

**Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
Odbor posudkové služby**

V Praze dne 27. 10. 2014
Č. j.: 2014/9245 – 721

**METODICKÝ POKYN ŘEDITELE ODBORU POSUDKOVÉ SLUŽBY
pro posudkové komise MPSV**

Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči

Obsah

- Čl. 1. Úvodní ustanovení
- Čl. 2. Vymezení základních pojmů
- Čl. 3. Obecné zásady posuzování stupně závislosti
- Čl. 4. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
- Čl. 5. Principy hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby
- Čl. 6. Posuzování jednotlivých základních životních potřeb
- Čl. 7. Specifický přístup k posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku
- Čl. 8. Datum vzniku závislosti osoby
- Čl. 9. Doba platnosti posudku
- Čl. 10. Závěrečné ustanovení

Příloha: Psychomotorický vývoj dítěte

Seznam zkratk užitých v textu

CMP	cévní mozková příhoda
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
FH	francouzské hole
HK	horní končetina
HKK	horní končetiny
IQ	intelligenční kvocient
MR	mentální retardace
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení; v textu se tím míní též Pražská správa sociálního zabezpečení a Městská správa sociálního zabezpečení Brno
PC	person computer (osobní počítač)
PK MPSV	posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí
PnP	příspěvek na péči
vyhláška	vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
ZSS	zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
ZŽP	základní životní potřeby

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- 1) Tento metodický pokyn upravuje postupy posudkových komisí MPSV při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 2) Při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči postupují PK MPSV podle procesních pravidel stanovených v „Metodickém pokynu ředitele odboru posudkové služby pro postupy posudkových komisí MPSV při posuzování zdravotního stavu pro účely opravných řízení“, č. j. 2013/77855-722, a také podle pravidel uvedených v tomto metodickém pokynu (např. čl. 3 odst. 2 věta druhá nebo čl. 3 odst. 8 – 10).

Čl. 2

Vymezení základních pojmů

- 1) **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** podle § 3 písm. c) ZSS je takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který **omezuje funkční schopnosti** nutné pro zvládání ZŽP.
- 2) **Přírozeným sociálním prostředím** podle § 3 písm. d) ZSS se míní rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, s nimiž se sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.
Za přirozené sociální prostředí lze pro účely posuzování stupně závislosti fyzické osoby považovat též pobytová zařízení služeb sociální péče.
- 3) **Zdravotním postižením** podle § 3 písm. g) ZSS se míní tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby.
- 4) **Základní životní potřeby** jsou životní potřeby uvedené v § 9 odst. 1 ZSS.
- 5) **Příspěvek na péči se poskytuje** podle § 7 ZSS osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle ZSS při zvládání ZŽP osob. Náklady na PnP se hradí ze státního rozpočtu.
- 6) **Osoba starší 18 let věku** se podle § 8 odst. 2 ZSS považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve
 - a) **stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **tři nebo čtyři ZŽP**,
 - b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **pět nebo šest ZŽP**,

- c) **stupni III** (těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **sedm nebo osm ZŽP**,
- d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **devět nebo deset ZŽP**,

a vyžaduje **každodenní pomoc, dohled nebo péči** jiné fyzické osoby.

- 7) **Osoba do 18 let věku** se podle § 8 odst. 1 ZSS považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) **stupni I** (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **tři ZŽP**,
- b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **čtyři nebo pět ZŽP**,
- c) **stupni III** (těžká závislost) jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **šest nebo sedm ZŽP**,
- d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat **osm nebo devět ZŽP**,

a vyžaduje **každodenní mimořádnou péči** jiné fyzické osoby.

- 8) **Nárok na PnP** má osoba uvedená v § 4 odst. 1 ZSS, která z důvodu DNZS potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání ZŽP v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 ZSS, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 ZSS nebo poskytovatel sociálních služeb podle § 85 odst. 1 ZSS nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

- 9) **Nárok** na PnP **nemá** osoba mladší jednoho roku.

- 10) **Každodenní pomocí se rozumí** činnosti, které jsou jinou fyzickou osobou/poskytovatelem sociálních služeb prováděny na základě objektivní potřeby a konkrétního individualizovaného požadavku osoby se zdravotním postižením (klienta) k naplnění některých aktivit. Klient si tedy aktivně řídí poskytování sociálních služeb, tj. rozsah, frekvenci, dobu poskytování pomoci aj. Obecně se jedná o aktivní spoluúčast při dosahování nějakého cíle nebo odvracení nebo odstraňování nežádoucích následků. Pomoc se poskytuje formou asistence jako aktivní podpora směřující ke zvládnutí jednotlivých ZŽP při částečně zachovaných schopnostech k jejich zvládání u osoby se zdravotním postižením.

- 11) **Každodenní péčí se rozumí** činnosti, které jsou jinou fyzickou osobou/poskytovatelem sociálních služeb prováděny v prospěch osoby se zdravotním postižením (klienta), který pro absenci svých schopností nezvládá ZŽP. Péče je tedy vyšším stupněm pomoci, respektive saturací potřeb u těch osob, které nemají zachovány schopnosti ke zvládání jednotlivých ZŽP. Jejím účelem je udržení a podpora sociálního postavení osoby se zdravotním postižením.

- 12) **Každodenním dohledem se rozumí** forma podpory, kdy osoba se zdravotním postižením (klient) realizuje ZŽP/jednotlivé aktivity pouze za přítomnosti jiné fyzické osoby, která klienta vede, motivuje a kontroluje. Tato kontrola je specifická forma dohledu, kdy pečující osoba nemusí být přítomna po celou dobu provádění jednotlivých aktivit, ale pouze v určité fázi nebo na konci aktivity. Dohled se tedy poskytuje formou asistence jako pasivní podpora směřující ke zvládnutí ZŽP osoby se zdravotním postižením, která má částečně zachovány schopnosti k jejím zvládnutí.
- 13) **Mimořádnou péčí** se podle § 10 věty třetí ZSS rozumí péče poskytovaná osobě do 18 let věku, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku.

Čl. 3

Obecné zásady posuzování stupně závislosti

- 1) Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto **ZŽP**:
- a) mobilita,
 - b) orientace,
 - c) komunikace,
 - d) stravování,
 - e) oblékání a obouvání,
 - f) tělesná hygiena,
 - g) výkon fyziologické potřeby,
 - h) péče o zdraví,
 - i) osobní aktivity,
 - j) péče o domácnost.
- 2) Pro posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti platí obecné principy posudkové činnosti, vycházející ze zjištěného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. PK MPSV přitom vychází z dokumentace OSSZ, zejména posudku lékaře OSSZ, zdravotního stavu osoby doloženého nálezem praktického lékaře a nálezů jiných odborných lékařů, výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření, lékařských nálezů doložených posuzovaným během řízení, výsledku vlastního vyšetření a ev. dalších podkladů dle úvahy předsedy PK MPSV nebo celé PK MPSV.
- 3) Závislost v jednotlivé ZŽP a stupeň závislosti lze spolehlivě stanovit až v době, kdy je skončeno poskytování akutní zdravotní péče, proběhla základní (bazální) rehabilitace, zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené.

Z této situace mohou nastat výjimky, např. dojde-li k amputaci DK v důsledku nádorového onemocnění, přičemž dále probíhá onkologická léčba (chemoterapie, ozařování atd.). Za této situace, i když zdravotní stav není zcela ustálen ve všech parametrech, lze DNZS uznat ve vztahu k rozhodující příčině DNZS, tj. k amputaci DK, a to na dobu 1 – 2 let a po této době vyhodnotit zdravotní stav a zvládání ZŽP znovu.

Vždy je nutno vyhodnotit konkrétní situaci, druh zdravotního postižení a jeho prognózu s ohledem na zvládání ZŽP.

- 4) Pokud dochází po zdravotní příhodě k progresi úbytku funkčních schopností proti premorbidnímu stavu a místo očekávaného zlepšování dochází ke stagnaci nebo dokonce k jeho zhoršování a přínos nelze očekávat ani od rehabilitace, vyhodnotí se tento stav jako DNZS s dopadem na zvládání jednotlivých ZŽP a uzná se příslušný stupeň závislosti.

Může se jednat např. o nepříznivý vývoj po CMP apod.

- 5) K uznání neschopnosti zvládat ZŽP z důvodu DNZS postačuje prokázání neschopnosti zvládat aspoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat ZŽP vymezena v příloze č. 1 k vyhlášce, a to bez ohledu na příčinu DNZS.
- 6) Při posuzování stupně závislosti se ZŽP, u nichž bylo zjištěno, že tyto ZŽP osoba z důvodu DNZS není schopna zvládat, sčítají.
- 7) Provedení nového sociálního šetření se doporučuje vyžádat u odvolacího správního orgánu zejména v těchto případech:
- a) záznam o sociálním šetření, provedeném na prvním stupni správního řízení, nemá z hlediska zjištění schopnosti samostatného života posuzované osoby v přirozeném sociálním prostředí pro posouzení stupně závislosti PK MPSV dostatečnou vypovídací hodnotu,
 - b) existují zásadní rozpory mezi záznamem o sociálním šetření provedeném na prvním stupni správního řízení a dostupnými lékařskými nálezy o zdravotním stavu posuzované osoby, se kterými se nevypořádal posudek OSSZ, a zároveň nelze předpokládat, že by k odstranění těchto rozporů dostačovalo vlastní vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby provedené PK MPSV, popřípadě vyšetření zdravotního stavu vyžádané předsedou PK MPSV u poskytovatele zdravotních služeb,
 - c) odvolací správní orgán požaduje posouzení k datu jednání PK MPSV a zároveň od sociálního šetření, provedeného na prvním stupni správního řízení, uplynulo zpravidla více než 6 měsíců a je důvodné předpokládat, že sociální šetření přinese nové skutečnosti,
 - d) PK MPSV zjistí, že v průběhu odvolacího řízení došlo ke změně zdravotního stavu posuzované osoby s posudkově významným dopadem na její závislost na pomoci jiné fyzické osoby,
 - e) PK MPSV zjistí, že v průběhu odvolacího řízení došlo k zásadní změně přirozeného sociálního prostředí posuzované osoby.
- 8) Předseda PK MPSV zváží v každém konkrétním případě, zda nové sociální šetření může přinést zásadní skutečnosti pro rozhodnutí ve věci. Dále zváží, zda si jej vyžádá v plném rozsahu nebo pouze se zaměřením ke konkrétnímu problému, a to i v jiném sociálním prostředí než je domácnost (např. stacionář, škola, pracoviště).

- 9) Předseda PK MPSV zváží, pokud existují značné diskrepance mezi funkčními schopnostmi vyplývajícími z lékařských nálezů a schopnostmi samostatného života zjištěnými sociálním šetřením, zda je potřebné v konkrétním případě přizvat posuzovanou osobu k jednání PK MPSV nebo zda je vhodné provést její návštěvu členy PK MPSV v místě bydliště.
- 10) Pokud má PK MPSV pochybnosti o obsahu lékařských zpráv či sociálního šetření, může předseda PK MPSV sám nebo přisedící odborný lékař vyšetřit zdravotní stav posuzované osoby, včetně ověření její schopnosti zvládat ŽŽP, popřípadě může být vyžádáno vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby u poskytovatele zdravotních služeb. Tuto možnost využije PK MPSV zejména v případech, kdy je zjevný nesoulad mezi výsledky sociálního šetření a odborných vyšetření.
- 11) Posudek musí splňovat požadavek úplnosti a přesvědčivosti, který spočívá v tom, že PK MPSV musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V posudkovém hodnocení musí PK MPSV posoudit předepsané skutečnosti a posudkově medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. lékařskými nálezy, sociálním šetřením, posudkem lékaře OSSZ, a to jak s těmi, které akceptuje, tak i s těmi, které nejsou PK MPSV akceptovány nebo jsou akceptovány jen částečně. Zejména je třeba podrobně odůvodnit, z jakého důvodu dochází k rozdílnému posouzení ŽŽP oproti posudku lékaře OSSZ, popřípadě proč dochází v rámci dalšího posouzení k přehodnocení dříve uznaných ŽŽP.
- 12) PK MPSV se v posudku musí vyrovnat také se všemi námitkami a návrhy posuzované osoby a požadavky odvolacího správního orgánu, aby posudek splňoval požadavek úplnosti a přesvědčivosti.
- 13) Závěrečnou částí posudkové rozvahy je stanovení, jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu DNZS omezeny, sníženy nebo zanikly a kolik a jaké ŽŽP posuzovaná osoba nezvládne (je v nich závislá) z důvodu DNZS. Závěrem posouzení stupně závislosti PK MPSV vyhotoví příslušnou tabulku hodnocení stupně závislosti, která tvoří přílohu posudku.
- 14) Jako statistická značka rozhodující diagnózy se uvádí hlavní zdravotní příčina způsobující závislost, tzn. konečný funkční následek, nikoliv anatomický substrát. Tedy např. F00 – demence u Alzheimerovy nemoci (nikoliv Alzheimerova nemoc, G30) nebo H90 – porucha sluchu (nikoliv otoskleróza, H80) nebo I69 – hemiplegie po CMP (nikoliv CMP, I64) apod.

Čl. 4

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

- 1) Základním předpokladem pro stanovení stupně závislosti je existence DNZS. Z definice vyplývá, že pro uznání DNZS musí být přítomno zdravotní postižení, které dlouhodobě nepříznivě omezuje nebo bude omezovat funkční schopnosti

nutné pro zvládání jednotlivých ZŽP. To znamená, že je-li přítomno zdravotní postižení, třeba i vážného charakteru, které u konkrétní osoby neomezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání jednotlivých ZŽP, nejde ve smyslu ZSS o nepříznivý zdravotní stav, neboť není naplněno kritérium nepříznivosti, tj. nejsou omezeny funkční schopnosti nutné pro ZŽP.

Jedná se např. o degenerativní změny kloubů bez závažného omezení funkce končetin, které nevedou k neschopnosti zvládat ZŽP.

- 2) Další podmínkou uznání DNZS je kritérium dlouhodobosti takového zdravotního postižení a jeho funkčních dopadů, tj. nezvládání ZŽP z důvodu nepříznivého zdravotního stavu trvá nebo bude trvat déle než 1 rok.

V kritériu dlouhodobosti by měla být zohledněna i skutečnost, zda jsou zdravotní stav a funkční schopnosti posuzované osoby stabilizované, tzn. ustálené na určité úrovni, a zda je osoba na své zdravotní postižení adaptovaná („naučila se s ním žít“).

Dosažení „křehké“ stabilizace zdravotního stavu a „křehké“ adaptace na zdravotní postižení (za vydatné podpory péče) se nepovažuje za posudkově významné, zejména v případě geriatrických syndromů.

Kritérium dlouhodobosti zpravidla nebude splněno např. u nekomplikovaného onkologického onemocnění, které je léčeno pouze operativně, následně není aplikována aktinoterapie a ani chemoterapie. V tomto případě nepříznivý zdravotní stav bude s vysokou pravděpodobností vyřešen do 3 měsíců.

- 3) Kritérium nepříznivosti a kritérium dlouhodobosti se zkoumá ve vztahu ke každé ZŽP. U akutně nebo náhle vzniklých stavů musí předpoklad dlouhodobosti a nepříznivosti vycházet ze zhodnocení dynamiky jeho vývoje u konkrétní osoby s ohledem na premorbidní stav a z obecných lékařských znalostí o průběhu daného stavu (nemoci, úrazu). K uznání DNZS postačuje předpoklad trvání nebo faktické trvání neschopnosti zvládat jednu ze ZŽP déle než 1 rok.

Hodnocení DNZS souvisí též s hodnocením toho, zda zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené – viz též čl. 3 odst. 3.

- 4) Nelze-li konstatovat DNZS, další skutečnosti se již neposuzují (neprovádí se hodnocení ZŽP). Do výrokové části posudkového závěru se uvede, že nejde o DNZS ve smyslu ZSS.

PK MPSV může při posuzování DNZS využít výhodu časového odstupu od hodnocení v první instanci. Při vyhodnocování existence DNZS má PK MPSV vzhledem k délce řízení již mnohem více informací o zdravotním stavu a jeho důsledcích, než tomu bylo při posouzení lékařem OSSZ, který měl zprávy o zdravotním stavu z počáteční fáze diagnostiky a léčení (např. onkologické nemoci, CMP, úrazy hlavy, zlomeniny krčku stehenní kosti apod.).

- 5) Při zjištění DNZS vyhodnotí PK MPSV informace o zdravotním stavu a informace obsažené v sociálním šetření ve vztahu k:
- a) funkčnímu dopadu DNSZ na schopnost zvládat ZŽP,
 - b) existenci příčinné souvislosti mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu a
 - c) přínosu „facilitátorů“.

Čl. 5

Principy hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby

- 1) Základním principem hodnocení schopnosti zvládat ZŽP je hodnocení funkčního dopadu DNZS na tuto schopnost. Nepřihlíží se přitom k pomoci, dohledu nebo péči při zvládání ZŽP, která nevyplyvá z funkčního dopadu DNZS.
- 2) Schopnost osoby zvládat ZŽP se hodnotí podle aktivit vymezených v příloze č. 1 k vyhlášce. ZŽP mají každodenní charakter, i když se liší různou mírou opakování během dne. Rovněž aktivity, kterými se ZŽP vymezují, jsou každodenně se opakujícího charakteru. Nepřihlíží se k pomoci, dohledu nebo péči při zvládání ZŽP, které nevyplyvají z funkčního dopadu DNZS.
- 3) Schopnost osoby zvládat ZŽP pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí, tj. v prostředí, kde osoba žije, realizuje své běžné sociální aktivity, a s ohledem na věk fyzické osoby.
- 4) Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP se hodnotí:
 - a) **tělesné struktury** a
 - b) **tělesné funkce** duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže,a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností.
- 5) Zvládání ZŽP se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby, tj. se zachovanými funkčními schopnostmi, a s využíváním běžně dostupných a obvyklých pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku (tzv. „facilitátory“), aniž PK MPSV zjišťuje, zda je osoba má či nemá k dispozici (zdravotnická pomůcka jako brýle, sluchadlo, otvírák na šroubovací láhve, nástavec na záchodě, sedák ve vaně, opěrná pomůcka, nízké chodítko, madla, odstranění prahů, zábradlí apod.). Podstatné je, že posuzovaný je schopen facilitující prostředky samostatně používat a ZŽP svede alternativním, ale vyhovujícím způsobem v přijatelném standardu.
- 6) Za neschopnost zvládání ZŽP se považuje stav, kdy **porucha funkčních schopností** dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes

využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout ZŽP v přijatelném standardu.

V této souvislosti je třeba připomenout, že porucha funkce (orgánu nebo systému) a porucha funkčních schopností nejsou totožné pojmy. Tj. porucha funkce orgánu nebo systému nemusí vždy vést k omezení funkčních schopností nutných pro zvládání ZŽP. Pokud fyzická osoba zvládá aktivity za použití facilitátorů sama (např. brýle, sluchadla, vybavení koupací vany madlem či sedátkem apod.) bez pomoci druhé osoby, nejde o neschopnost zvládat ZŽP a tedy ani o závislost v příslušné oblasti.

- 7) Za neschopnost zvládání ZŽP se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění ZŽP v přijatelném standardu.

Jedná se např. o případy, kdy dítě s morbus Perthes má nařízený dlouhodobý klid na lůžku (do stabilizace stavu); v takovém případě není schopno zvládat mobilitu.

Jiným příkladem je dítě s hematologickým onemocněním, které je v akutní fázi nemoci léčeno vysokými dávkami cytostatik se zásadním dopadem na imunitu dítěte, přičemž nemůže používat dopravní prostředky.

O neschopnost zvládat ZŽP v oblasti mobility se však nejedná, pokud osoba s poruchou imunity má v době zvýšeného rizika respiračních onemocnění doporučeno necestovat prostředky hromadné dopravy, ale jinak se běžně v kolektivech lidí pohybuje. V tomto případě se nejedná o trvalé riziko, ale pouze o preventivní opatření v době probíhající epidemie.

*Pro uznání neschopnosti zvládat ZŽP v uvedených případech musí být vždy splněny **následující podmínky**: musí se jednat o formu výslovného zákazu odborným lékařem, nikoliv o obvyklé lékařské doporučení, dále se musí jednat o dlouhodobé či trvalé izolační opatření (nejméně jeden rok) a musí být prokázána příčinná souvislost tohoto opatření s DNZS.*

- 8) Výsledek hodnocení jednotlivých ZŽP pro účely stanovení stupně závislosti musí odrážet rozsah duševních (týkajících se zejména chování, emotivity, schopnosti abstrakce), mentálních (zejména rozhodovací a poznávací schopnosti), tělesných a smyslových funkčních schopností posuzované osoby ve vztahu k DNZS. Jejich hodnocení (schopnost zvládat či neschopnost zvládat ZŽP) by mělo spolu vzájemně korespondovat, neboť k zvládání některých ZŽP a řady aktivit, kterými se ZŽP vymezují, je potřebný obdobný rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností.
- 9) **Přijatelným standardem** se rozumí zvládání příslušné ZŽP v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný, a který umožňuje, aby potřeby byly naplněny bez vazby na každodenní intervenci jiné osoby.

Za přijatelný standard lze považovat např. konzumaci teplého jídla lžící. Za přijatelný standard však nelze považovat, pokud osoba není schopna lžící používat a jí rukama.

Za přijatelný standard nelze pokládat komunikaci tracheostomovaných osob s trvalou kanylou při tvorbě hlasu překrýváním kanyly k vytvoření proudu vzduchu k hlasivkám.

- 10) Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP se posuzuje, zda z důvodu DNZS je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnutí ZŽP a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí ZŽP. Přitom se přihlíží k tomu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.

Za stabilizaci zdravotního stavu nelze považovat dosažení „křehké“ stabilizace, zejména v případě geriatrických syndromů. V takových případech by ztrátou podpory zdravotně postiženého při eventuálním snížení stupně závislosti mohlo dojít ke zhoršení funkčního dopadu zdravotního postižení na zvládnutí ZŽP, což je nežádoucí a z hlediska podpory zdravotně postižených nepřijatelné. Obdobně je třeba přistupovat k velmi těžce zdravotně postiženým, kde díky soustavné sociální péči a silné vůli zdravotně postiženého se „opticky“ daří zlepšit zvládnutí některé ZŽP, takže při kontrolním posouzení stupně závislosti (pozn.: u trvalých postižení by měla být pravidlem trvalá platnost posudku!) se zdravotní stav zdánlivě jeví jako stabilizovaný, což může svádět k uznání zvládnutí některé ZŽP a potažmo snížení stupně závislosti.

Obdobně je třeba přistupovat k adaptaci na zdravotní postižení. To se týká zejména stavů s úplnou závislostí ve stupni IV nebo s těžkou závislostí ve stupni III. V těchto případech je třeba přihlížet k tomu, že bez sociální podpory by se zdravotní stav a zvládnutí některých ZŽP velmi rychle zvrátilo do původního stavu, což není smyslem kontrolního posouzení. Adaptace musí být dlouhodobá, nikoliv křehká, která je přechodná a je přímo závislá na poskytování sociálních služeb a sociální péče. Zejména u křehkých seniorů, kterým je poskytována soustavná sociálně-rehabilitační péče, na jejímž podkladě dojde k zlepšení dovedností, se tato skutečnost nepokládá za adaptaci, neboť při přerušení intenzivní péče dochází k rychlému zhoršení zdravotního stavu a závislosti na péči druhé osoby.

K případné argumentaci dostatečného rozsahu funkčních schopností se doporučuje vycházet i z anamnestických zjištění, např. údajů o návštěvě předškolních zařízení, školním vzdělání, výdělečné činnosti, zájmových aktivitách, řízení motorového vozidla, způsobu bydlení, zda jedinec žije sám, z frekvence návštěv pečující osoby apod. Argumentačně lze využít i srovnatelnosti náročnosti při zvládnutí některých ZŽP a jejich aktivit.

U osob s MR se neposuzuje jen diagnóza a výše IQ, ale je třeba vzít v úvahu vliv prostředí, rané péče, sociální rehabilitace, výchovy, vzdělávání, adaptace i případné komorbidity. MR představuje kontinuum s různým stupněm narušení adaptivního chování. Duševní a intelektové schopnosti, sociální dovednosti a

sociální přizpůsobivost se mohou v jednotlivých případech při stejném stupni IQ (u lehkých a středních MR) v některých aspektech lišit. Současně je třeba vyhodnotit adaptaci na zdravotní postižení dosaženou vlivem sociálního prostředí, v němž zdravotně postižený vyrůstá.

U lehké MR se IQ pohybuje přibližně mezi 50 – 69, což se u dospělých srovnává s mentálním věkem cca 10 – 12 let. Děti s lehkou MR si potřebné dovednosti osvojují pomalejším způsobem. Při nástupu povinné školní docházky zpravidla zvládají stravování, oblékání, tělesnou hygienu, WC i komunikaci. Stav vede k obtížím při školní výuce. Pokud se IQ blíží dolní hranici rozmezí, mohou být některé sociální schopnosti a dovednosti více omezeny a stav si vyžádá i specifické výukové postupy. Mnoho dospělých je schopno jednoduché fyzické práce a udržují sociální vztahy.

U střední MR dosahuje IQ hodnot 35 – 49, což se u dospělých srovnává s mentálním věkem cca 6 – 9 let. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, s opožděním rozvoje péče o vlastní osobu a značným omezením komunikačních schopností a širších sociálních dovedností, z čehož plyne potřeba vzdělávání v speciálních vzdělávacích zařízeních. Zpravidla kolem 15. roku věku mladiství se středně těžkou MR disponují dostatečnými schopnostmi a dovednostmi v oblasti péče o svoji osobu (stravování, oblékání, obouvání, hygiena, výkon fyziologické potřeby), zvládají jednodušší/bazální komunikaci a orientaci (pouze) v obvyklém prostředí. Pokud se IQ blíží dolní hranici rozmezí střední MR, bývají dopady z hlediska péče nebo pomoci významnější.

Potřeba „občasného připomenutí či kontroly“ v oblasti péče o vlastní osobu se nehodnotí jako mimořádná péče, nicméně v posudku je třeba se s touto skutečností řádně vyrovnat a podrobně ji popsat, neboť hranice mezi zvládáním a nezvládáním ZŽP v těchto případech může být jemná.

U těžké MR se IQ pohybuje v pásmu 20 – 34, což se u dospělých srovnává s mentálním věkem cca 3 – 6 let. Stav vždy vyžaduje trvalou a maximální potřebu podpory. Při hodnocení zdravotního stavu a stupně závislosti je třeba zohlednit vliv přidružených zdravotních postižení (např. kvadruparéza).

V případě osob s pervazivními vývojovými poruchami, které jsou dnes označovány spíše termínem „poruchy autistického spektra“, lze využít při posuzování funkčních schopností zvládat ZŽP mezinárodně akceptovaného manuálu DSM 5, dle kterého jsou děleny autistické poruchy z pohledu závažnosti nemoci a potřeby péče do třech stupňů:

- **stupeň 3** - nejzávažnější porucha, vyžadující velmi speciální péči (výchovnou, vzdělávací, sociální atd.). Jedinec není schopen ani s dopomocí samostatného fungování, základní sebeobsluhy, není schopen orientace v čase a místě, je plně odkázán na péči okolí.
- **stupeň 2** - středně závažná porucha, vyžadující speciální péči. Jedinec je schopen se částečně orientovat v čase, místě a situaci, zejména v domácím (obvyklém) prostředí; mimo něj má problémy a potřebuje pomoc. Je

prakticky plně odkázán na péči okolí. Není schopen přiměřeného sociálního začlenění.

- **stupeň 1** - porucha lehčí závažnosti, vyžadující podporu. Jedinec zvládá péči o vlastní osobu a sebeobsahu, je schopen se bazálně orientovat v čase, místě a situaci. Je částečně a příležitostně odkázán na péči a pomoc jiné fyzické osoby zpravidla v oblasti sociálního začlenění, jednání s úřady, institucemi, řešení složitějších, neobvyklých pracovních a životních situací.

Základem pro hodnocení je ale vždy klinické posouzení zdravotního stavu jedince psychiatrem (ve věku do 18 let psychiatrem pro děti a dorost), neboť hodnocení psychopatologie a provedení kvalitní diferenciální diagnostiky přísluší především jemu.

11) U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období, rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla 1 rok; funkční schopnost zvládat ZŽP se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

12) Souvislost mezi DNZS a jeho dopadem na schopnost zvládat ZŽP musí být zřejmá. Není-li prokázána příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat konkrétní ZŽP v přijatelném standardu, nelze u ní závislost uznat.

Pokud nezvládání ZŽP není z důvodu DNZS, ale např. z důvodu neznalosti, nezkušenosti, pohodlnosti apod., nelze její nezvládání uznat. Např. 20letá osoba nebo muž senior (vdovec) nebyli díky dělbě prací v rodině vedeni k přípravě teplého jídla a nejsou si sami schopni uvařit. Přitom mají dostatečné fyzické, duševní a smyslové schopnosti, aby tuto činnost zvládli. V posudku je však nutno tuto skutečnost podrobně vysvětlit.

Čl. 6

Posuzování jednotlivých základních životních potřeb

1) Mobilita

- a) Za schopnost mobility se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat a měnit polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

Při hodnocení ZŽP mobilita se posuzuje funkční dopad postižení pohybového aparátu (končetin, pánve a páteře), tj. postižení kostí, svalů a nervů, a vliv tohoto postižení na schopnost samostatně se pohybovat ve smyslu shora uvedené definice.

Zvládání ZŽP mobilita se neposuzuje ve vztahu k postižení smyslů a mentálního či duševního postižení, které jsou zahrnuty a hodnoceny v ZŽP orientace.

- b) Za bariérové dopravní prostředky se považují takové dopravní prostředky, do kterých se vstupuje/vystupuje po schodech.
- c) Za chůzi po nerovném povrchu se považuje zejména chůze po chodníku s dlažebními kostkami nebo po vyspravovaných komunikacích. Schopnost chůze se hodnotí v obvyklém prostředí, tj. chůze po chodnících a dalších městských komunikacích, nehodnotí se chůze např. na turistické horské stezce, protože se nejedná o obvyklou každodenní aktivitu.
- d) Za neschopnost mobility se nepovažuje chůze, kterou je osoba schopna zvládnout každodenní pohyb po bytě třeba s přidržováním se nábytku, mimo byt a mimo bydliště za pomoci opěrných pomůcek, tj. hůlek, FH, berlí a event. chodítka.
- e) Za neschopnost mobility se považuje pohyblivost s odkázaností na invalidní vozík, pokud není vozík pro invalidy používán krátkodobě při aktuálním zhoršení zdravotního stavu. Za neschopnost mobility lze považovat i chůzi v malém rozsahu s těžce porušeným stereotypem chůze (souhyby obou DKK s výraznou oporou o 2 FH), neboť nejde o chůzi v „přijatelném standardu“.
- f) K neschopnosti mobility mohou vést těžká postižení až úplná ztráta funkce obou DKK na podkladě vrozených nebo získaných vad bez ohledu na etiologii. Plegie znamená, že není přítomna motorická ani senzorická funkce, případně je zachována nekompletní senzorická funkce, svalová síla 0 až 1. Minimálně těžká paréza (svalová síla 2) by měla být prokázána obvykle na dvou končetinách; osoba bývá pro své zdravotní postižení zpravidla odkázána na použití invalidního vozíku.
- g) Z interních onemocnění mohou k neschopnosti mobility vést těžká (terminální) stadia onemocnění, při kterých fyzická osoba pozbývá schopnost samostatného života, např. globální srdeční nebo dechová nedostatečnost, v případech seniorů těžká sarkopenie.

Za potřebu pomoci nebo dohledu druhé osoby při mobilitě nelze považovat doprovod při vycházce z důvodu zvýšení bezpečnosti pro běžné riziko pádu seniora nebo k zvýšení bezpečnosti dítěte v hromadné dopravě a silničním provozu.

2) Orientace

- a) Za schopnost orientace se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Schopnost orientace má dva rozměry – smyslový a duševní, tj. zvládání této ZŽP se posuzuje pouze ve vztahu k zachování smyslových a duševních či mentálních schopností.

Přiměřenost duševních schopností se hodnotí ve vztahu k uvědomění si vlastní identity v prostředí a čase, k schopnosti poznávat a řešit či rozhodovat obvyklé, každodenní situace, úkoly a problémy a k schopnosti regulovat své chování v přirozeném sociálním prostředí.

Stav fyzických schopností nemá vliv na orientaci pomocí smyslů ani na využívání duševních kompetencí k orientaci. Např. neschopnost či nemožnost otáčet hlavou do stran nemá za následek ztrátu orientace.

- b) Za neschopnost orientace se považuje např. stav, kdy osoba není schopna se smysly orientovat po bytě, v místě bydliště (dům, obydlí), na ulici a okolí, rozpoznávat jiné osoby, nebo nedisponuje přiměřenými duševními kompetencemi, které by jí umožnily orientovat se v obvyklém prostředí a v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat. Samotná „občasná“ ztráta orientace v čase, pokud není každodenní, neznamena neschopnost zvládat tuto ZŽP.
- c) K neschopnosti orientace může vést oboustranná praktická nebo úplná hluchota, praktická nebo úplná slepota, hluchoslepota, pokud ani za pomoci zdravotnických pomůcek (sluchadla, implantované neuroprotézy) neumožňuje zvládat aktivity, kterými je orientace vymezena. K neschopnosti orientace z důvodu „nedostatku duševních kompetencí“ vede také např. středně těžká, těžká a hluboká MR, dále středně těžká a těžká demence nebo jiná těžká psychická postižení, která působí narušení duševních kompetencí s prokazatelnými dlouhodobými těžkými poruchami orientace.

U neslyšících s implantovanou kochleární nebo kmenovou neuroprotézou je třeba vyhodnotit dobu od implantace, průběh rehabilitace a adaptaci na neuroprotézu, a to vše ve vztahu k věku příjemce. Přetrvávající porucha komunikace může být provázena též poruchou orientace, zvládání obou ZŽP je však třeba posuzovat odděleně. Výjimečně lze z důvodu poruchy prostorové (směrové) orientace uznat ZŽP orientace za nezvládanou i u komunikačně dobrých uživatelů implantátu v dětském věku.

*Za **MR** se považuje pouze porucha intelektu, která je vrozená nebo získaná během prvních dvou let života dítěte. Vznikne-li porucha intelektu později, nejedná se o MR, ale jde o **demenci**.*

U malých dětí v předškolním věku nelze spolehlivě hodnotit IQ. Obtížně lze stanovit také přesnou míru závažnosti poruchy intelektu. Z uvedených důvodů poruchu orientace u dětí z důvodu poruchy intelektu je nutno posuzovat velmi individuálně na základě odborných nálezů (především neurologického – úroveň psychomotorického vývoje, v předškolním věku lze obvykle již využít i psychiatrického a psychologického vyšetření), doložených známek

opožděného vývoje s přihlédnutím k dalším poruchám, jako např. k poruchám chování apod.

- d) Za neschopnost orientace se nepovažuje znevýhodnění v důsledku poruchy růstu, pokud je výška osoby větší než je obvyklá výška dítěte kolem 6. roku věku (cca 120 cm), kdy je dítě schopno při cestě do školy se spolehlivě orientovat i přes svůj malý vzrůst.
- e) Za neschopnost orientace se nepovažuje jízda na invalidním vozíku, neboť osoba na invalidním vozíku se stran orientace nachází ve stejné situaci (má stejný rozhled) jako řidič osobního automobilu. Kromě toho je tato skutečnost již zohledněna v nezvládání ZŽP mobilita. Případné omezení pohyblivosti páteře u některých osob používajících invalidní vozík (zejména otáčení hlavou) a tím působeného znevýhodnění vyrovnává facilitující pomůcka (zpětná zrcátka obdobně jako u cyklisty na kole nebo u řidiče automobilu).

3) Komunikace

- a) Za schopnost komunikace se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

K základním obrazovým symbolům patří např. označení WC obrázkem, světla na semaforu, k zvukovým signálům např. bzučák na semaforu, klakson auta apod.

Za komunikaci v přijatelném standardu nelze považovat např. obtížné a špatně čitelné napsání krátké zprávy rukou nebo obtížné „vytukávání“ textu na počítači jedním prstem při postižení rukou. To se může dotýkat např. vozíčkářů s postižením funkce horních končetin, nemocných s Parkinsonovou chorobou apod.

Za přijatelný standard se nepokládá komunikace Braillovým písmem.

Telefon se považuje za běžný komunikační prostředek, z toho důvodu neschopnost telefonovat z důvodu DNZS podmiňuje nezvládání ZŽP komunikace.

- b) Za neschopnost komunikace lze považovat např. stav, kdy osoba není schopna řádně přijímat a vytvářet smysluplné mluvené a písemné zprávy a srozumitelnou řeč ani za použití pomůcek (sluchadel nebo brýlí). Za neschopnost komunikace lze považovat stavy s obrnou obou vratných nervů, tracheostomií, kanylonosičství s následnými poruchami fonace (řeči) a komunikace působícími poruchy porozumění a dorozumění.

Za neschopnost slovní komunikace v přijatelném standardu se považuje komunikace jícnovým hlasem nebo pomocí elektrolaryngu. Neschopnost

komunikace mohou způsobit též nervosvalová postižení takového stupně, kdy stav vede k těžké poruše artikulace s nesrozumitelnou řečí.

- c) K neschopnosti komunikace může vést praktická a úplná nevidomost obou očí (neschopnost produkovat psanou zprávu), praktická a úplná hluchota (neschopnost dorozumět se mluvenou řečí) a těžké formy hluchoslepoty. K neschopnosti komunikace dále mohou vést např. středně těžká, těžká a hluboká MR, středně těžká a těžká demence nebo jiná těžká psychická postižení s těžkými poruchami komunikace.

K posuzování osob s kochleárním nebo kmenovým implantátem je třeba přistupovat individuálně, obdobně jako u hodnocení ZŽP orientace. Přitom je třeba mít na zřeteli, že příjemce implantátu není normálně slyšící člověk. Kromě poruchy vnímání zvuku může trpět poruchou prostorové (směrové) orientace. Vjemy vznikající z implantátu jsou u dospělých zcela odlišné od předchozích zkušeností posuzovaného. Musí si úplně přestavět asociační spoje ohledně zvuků za pomoci integrace s jinými smysly, zejména se zrakem, posuzovaný se musí novému slyšení učit. Při posuzování zvládnutí této ZŽP se obdobně jako u ZŽP orientace hodnotí doba od implantace, průběh rekonvalescence, adaptace, schopnost dorozumívat se bez odezírání, výsledek audiologického vyšetření, současně se přihlíží k věku posuzovaného.

4) Stravování

- a) Za schopnost stravování se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj si nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.
- b) Za neschopnost stravování lze pokládat stav, kdy osoba není schopna sama si stravu naporcovat a bez cizí pomoci není schopna přijímat potravu, nalít si nápoj a napít se.
- c) U některých osob se posuzuje též neschopnost dodržování dietního režimu nebo dodržování speciální stravovací potřeby, kdy je rozhodné vybrat si „správné/vhodné“ dietní nápoje a potraviny a konzumovat je v potřebných časových intervalech.

Za neschopnost v oblasti dietní stravy se nepovažuje vyloučení některých potravinových alergenů u dětí, jako např. jahod, ořechů a dalších alergenů, které nejsou každodenními a obvyklými složkami potravin. Nepřihlíží se také k potřebě pomoci, dohledu a péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Schopnost uvařit si teplé jídlo a nápoj se hodnotí v rámci ZŽP péče o domácnost a nelze tedy tuto aktivitu zohledňovat při hodnocení ZŽP stravování.

- d) K neschopnosti zvládat stravování může dojít např. při anatomické nebo funkční ztrátě obou HKK nebo anatomické ztrátě podstatných částí obou HKK s nemožností využít protézu k uchopení věcí, při ztrátě úchopové schopnosti obou rukou, při praktické a úplné nevidomosti obou očí a také při těžkých

duševních poruchách, spojených se sociální dezintegrací, kdy jsou narušeny stravovací stereotypy.

Naservírování stravy (přemístění stravy a nápoje na místo konzumace) je možno realizovat nejen přenášením, ale i posouváním nebo např. převezením na servírovacím stolku nebo na invalidním vozíku. Tzn., že samotný údaj o používání 2 FH nebo invalidního vozíku nemusí podmiňovat neschopnost naservírovat stravu. Předpokladem k tomu však je zejména zachovaná funkce obou HKK (včetně rukou) a přiměřené duševní kompetence.

Nezvládání naservírování nelze uznat např. v situaci, kdy muž – senior nebyl díky dělbě prací v rodině veden k provádění servírování stravy a je proto méně obratný, ale přitom má dostatečné fyzické, duševní a smyslové schopnosti, aby tuto činnost zvládl.

Za neschopnost zvládat ZŽP stravování se považuje nutnost přijímání potravy žaludeční nebo jinou sondou (případně gastrostomií).

5) Oblékání a obouvání

- a) Za schopnost oblékání a obouvání se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Manipulací s oblečením v souvislosti s denním režimem se rozumí např. svléknout si noční košili nebo pyžamo, obléknout/svléknout si každodenní běžný denní oděv, svlékat a oblékat si části oblečení při použití WC, přezout se v souvislosti s vycházkou apod. Při hodnocení zvládání ZŽP oblékání a obouvání se berou v úvahu facilitační pomůcky (např. suché zipy).

- b) Za neschopnost oblékání a obouvání lze pokládat stav, kdy osoba není schopna řádného výběru oblečení a obuvi (přiměřené situaci nebo počasí), navlékání, svlékání, nazouvání a vyzouvání ani za použití různých pomůcek. Za neschopnost obouvání se považuje také obouvání ortopedické obuvi, pokud k tomu je nutná pomoc jiné fyzické osoby.
- c) K neschopnosti zvládat oblékání a obouvání může dojít např. při anatomické nebo funkční ztrátě obou HKK, anatomické ztrátě podstatných částí obou HKK nebo anatomické či funkční ztrátě DKK, těžkém funkčním postižení páteře s celkovým ztuhnutím a omezením exkurzí hrudníku, při praktické a úplné nevidomosti obou očí, a také při těžkých duševních poruchách spojených se sociální dezintegrací, kdy jsou narušeny tyto stereotypy.

6) Tělesná hygiena

- a) Za schopnost zvládnout tělesnou hygienu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

- b) **Schopností použít hygienické zařízení** se rozumí vyhledat a použít umyvadlo, vanu/sprchový kout, manipulovat s baterií, připravit si lázeň. Za neschopnost tělesné hygieny nelze pokládat stav, kdy osoba je schopna umývat se, osprchovat se, učesat se nebo pečovat o ústní hygienu za pomoci různých pomůcek, jako např. přidržovacích madel v koupelně, sedáku u umyvadla nebo ve vaně apod. Za neschopnost tělesné hygieny se nepovažuje preventivní přítomnost druhé osoby z důvodu posílení jistoty a vyloučení případného rizika pádu.
- c) K neschopnosti zvládat tělesnou hygienu může dojít např. při anatomické nebo funkční ztrátě dominantní HK nebo podstatného omezení funkce obou HKK různé etiologie, při anatomické či funkční ztrátě jedné nebo obou DKK nebo jejich podstatným funkčním omezení. Dále k této neschopnosti může vést praktická a úplná nevidomost obou očí a různá těžká psychická postižení s těžce narušenými stereotypy v oblasti tělesné hygieny.

U osob se zhoršenou mobilitou používajících 2 FH je třeba detailně zkoumat stav fyzických schopností a funkci končetin zejména pak ve vztahu k jejich schopnosti použít hygienické zařízení a provádět celkovou hygienu. Pokud je osoba schopna měnit pozici svého těla, přemísťovat se ze sedu do stoje nebo přeseďovat z místa na místo, má zachovanou schopnost úchopu a přidržování se, dosáhne na potřebné věci (baterii, mýdlo), existuje předpoklad, že svede i celkovou hygienu ve sprchovacím koutu s příslušným facilitátorem (sedák, madlo, protiskluzová podložka).

Preventivní dohled z důvodu případného rizika pádu na kluzkém povrchu při celkové hygieně seniora nebo dítěte nelze považovat za neschopnost zvládat tuto ŽŽP, pokud jinak všechny aktivity zvládá.

7) Výkon fyziologické potřeby

- a) Za schopnost výkonu fyziologické potřeby se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky. Přitom se hodnotí smyslové, mentální, duševní a tělesné schopnosti zvládat jednotlivé aktivity této ŽŽP.
- b) Za neschopnost výkonu fyziologické potřeby lze pokládat stav, kdy osoba není schopna bez pomoci druhé osoby řádně se vyprázdnit, provést očistu po provedení fyziologické potřeby, vyhledat WC nebo ho vyhledat včas a používat potřebné pomůcky (absorpční/stomické/cévkky/klysmata). Při hodnocení schopnosti/neschopnosti zvládat výkon fyziologické potřeby se nebere v úvahu manipulace s oblečením (ta je součástí hodnocení ŽŽP oblékání a obouvání).
- c) Za neschopnost se nepovažuje inkontinence moči nebo stolice nebo ošetřování stomií, pokud osoba je schopna sama vyměnit si absorpční pomůcky a očistit se, nebo retence moči a stolice, pokud osoba sama zvládne vyprázdnit se cévkováním či s využitím projímadel a klysmatu.

- d) K neschopnosti zvládat ZŽP výkon fyziologické potřeby může dále dojít při anatomické nebo funkční ztrátě úchopové schopnosti obou rukou (osoba není schopna provést očistu), při anatomické či funkční ztrátě jedné nebo obou DKK a také při těžkém duševním onemocnění spojeném se sociální dezintegrací.
- e) U osob odkázaných na invalidní vozík je třeba u schopnosti výkonu fyziologické potřeby a schopnosti používat WC vyhodnotit funkci obou HKK včetně funkce rukou z hlediska jejich pohyblivosti a svalové síly ve vztahu ke schopnosti přemístit se z vozíku na WC a zpět.

Ošetřování výlevků, odpadů, WC, denní používání dezinfekčních prostředků z důvodu prevence šíření rizika infekce se nepovažuje za nezvládání ZŽP výkon fyziologické potřeby. Tato aktivita je již vyhodnocena v ZŽP péče o zdraví (jedná se o stanovený léčebný režim).

8) Péče o zdraví

- a) Za schopnost zvládat péči o zdraví se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

Za schopnost péče o zdraví se považují preventivní opatření nařízená ošetřujícím lékařem. Nedílnou součástí preventivních opatření jsou cílená každodenní hygienická a protiepidemická opatření snižující šíření infekčních agens v domácím prostředí (např. nutná dezinfekce výlevků, odpadů a WC).

- b) Schopnost zvládat tuto ZŽP se hodnotí vždy ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. V rámci stanoveného režimu se zohledňují i preventivní opatření nařízená lékařem.
- c) K neschopnosti zvládat péči o zdraví může dojít např. při ztrátě úchopové schopnosti obou rukou, ztrátě jemné motoriky, těžké poruše funkce nosného a pohybového ústrojí, praktické a úplné nevidomosti obou očí a při těžkých duševních poruchách spojených se sociální dezintegrací.

Za neschopnost zvládat ZŽP péče o zdraví lze pokládat stav, kdy z důvodu DNZS osoba není schopna provádět si sama každodenní ošetřování rozsáhlejších patologických kožních procesů, použít nebo vyměnit ortopedickou nebo kompenzační pomůcku, dodržovat léčebný režim, rozpoznat správný lék, pravidelně užívat léky, aplikovat injekce, včetně inzulínu, provádět léčebná opatření, inhalovat, rehabilitovat, provádět logopedická cvičení, měřit metabolity v krvi a moči, provádět nezbytná preventivní opatření.

Za neschopnost péče o zdraví se považuje stav, kdy osoba z důvodu těžkého narušení nebo pozbytí duševních kompetencí (např. v případě střední, těžké nebo hluboké mentální retardace) nemá dostatečné dispozice, aby pečovala o

své zdraví v případě potřeby, přestože nemá stanovenou každodenní medikaci ani každodenní provádění léčebných a ošetrovatelských opatření. Pokud dlouhodobě a každodenně osoba není schopna rozpoznat rizika ohrožení svého zdraví a života, pečovat o své zdraví v běžných, opakovaně se vyskytujících „banálních“ situacích (drobné poranění, nevolnost, bolest, teplota aj.), jedná se o nezvládání ZŽP péče o zdraví.

9) Osobní aktivity

- a) Za schopnost provádět osobní aktivity se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

Vyřizováním svých záležitostí se rozumí věcné zvládnutí vyřizování záležitostí, které souvisí se sociálním životem posuzované osoby ve vztahu k jejímu věku. Pro zvládání není stěžejní stav mobility, ale zda posuzovaná osoba svým záležitostem rozumí, umí je vyhodnotit a řešit je na příslušném místě.

- b) Schopností zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku se rozumí každodenní aktivity podle zájmů, sociálního postavení a místních možností, uspořádání času, plánování života a obstarávání osobních záležitostí. Za posudkově významné se považují jen obvyklé aktivity v porovnání s běžnou populací téhož věku, tj. nepatří sem zcela individuální zapojení, kdy např. senior ve věku 85 let po CMP nemůže hrát tenis nebo tancovat či řídit auto, ale jinak „sleduje všeobecné dění“.
- c) Za neschopnost zvládat ZŽP osobní aktivity se považuje stav, kdy osoba není schopna zapojit se přiměřeně podle místních možností do obvyklých aktivit pro daný věk, uspořádat si svůj čas a plánovat život. Tento stav se hodnotí ve vztahu k období před vznikem závislosti, resp. před vznikem DNZS, který má za následek neschopnost zvládat tuto ZŽP.

Pokud osoba se zdravotním postižením při zapojení do volnočasových aktivit, povinné školní docházky, přípravy na pracovní uplatnění nebo při svém zaměstnání potřebuje přítomnost a pomoc osobního asistenta, tj. bez jeho asistence by se do volnočasových, vzdělávacích nebo pracovních aktivit nemohla vůbec zapojit, pak tuto ZŽP nezvládá.

- d) **U dětí** se za neschopnost zvládat tuto ZŽP považuje zejména stav, kdy podle posudku ošetřujícího lékaře není dítě zdravotně způsobilé navštěvovat předškolní kolektivní zařízení nebo dítě ve věku školní docházky má povolenou individuální výuku v domácím prostředí ze zdravotních důvodů.

Za neschopnost v oblasti volnočasových aktivit (zdravotně a věkově přiměřených dítěti) nezbytných ke zvládnutí ZŽP osobní aktivity se považuje též stav, kdy dítěti musí být zajištěn nepřetržitý dohled ze zdravotních důvodů nebo situace, kdy jsou jeho aktivity ze zdravotních důvodů podstatným způsobem redukovány (např. jen hry doma).

Za neschopnost osobních aktivit u dětí předškolního věku se považuje i omezení vyplývající z nutnosti dodržování dietního stravování nebo potřeba provedení ošetření. Musí však jít o takový dietní režim nebo způsob ošetření, které svojí náročností limitují zapojení se do aktivit včetně obvyklých her v dětském kolektivu či do návštěvy předškolního zařízení a vyžadují každodenní mimořádnou péči.

10) Péče o domácnost

- a) Za schopnost zvládnout péči o domácnost se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.
- b) Pro manipulaci s předměty denní potřeby, kterými se myslí prádlo, oblečení, obutí, potraviny, nápoje, jídlo, nádobí, hygienické potřeby, spínače/vypínače je stěžejní funkce paže a ruky (zvláště úchop), podání si věci, její udržení po potřebnou dobu, jemná motorika s přiměřenou zručností a svalovou silou.
- c) Za běžné spotřebiče se považuje sporák/vařič, mikrovlnná trouba, rychlovarná konvice, rozhlas, televize. Za běžné domácí práce se považuje úklid povrchů, ukládání prádla, potravin, umytí nádobí po sobě a jeho uložení.
- d) K neschopnosti zvládat péči o domácnost může dojít např. při těžké poruše funkce nosného a pohybového ústrojí, velmi těžkém úbytku fyzických schopností při interních a onkologických postiženích, těžké poruše komunikace a orientace, těžkých duševních poruchách se ztrátou realitní kontroly, středně těžké, těžké a hluboké MF, dále středně těžké a těžké demenci nebo jiných těžkých duševních poruchách spojených se sociální dezintegrací. K neschopnosti v této základní životní potřebě může také vést praktická a úplná nevidomost obou očí.

Za neschopnost péče o domácnost se považuje stav, kdy osoba není schopna zajistit si běžný nákup a provádět jednoduché úkony spojené s běžným chodem a udržováním domácnosti. Nejedná se tedy o obstarávání velkých nákupů, velkého úklidu domácnosti spojeného např. s mytím oken, velké prádlo apod., jedná se jen o běžnou nezbytnou každodenní činnost, která se hodnotí jako celek.

Tato ŽŽP se nehodnotí u osob do 18 let věku.

Čl. 7

Specifický přístup k posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku

- 1) Osobou do 18 let věku se rozumí osoba, která nedovršila stanovený věk ke dni rozhodnému pro stanovení stupně závislosti.

- 2) U osob do 18 let věku se hodnotí schopnost zvládat ZŽP jako u osob starších 18 let věku kromě ZŽP uvedené v § 9 odst. 1 písm. j) ZSS, tj. „péče o domácnost“, která se u nich nehodnotí. Přitom se přihlíží také k věkovým standardům (milníkům) psychomotorického vývoje dítěte, podle kterých se hodnotí, kdy se z fyziologických důvodů předpokládá zvládnutí ZŽP, a co se považuje za jejich nezvládnutí (viz příloha k tomuto metodickému pokynu).
- 3) Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. To znamená, že neschopnost zvládnout některou aktivitu v určité ZŽP z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje se nepovažuje za neschopnost zvládat ZŽP. **To však neplatí, pokud osoba z důvodu DNZS** při zvládnutí ZŽP nebo některé z aktivit, které jsou pro schopnost zvládat ZŽP stanoveny v příloze č. 1 k vyhlášce, vyžaduje **každodenní mimořádnou péči** jiné fyzické osoby.
- 4) U mimořádné péče se jedná o péči poskytovanou navíc (tj. nad rámec běžně poskytované péče) dítěti či mladistvému, která je mu poskytována rodičem či jinou osobou z důvodu DNZS.

Např. se jedná o situace, kdy osoba pečující o dítě musí vzhledem k jeho zdravotnímu stavu často během dne nebo i v noci dítě ošetřovat, každodenně provádět rehabilitaci v domácím prostředí, každodenně dohlížet nad dodržováním ZŽP stravování, každodenně realizovat léčebná opatření a poskytovat mimořádnou péči ve vztahu k realizaci některé z hodnocených ZŽP, např. krmit dítě, oblékat či umývat, ač vzhledem k věku by to mělo zvládat.

- 5) Při hodnocení potřeby **mimořádné péče** se porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku. Touto péčí se rozumí péče, která **podstatně** přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku svým rozsahem, intenzitou nebo náročností.
- 6) **Podstatností** se rozumí zvýšení rozsahu, intenzity nebo náročnosti péče o cca více než jednu třetinu oproti péči věnované dítěti bez zdravotního postižení. Jde tedy o takový typ péče, která se v daném věku dítěti bez zdravotního postižení neposkytuje vůbec.

Jedná se např. o každodenní rehabilitaci Vojtovou metodou, každodenní léčebná opatření, zajišťování pohybu na invalidním vozíku, komunikaci znakovou řečí, pomoc při oblékání nebo výkonu fyziologické potřeby, kdy se již stejně staré zdravé dítě obléká samo a s přiměřenou spolehlivostí zachovává čistotu a zvládá WC, dále sem patří např. příprava diety náročné na složení a množství potravy, intenzivní dohled na dítě se závažnou duševní poruchou, kdy zdravé dítě vyžaduje jen dohled pravidelný.

Podstatnost je nutno odlišovat od případné péče „jen lehce zvýšené“, která pramení z nutnosti individuálních přístupů k dítěti bez zdravotního postižení nebo i k dítěti se

zdravotním postižením, např. stavy vyžadující jen dispenzarizaci, stavy s minimálními nároky na léčebná opatření (ordinace 1 léku 1 x denně nebo 1 x denně ošetření lokálních malých ložisek na kůži), stavy dětské obezity (s připomínáním nepřejídání se) nebo vadné držení těla (s připomínáním správného sezení a zaujímání poloh), příležitostný dohled nad denním režimem u kompenzovaného epileptika apod.

- 7) Podstatně zvýšeným rozsahem péče se rozumí např. nutnost soustavně aplikovat dítěti staršímu 3 let věku ze zdravotních důvodů plenkové kalhotky.
- 8) Podstatně zvýšenou frekvencí péče se rozumí např. nutnost častějšího stravování, tj. častější příprava a krmení dítěte (více než 5x denně) u rozštěpových vad v oblasti otorinolaryngologické (do dosažení funkčně uspokojivého stavu).
- 9) Podstatně zvýšenou intenzitou péče se rozumí např. nutnost soustavného poskytování péče během noci (při imobilitě, při dechové podpoře či umělé plicní ventilaci u nervosvalových nemocí).
- 10) Potřeba každodenní mimořádné péče se může z fyziologických důvodů měnit v závislosti na věku a stupni sociální zralosti.

Pokud se vlivem biopsychosociálního vývoje potřeba péče snižuje nebo se minimalizuje rozsah, intenzita či náročnost péče do té míry, že ztrácí charakter každodenní mimořádné péče, může se změnit též schopnost zvládat příslušnou ZŽP.

V jiných případech s progresí zdravotního postižení a stagnací biopsychosociálního vývoje (nebo jeho regresí) může dojít k nárůstu potřeby mimořádné péče i do dalších oblastí ZŽP, kdy v mladším věku ji nebylo nutno poskytovat.

Čl. 8

Datum vzniku závislosti osoby

- 1) Datum vzniku, změny stupně nebo zániku závislosti stanovuje PK MPSV (a v příslušné rubrice posudku uvádí) pouze tehdy, pokud to výslovně požaduje odvolací správní orgán. V ostatních případech bude případný vznik, změna stupně nebo zániku závislosti nepřímo vyplývat pouze z kombinovaného výroku PK MPSV, pokud ke vzniku, změně stupně nebo zániku závislosti došlo podle posudkového závěru PK MPSV v průběhu časového období, které bylo PK MPSV hodnoceno.
- 2) Datum vzniku závislosti osoby nelze stanovit přede dnem účinnosti ZSS (tj. před 1. 1. 2007).

Čl. 9

Doba platnosti posudku

- 1) Platnost posudku u osob starších 18 let věku se stanoví s ohledem na předpokládaný vývoj zdravotního stavu. U trvalých stavů a zejména u starších žadatelů se platnost stanoví trvale. Pokud PK MPSV stanovuje platnost posudku a stanovuje ji na omezenou dobu, je nutno v posudkovém zhodnocení tuto skutečnost vždy řádně zdůvodnit (obvykle očekávaným zlepšením zdravotního stavu).
- 2) Platnost posudku u osob do 18 let věku se stanoví racionálně na dobu, kdy lze očekávat zlepšení zdravotního stavu, dosažení pokroku v biopsychosociálním vývoji nebo nabytí přiměřených schopností a dovedností vzděláním a výchovou. Jako pomůcku lze využít přílohu k tomuto metodickému pokynu „Psychomotorický vývoj dítěte“, v níž jsou uvedeny standardy vývoje dítěte. Podle nich se hodnotí, na základě jakých aktivit dítěte lze posoudit zvládnutí či nezvládnutí ZŽP, a které ZŽP se vzhledem k dosaženému věku neposuzují.

Platnost posudku u dětí se nestanovuje paušálně, např. na dobu 1 roku, ale racionálně dle předpokládaného vývoje zdravotního stavu dítěte, jeho schopností a dovedností s přihlédnutím k vývojovému schématu „Psychomotorický vývoj“ a k tomu, kdy lze očekávat posudkově významné změny.

Např. u posuzovaného šestiletého dítěte s Downovým syndromem, poruchou mobility a těžkým opožděním psychomotorického vývoje na úrovni dvouletého dítěte, lze stanovit dobu platnosti až do 15 let věku, protože po tuto dobu se nepředpokládá posudkově významná změna zdravotního stavu, schopností dítěte a stupně jeho závislosti.

Čl. 10

Závěrečné ustanovení

Tento metodický pokyn nabývá účinnosti dnem 15. 11. 2014.

MUDr. Dušan Gajdošík v. r.
ředitel odboru posudkové služby