVÁ, E. Poskytování nemocenského poživatelům invalidních důchodů. *Národní pojištění* [online]. 2010, vol. 41, no. 2. [cit. 2012-11-13]. ISSN 0323-2395. Dostupné z:
<http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/2010-2-mgr-eva-bolckova-poskytovani-nemocenskeho-pozivatelum-invalidnich-duchodu.htm>
3. CROSTA, P. What Is Hypertension? What Causes Hypertension? In: *medicalnewstoday.com* [online] 14. květen 2009. 5. listopad 2012. [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: www.medicalnewstoday.com/articles/150109.php
4. ČESKO. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky 31/1993 Sb. o posouzení dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení*.
5. ČESKO. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky 284/1995 Sb. kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění*.
6. ČESKO. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky 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)*.
7. ČESKO. *Zákon 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění*.
8. ČESKO. *Zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění*.
9. ČESKO. *Zákon 306/2008 Sb., kterým se mění zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony*.
10. ČESKO. *Zákon 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení*.
11. ČEŠKA, R. a kol. *Interna*. In: Widimský jr., J. *Arteriální hypertenze*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. s. 140 - 158. ISBN 978-80-7387-423-0.

12. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
13. HEARTORG. Hypertensive Crisis. *Heart.org* [online]. 10. prosinec 2012 [cit. 2013-03-16]. Dostupné z:
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/AboutHighBloodPressure/Hypertensive-Crisis_UCM_301782-Article.jsp
14. KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
15. KAUTZNER, J. Arteriální hypertenze. In: *Ikem-kardiologie.cz* [online]. 2009 [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: <http://www.ikem-kardiologie.cz/cs/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/arterialni-hypertenze/>
16. KŘIVOHLAVÝ, A. Poskytování nemocenského poživatelům invalidních důchodů pro invaliditu třetího stupně. *Národní pojištění*. 2011, roč. 42, č. 2, s. 11 - 14. ISSN 0323-2395.
17. MANGANO, F. Hypertenze a léčivý vliv meditačních technik. In: *Celostní medicína.cz* [online]. 4. květen 2010 [cit. 2012-11-17]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/hypertenze-a-lecivy-vliv-meditacnich-technik.htm>
18. PECHAN, L. Podstatné změny ve vymezení invalidity. *Národní pojištění* [online]. 2009, vol. 40, no. 11 [cit. 2012-11-13]. ISSN 0323-2395. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/mgr-lubomir-pechan-podstatne-zmeny-ve-vymezeni-invalidity.htm>
19. PŘIB, J. a V. VOŘÍŠEK. *Důchodové předpisy s komentářem*. 5. vyd. Olomouc: Anag, 2007. s. 141 - 247. ISBN 978-80-7263-379-1.
20. PŘIB, J. a V. VOŘÍŠEK. Důchodové předpisy s komentářem. In: Voříšek, V. *Invalidní důchod*. 6. vyd. Olomouc: Anag, 2010. s. 198 - 217. ISBN 978-80-7263-585-6.
21. SKYVA, J. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav z hlediska LPS ČSSZ. *Národní pojištění*. 2010, roč. 41, č. 7, s. 25 - 27. ISSN 0323-2395.
22. SOVOVÁ, E. a kol. Snižuje konzumace čokolády kardiovaskulární riziko? *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 5, s. 257 - 259. ISSN 0032-6739.

23. TOWNSEND, R. a kol. *Hypertenze: současný výzkum*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-311-0.
24. WEDRO, B. High Blood Pressure. In: *emedicinehealth.com* [online]. 5. červenec 2010 cit. [2012-11-17]. Dostupné z: www.emedicinehealth.com/high_blood_pressure/article_em.htm
25. WERNEROVÁ, J. K vyhláše o posuzování invalidity. *Národní pojištění*. 2009, roč. 40, č. 12, s. 23 - 27. ISSN 0323-2395.
26. WIDIMSKÝ, J. *50. let historie léčby hypertenze*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-176-5.
27. WIDIMSKÝ jr., J. Přehodnocení evropských guidelines léčby arteriální hypertenze: poznatky pro klinickou praxi. *Postgraduální medicína*. [online]. 2010, vol. 12, no. 8 [cit. 2012-11-17]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prehodnoceni-evropskych-guidelines-lecby-arterialni-hypertenze-poznatky-pro-klinickou-praxi-454819>
28. WIDIMSKÝ, J. a kol. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. *Hypertenze*. [online]. 2008, vol. XI. no. 1. [cit. 2012-11-17]. ISSN 1211-9679. Dostupné z: http://www.hypertension.cz/index.php?id_document=8275
29. WIDIMSKÝ, J. a kol. *Hypertenze*. 3. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-077-5.
30. WIDIMSKÝ jr., J. a kol. *Arteriální hypertenze - současné klinické trendy*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-962-7.
31. WIDIMSKÝ jr., J. a kol. Odborné stanovisko České kardiologické společnosti a České společnosti pro hypertenzi k provádění katetrizačních renálních denervací (RDN) v České republice. *Hypertenze & kardiovaskulární prevence*. [online]. 2012, vol. 1, no. 1. [cit. 2012-11-17]. ISSN 1805-4129. Dostupné z: http://www.hypertension.cz/index.php?id_document=10204

32. ZDRAVĚ. Vysoký krevní tlak – hypertenze. *Zdravě.cz* [online]. 17. prosinec 2008 [cit. 2012-11-18]. Dostupné z: <http://vysoky-krevni-tlak-hypertenze.zdrave.cz/arterialni-hypertenze-vysoky-krevni-tlak/>
33. ZVONÍKOVÁ, A., L. ČELEDOVÁ a R. ČEVELA. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3535-1.

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Počet posouzených pojištěnců v souvislosti s hypertenzí a jejími komplikacemi do 31. 12. 2009

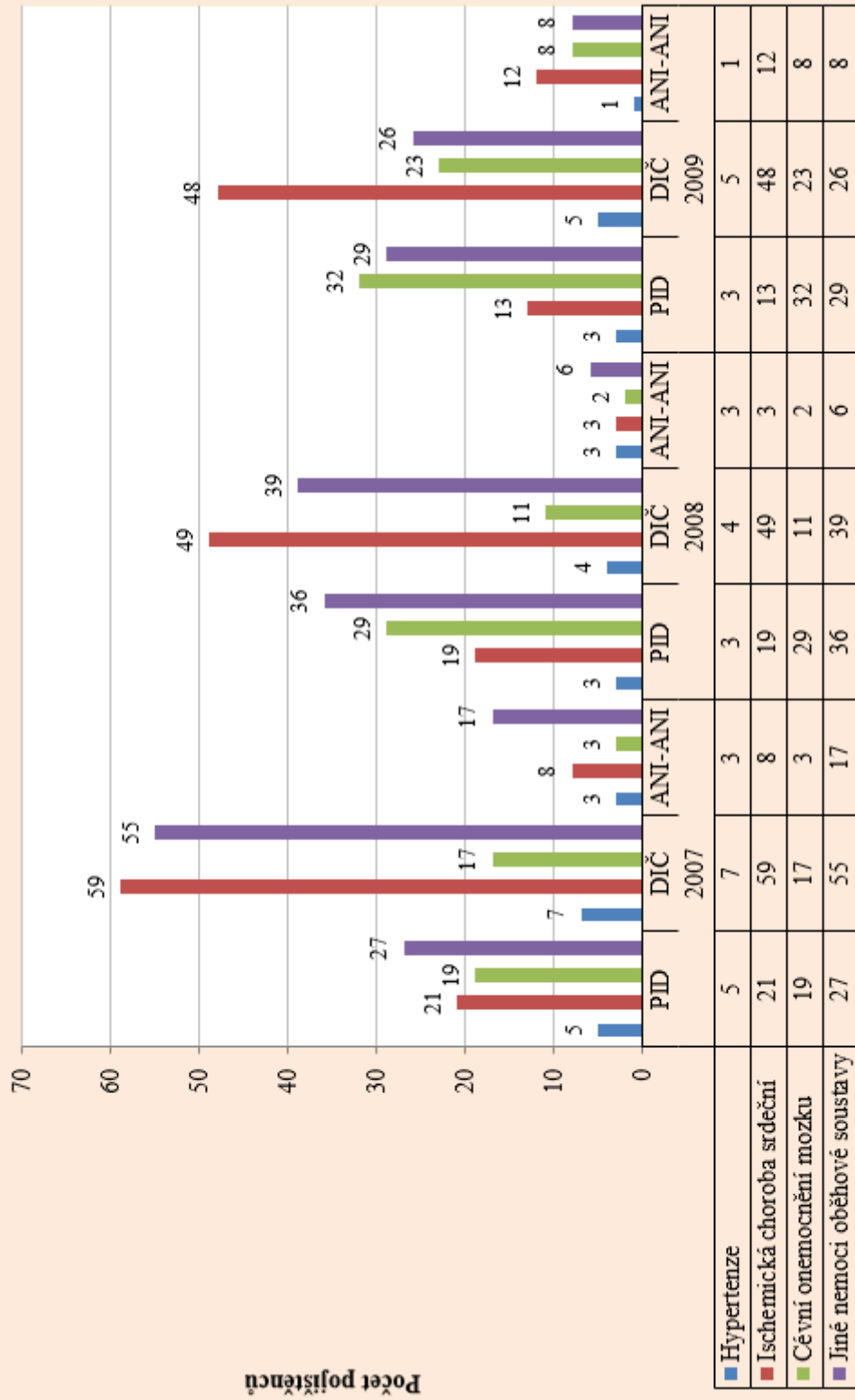
Příloha 2 - Počet posouzených pojištěnců v souvislosti s hypertenzí a jejími komplikacemi od 1. 1. 2010

Příloha 1 - Počet posouzených pojištěnců v souvislosti s hypertenzí a jejími komplikacemi do 31. 12. 2009

Diagnóza	2007			2008			2009		
	PID	DIČ	ANI-ANI	PID	DIČ	ANI-ANI	PID	DIČ	ANI-ANI
Hypertenze	5	7	3	3	4	3	3	5	1
Ischemická choroba srdeční	21	59	8	19	49	3	13	48	12
Cévní onemocnění mozku	19	17	3	29	11	2	32	23	8
Jiné nemoci oběhové soustavy	27	55	17	36	39	6	29	26	8
Celkem	72	138	31	87	103	14	77	102	29

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Rozdělení podle druhu zdravotního postižení, podle stupně invalidity a roku



Počet invalidit

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ Česká Budějovice

Příloha 2 - Počet posouzených pojištěnců v souvislosti s hypertenzí a jejími komplikacemi od 1. 1. 2010

Diagnóza	2010					2011				
	I. st.	II. st.	III. st.	ANI-ANI	ANI-ANI	I. st.	II. st.	III. st.	ANI-ANI	
	Hypertenze	0	5	0	4	4	5	1	1	0
Ischemická choroba srdeční	67	34	6	7	7	31	25	5	7	
Cévní onemocnění mozku	20	13	14	2	2	15	13	18	8	
Jiné nemoci oběhové soustavy	26	31	11	9	9	26	33	14	4	
Celkem	113	83	31	22	22	77	72	38	19	

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice

Rozdělení podle druhu zdravotního postižení, podle stupně invalidity a roku



Počet invalidit

Zdroj: vlastní výzkum a OSSZ České Budějovice