

Úplné znění Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016 (Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016

Věc: Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (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 ZŽP
- Čl. 6. Posuzování jednotlivých ZŽP
- Čl. 7. Specifický přístup k posuzování stupně závislosti osob do 18 let věku
- Čl. 8. Doba platnosti posudku
- Čl. 9. Součinnost LPS OSSZ a KP ÚP podle § 25 ZSS
- Čl.9a Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími
- Čl. 10. Závěrečná ustanovení

Příloha: Psychomotorický vývoj dítěte

Seznam zkratk užitých v textu

CMP	cévní mozková příhoda
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DK	dolní končetina
DKK	dolní končetiny
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
FH	francouzské hole
HK	horní končetina
HKK	horní končetiny
IQ	inteligenční kvocient
KP ÚP	krajská pobočka Úřadu práce ČR
LPS	lékařská posudková služba
MR	mentální retardace
OL	ošetřující lékař
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení; v textu se tím míní též Pražská správa sociálního zabezpečení a Městská správa sociálního zabezpečení Brno
PC	personal computer (osobní počítač)
PEG (PEJ)	perkutánní endoskopická gastrostomie (jejunostomie)
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
ZOPSZ	zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, 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) Tato instrukce upravuje pracovní postupy LPS OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při posuzování stupně závislosti pro účely PnP podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve vztahu k ust. § 8 odst. 1 písm. g) a § 4 odst. 2 ZOPSZ.
- 2) Při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči postupují LPS OSSZ i dle procesních pravidel stanovených ČSSZ, PK MPSV i 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, v platném znění.

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 zvládnutí ZŽP.
- 2) **Přirozeným 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 zvládnutí 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 zvládnout **tři nebo čtyři** ZŽP,
 - b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládnout **pět nebo šest** ZŽP,
 - c) **stupni III** (těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládnout **sedm nebo osm** ZŽP,
 - d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládnout **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 zvládnutí 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 každodenní 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 zvládnutí u osoby se zdravotním postižením.

11) **Každodenní péčí se rozumí** činnosti, které jsou jinou fyzickou osobou/poskytovatelem sociálních služeb každodenně 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 zvládnutí 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 každodenní 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 jejich 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.
- 14) **Přijatelným standardem** se rozumí zvládnání příslušné základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby (viz dále čl. 5 odst. 9).

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. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (§ 25 odst. 3 ZSS). PK MPSV přitom vychází z dokumentace OSSZ, 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 rehabilitace a zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené. Stran ustálenosti zdravotního stavu je proto zapotřebí vždy vyhodnotit konkrétní situaci ve vztahu k shora uvedeným skutečnostem.

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 zvládnání jednotlivých ZŽP a uzná se příslušný stupeň závislosti.

Může se jednat např. o nepříznivý vývoj po CMP.

- 4) 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.
- 5) Při posuzování stupně závislosti se ZŽP, u nichž bylo zjištěno, že tyto ZŽP osoba z důvodu DNZS není schopna zvládat, sčítají.
- 6) Posudek musí splňovat požadavek úplnosti, objektivnosti a přesvědčivosti, který spočívá v tom, že posudkový lékař musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V posudkovém hodnocení musí posudkový lékař posoudit předeepsané skutečnosti a posudkově medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. lékařskými nálezy, sociálním šetřením. PK MPSV se musí vypořádat i se skutečnostmi uvedenými v posudku lékaře OSSZ, a to jak s těmi, které akceptuje, tak i s těmi, které nejsou PK MPSV akceptovány nebo jsou akceptovány jen částečně, dále s námitkami uvedenými v odvolání, jež se týkají jednotlivých aktivit v rámci ZŽP, a lékařskými nálezy doloženými v průběhu odvolacího řízení. Zejména je třeba podrobně odůvodnit, z jakého důvodu dochází k rozdílnému posouzení ZŽP oproti posudku lékaře OSSZ, popřípadě proč dochází v rámci dalšího posouzení k přehodnocení dříve uznaných ZŽP. PK MPSV se v posudku vždy vypořádá také s požadavky odvolacího správního orgánu.
- 7) Závěrečnou částí posudkové rozvahy je stanovení, jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu DNZS omezeny, sníženy nebo zanikly a kolik a jaké ZŽP posuzovaná osoba nezvládne (je v nich závislá) z důvodu DNZS.
- 8) Jako statistická značka rozhodující diagnózy se uvádí hlavní zdravotní příčina způsobující závislost, tzn. konečný funkční následek, nikoliv anatomický substrát. Tedy např. 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 (tj. osoba se naučila zvládat příslušnou aktivitu náhradním způsobem, s facilitátory apod.).

- 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.
- 5) Při zjištění DNZS vyhodnotí posudkový lékař informace o zdravotním stavu a informace obsažené v sociálním šetření ve vztahu k:
- a) funkčnímu dopadu DNZS 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 ZŽP

- 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 nevyplývá 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 nevyplývají 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 posudkový lékař zjišťuje, zda je osoba má či nemá k dispozici (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 fyzické osoby 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 veřejné 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 (např. nemocní s mukoviscidózou, onkologickým onemocněním apod.). 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 zvládnutí 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 zvládnutí příslušné ZŽP v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný, a který umožňuje, aby potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby. Obě podmínky (tj. kvalita a samostatnost) musí být splněny současně, podstatnou skutečností je naplnění účelu u konkrétní ZŽP.

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 pomocí elektrolaryngu nebo jícnovým hlasem, příp. tracheostomovaných osob s trvalou kanylou při tvorbě hlasu překrýváním kanyly k vytvoření proudu vzduchu k hlasivkám, která působí komunikační problémy.

- 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 osoby se zdravotním postižením při eventuálním snížení stupně závislosti mohlo dojít ke zhoršení funkčního dopadu zdravotního postižení na zvládnutí ZŽP, což je nežádoucí a z hlediska podpory osoby se zdravotním postižením nepřijatelné. Obdobně je třeba přistupovat k osobám s velmi těžkým zdravotním postižením, kde díky soustavné sociální péči a silné vůli osoby se zdravotním postižením se zdánlivě 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 zvládání 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 osoba se zdravotním postižením 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).

Základem pro hodnocení zvládání ZŽP osobami s pervazivními vývojovými poruchami je vždy klinické posouzení zdravotního stavu jedince psychiatrem (ve věku do 18 let psychiatrem pro děti a dorost), neboť hodnocení psychopatologie a provedení kvalitní diferenciatní diagnostiky přísluší především jemu. Psychiatrické vyšetření by mělo být doplněno kvalitním psychologickým vyšetřením provedeným na pracovišti klinické psychologie (klinickým psychologem), nestačí vyšetření psychologem bez této požadované kvalifikace. Ostatní vyšetření, např. školním psychologem, různými poradnami apod., mohou mít pro posudkové zhodnocení pouze podpůrný (informativní) charakter a je nutno dát je do kontextu s ostatními zjištěnými skutečnostmi.

U poruch autistického spektra a dalších duševních poruch je třeba přihlížet nejen k stanovenému IQ, které nemusí být vzhledem k schopnosti zvládat ZŽP rozhodující, ale též k přidruženým poruchám, např. chování, osobnosti atd.

Klasifikace nízkofunkční, středněfunkční a vysokofunkční autismus vyjadřuje určitou míru schopnosti socializace a sociálního začleňování, což může ovlivnit zvládání ZŽP v různé míře. Kombinace autismu s defektem mentálních schopností vždy zvládání ZŽP významně zhoršuje.

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 ZŽP

A. Mobilita

- a) Za schopnost zvládat tuto základní ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat
1. vstávání a usedání,
 2. stoj,
 3. zaujímat a měnit polohy,

4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
5. otevírat a zavírat dveře,
6. chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

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.

Neschopnost zvládat aktivitu otvírání a zavírání dveří nejčastěji může být důsledkem současného postižení funkce horních a dolních končetin, případně ztrátových poranění obou horních končetin. Zvládání ZŽP u ztrátových poranění se přitom hodnotí s facilitátory (zejména protézami).

Zvládání ZŽP mobilita se neposuzuje ve vztahu k postižení smyslů (a to ani aktivity otvírání a zavírání dveří, chůze po schodech a nastupování a vystupování z dopravních prostředků u nevidomých) 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 sensorická funkce, případně je zachována nekompletní sensorická 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.

B. Orientace

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
 2. mít přiměřené duševní kompetence,
 3. orientovat se osobou, časem a místem,
 4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
 5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Schopnost orientace má dva rozměry – smyslový a duševní, tj. zvládnání 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, neznamená 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 prostředků (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 provázána též poruchou orientace, zvládnání obou ZŽP je však třeba posuzovat odděleně.

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 nezvládnání 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).

C. Komunikace

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
 1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
 2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
 3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
 4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
 5. 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 např. z důvodu třesu nebo parézy horní končetiny, či obtížné „vyřukávání“ textu na počítači jedním prstem při postižení rukou. To se může dotýkat např. vozíčkářů s postižením funkce horních končetin, nemocných s Parkinsonovou chorobou, křehkých seniorů 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 vytvářet smysluplné mluvené a písemné zprávy a hovořit srozumitelnou řečí ani za použití pomůcek (sluchadel nebo brýlí), pochopit obsah přijímaných a sdělovaných zpráv a dorozumívat se v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající jejímu věku a sociálnímu postavení.

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 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 zvládání 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.

- d) K neschopnosti komunikace dále mohou vést závažné duševní a mentální poruchy, jako např. středně těžká, těžká a hluboká MR nebo demence, případně jiná těžká psychická postižení.

D. Stravování

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
 2. nalít nápoj,
 3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
 4. najíst se a napít,
 5. dodržovat stanovený dietní režim,
 6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
 7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

- b) 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, resp. v obvyklém denním režimu. Součástí zvládnutí této ZŽP je i schopnost přemístit nápoj a stravu z místa přípravy na místo konzumace.

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.

- c) 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 z místa přípravy na místo konzumace) je možno realizovat nejen přenášením, ale i posouváním nebo např. převozem 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.

Nezvládnutí 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 (PEG, PEJ) s pomocí druhé osoby.

- d) Stravování v obvyklém denním režimu stejně jako pitný režim jsou důležitými skutečnostmi ve vztahu k potřebám dětí a osob s mentálním postižením nebo demencí, které nemají dostatečný náhled na stravovací a pitný režim a potřebu jeho dodržování.

E. Oblékání a obouvání

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
 2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
 3. oblékat se a obouvat se,
 4. svlékat se a zouvat se,
 5. 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 zvládnutí 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.
- d) K neschopnosti zvládat oblékání a obouvání může dojít u některých osob s mentálním postižením nebo demencí a osob nevidomých, které sice zvládnou oblékání, ale správnost vrstvení a rozlišení rubu a líce oblečení nerozeznají.

F. Tělesná hygiena

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
 - 1. použít hygienické zařízení,
 - 2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
 - 3. provádět celkovou hygienu,
 - 4. česat se, provádět ústní hygienu, holiť se.
- b) **Schopností použít hygienické zařízení** se rozumí 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. přídržovacích 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 podstatném 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 pozice svého těla, přemísťovat se ze sedu do stoje nebo přisedávat 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 ZŽP, pokud jinak všechny aktivity zvládá.

U osob s duševním nebo mentálním postižením nebo demencí, je potřeba posoudit, zda, i přes to, že sice hygienu fyzicky zvládnou, mají problém s jejím dodržováním ve společensky přiměřeném/obvyklém standardu.

G. Výkon fyziologické potřeby

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. včas používat WC,
 2. zaujmout vhodnou polohu,
 3. vyprázdnit se,
 4. provést očistu,
 5. používat hygienické pomůcky.

Přitom se hodnotí smyslové, mentální, duševní a tělesné schopnosti zvládat jednotlivé aktivity této ZŽP.

- 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, použít včas WC a používat potřebné pomůcky (absorpční / stomické cévky, klysmo). Součástí hodnocení je schopnost zaujmout vhodnou polohu. Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP výkon fyziologické potřeby se nebere v úvahu manipulace s oblečením (ta je součástí hodnocení ZŽP 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 (tj. zaujmout vhodnou polohu).

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).

H. Péče o zdraví

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. dodržovat stanovený léčebný režim,
 2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
 3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.
- 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.

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).

- 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 (např. sluchadlo, kompresivní punčochy), 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 též 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 nezvládnutí ZŽP péče o zdraví.

I. Osobní aktivity

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
 2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,

3. styku se společenským prostředím,
4. stanovit si a dodržet denní program,
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, 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 zvládnutí není stěžejní stav mobility, ale zda posuzovaná osoba svým záležitostem rozumí, umí je vyhodnotit a řešit je na příslušném místě.

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“.

- b) 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 resp. jiné fyzické osoby, tj. bez jeho asistence by se do volnočasových, vzdělávacích nebo pracovních aktivit nemohla vůbec zapojit, pak tuto ZŽP nezvládá.

U schopnosti vyřizovat si své záležitosti se hodnotí pouze každodenní aktivity, nikoliv např. neschopnost navštívit lékaře. Takovou službu; lze též vyřídit prostřednictvím návštěvní služby v přirozeném sociálním prostředí, v němž se posuzovaná osoba zdržuje.

- c) **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.

J. Péče o domácnost

- a) Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna
1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
 2. manipulovat s předměty denní potřeby,
 3. obstarat si běžný nákup,
 4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
 5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
 6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
 7. obsluhovat topení,
 8. 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 kontroly reality, středně těžké, těžké a hluboké MR, 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.

Aktivita podle bodu 5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj je zařazena do této ZŽP z toho důvodu, že ji nelze hodnotit u osob do 18 let věku a z důvodu, že ZŽP stravování je zaměřena na schopnost vlastní konzumace již připravených nápojů a stravy.

Tato ZŽP 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. Podmínkou je však přítomnost DNZS a prokázání příčinné souvislosti této nutnosti s DNZS.
- 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

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. U stavů, kde lze racionálně předpokládat zlepšení zdravotního stavu, funkčních schopností a zvládnutí jednotlivých ZŽP se platnost posudku omezí na dobu, kdy lze změnu očekávat. Trvalou i omezenou platnost posudku je nutno v posudkovém zhodnocení vždy řádně zdůvodnit.
- 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. 9 Součinnost LPS OSSZ a KP ÚP podle § 25 ZSS

- 1) Jedním z podkladů pro posouzení zdravotního stavu pro účely posuzování stupně závislosti je výsledek sociálního šetření. To provádí sociální pracovníci příslušné KP ÚP, která vede řízení. Při sociálním šetření se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí.
- 2) Přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a domácnost osoby a dále pak místo, kde osoba pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. Pokud osoba žije v zařízení sociálních služeb, provádí se sociální šetření v tomto zařízení.
- 3) Je-li osoba hospitalizována ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče a je-li jí poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů a současně byla-li tato skutečnost oznámena a doložena KP ÚP podle § 21 odst. 1 písm. e) ZSS, provádí příslušná KP ÚP sociální šetření v tomto zdravotnickém zařízení.
- 4) Součástí záznamu o sociálním šetření dle odst. 3) tohoto článku musí být rovněž přesný údaj o tom, kde je žadatel hospitalizován, tj. název a adresa poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického zařízení) a označení příslušného lůžkového pracoviště (oddělení), aby si LPS OSSZ, příp. i PK MPSV mohla vyžádat lékařské podklady pro posouzení.
- 5) Při posouzení stupně závislosti vychází LPS OSSZ ze zdravotního stavu posuzované osoby doloženého nálezem praktického lékaře, popř. z nálezů jiných odborných lékařů, nálezů poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posudkového lékaře. Je-li osoba hospitalizována ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče a je-li jí poskytována u jednoho nebo postupně u více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče pro tutéž nemoc nebo úraz trvající nepřetržitě déle než 60 dnů, je nutné si vyžádat jak nález praktického lékaře (v obvyklém rozsahu „Lékařského nálezu pro posouzení zdravotního stavu“), tak i nález lékaře zařízení, kde je nebo byla posuzovaná osoba hospitalizována (zde postačí propouštěcí zpráva z hospitalizace nebo výpis ze zdrav. dokumentace). O případné podklady musí být požádán poskytovatel zdravotních služeb, nikoli lékař.
- 6) Posudek posudkového lékaře se musí řádně vypořádat se všemi skutečnostmi uvedenými v záznamu o sociálním šetření. V případě, kdy posuzující lékař nesouhlasí se skutečnostmi uvedenými v sociálním šetření, musí být každá

neakceptovaná skutečnost podložena relevantním důkazem a posudkovým zdůvodněním (např. výsledkem vlastního vyšetření, důkazem vyplývajícím z nálezu ošetřujícího lékaře, dostatkem funkčních schopností, vysvětlením, že nejde o těžkou nebo úplnou poruchu funkčních schopností atd.). Za vypovídající a přesvědčivé nelze považovat schématické konstatování posuzujícího lékaře, že údaje v sociálním šetření nejsou v souladu se zdravotním stavem bez dalšího odůvodnění.

Čl. 9a

Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími

Ministerstvo práce a sociálních věcí může ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi nebo s profesními lékařskými sdruženími vydávat u vybraných druhů nebo skupin zdravotních postižení doporučené postupy k posuzování.

Čl. 10

Závěrečná ustanovení

- 1) Posouzení stupně závislosti se provede k datu, k němuž je požaduje správní orgán, který si posudek vyžádal.
- 2) Řízení o PnP zahájená a pravomocně neskončená přede dnem nabytí účinnosti ZSS ve znění zákona č. 189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb., a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, se dokončí podle tohoto zákona ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti novely tohoto zákona.
- 3) V řízeních o PnP, která byla zahájena a nebyla pravomocně skončena přede dnem nabytí účinnosti vyhlášky č. 218/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se schopnost zvládat ZŽP posuzuje podle vyhlášky ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti její novely.
- 4) Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 1. 9. 2016, dodatek č. 1 dnem 15. 10. 2017.

Psychomotorický vývoj dítěte

1 rok až 2 roky		
	zvládá	nezvládá
mobilita	samo se posadí a sedí jistě, vytáhne se do stoje, obchází postýlku, chodí kolem nábytku, začíná chodit, samostatně chodí	samo se neposadí, nevytáhne se do stoje, neudělá pár kroků s oporou
orientace	rozlišuje osoby blízké a cizí, obrací se za zvukem, sleduje očima, splní jednoduchý pokyn	nerozlišuje osoby blízké a cizí, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	projevuje osobě blízké náklonnost, projevuje obavy z cizích lidí, dá najevo své přání jinak než pláčem, zdvojuje slabiky, bezvýznamně žvatlá, používá několik slov	neprojevuje osobě blízké náklonnost, neprojevuje obavy z cizích lidí, nedá najevo své přání jinak než pláčem, nežvatlá
stravování	pokouší se o samostatné jídlo lžičkou	není schopno přijímat stravu způsobem věku obvyklým, potřeba speciální diety
oblékání obouvání	samo se neoblékne ani neobuje	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
tělesná hygiena	hygienu samo nezvládá	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
výkon fyziologické potřeby	učí se vysazovat na nočník, samo ještě nezvládá	mimořádnou péčí je např. vybavování stolice, opakované cévkování, ošetřování stomie, ošetřování rozštěpových vad vývodných cest
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádnou péčí je např. podávání medikace, opakovaná rehabilitace, péče o patologické procesy na kůži apod.
osobní aktivity	zajímá se o okolí a hračky	apatie

2 roky až 3 roky		
	zvládá	nezvládá
mobilita	samostatně chodí, pobíhá, šplhá po schodech, s oporou chodí do i ze schodů	nechodí
orientace	rozlišuje osoby blízké a cizí, orientuje se na obličeji i těle, obrací se za zvukem, sleduje očima	nerozlišuje osoby blízké, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	umí cíleně používat alespoň 20 slov, tvoří věty minimálně o 2 slovech, splní několik pokynů	nemluví, neumí ani několik slov, nesplní pokyn
stravování	jí lžičkou, pije z hrníčku (příliš nebryndá), řekne si o jídlo a pití	nejí lžičkou, nepije z hrníčku, neřekne si o jídlo a pití
oblékání obouvání	samo se neoblékne ani neobuje, ke konci druhého roku věku se učí spolupracovat	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
tělesná hygiena	umyje si ruce	neumyje si ruce
výkon fyziologické potřeby	vysazuje se na nočník, samo obvykle ještě plně nezvládá	mimořádná péče viz výše
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	hraje si mezi dětmi - ale ne s nimi, řadí kostky za sebou, chová panenku nebo medvídka	nehraje si

3 roky až 4 roky		
	zvládá	nezvládá
mobilita	jistě chodí, do schodů a ze schodů chodí se střídáním nohou, umí kopat do většího míče	samostatně nechodí
orientace	rozlišuje osoby blízké a cizí, orientuje se v bytě, řekne své jméno, ví, zda je kluk nebo holčička	nerozlišuje osoby blízké, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	dobře rozumí mluvené řeči, mluví v jednoduchých větách, používá jednotné a množné číslo	nerozumí mluvené řeči, nemluví v jednoduchých větách
stravování	samostatně se nají lžičkou	samostatně se nenají a nenapije, nepoužívá lžici
oblékání obouvání	spolupracuje při vysvlékání a oblékání	nespolupracuje při vysvlékání a oblékání
tělesná hygiena	umyje si a osuší si ruce	neumyje si a neosuší si ruce
výkon fyziologické potřeby	zpravidla již nevyžaduje plenky, občasné selhání možné	neudrží stolicí a moč, nutnost vybavování
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	sleduje hru ostatních dětí, přidává se k jednotlivým hrám, poslouchá pohádky, svoje hračky a věci si brání, maluje si po papíře	nehraje si, nesleduje hru ostatních dětí, nepřidává se k jednotlivým hrám

	4 roky až 5 let	4 roky a více
	zvládá	nezvládá
mobilita	chodí rovně, dodržuje směr, zvládá dětské prolézačky, poskakuje; na delší vzdálenosti se připouští kočárek nebo krosna	samostatně nechodí
orientace	rozeznává den a noc, orientuje se v okolí domu, školky, poznává důvěrně známá místa	nerozlišuje osoby blízké, nerozeznává den a noc, neorientuje se v okolí domu, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
komunikace	mluví ve větách, používá minulý čas, hodně se ptá	nerozumí mluvené řeči, nemluví ani v jednoduchých větách
stravování	samostatně jí a pije	samostatně se nenají a nenapije, nepoužívá lžici
oblékání obouvání	oblékne si některé kusy oblečení, např. svetr, čepici; obuje si bačkůrky, sandálky, obuv na suchý zip	nespolupracuje při vysvlékání a oblékání ani na pokyn
tělesná hygiena	umyje si obličej, ruce, čistí si zuby	neumyje si obličej a ruce, nečistí si zuby ani na pokyn
výkon fyziologické potřeby	je suché ve dne i v noci, na provedení očisty dohlédne nebo ji provede druhá osoba	neudrží stolicí a moč, nutnost vybavování, neumí použít WC
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	sleduje pohádky, hraje si v kolektivu, mluví s ostatními, má první kamarády, zvládá jednoduché hry, kreslí kruh, lidskou postavu kreslí bez trupu	nehraje si v kolektivu dětí, nestaví kostky, nečmárá

5 let až 6 let	
	zvládá
mobilita	skáče na 1 noze, skáče do dálky, učí se jezdit na kole, v doprovodu chodí na procházky
orientace	rozlišuje domácí a vnější prostředí, chápe pojmy tma, světlo, brzy, rozeznává barvy a strany (levá/pravá)
komunikace	má kamarády, při společné hře se dobrovolně podrobuje pravidlům, je schopno dělat to, co po něm dospělí chtějí, chlubí se, rádo vypráví a rozesmává ostatní
stravování	samostatně jí a pije
oblékání obouvání	pozná jednotlivé části oblečení, s dopomocí se oblékne
tělesná hygiena	samo se umyje, učeše, čistí si zuby
výkon fyziologické potřeby	zvládá úkon fyziologické potřeby, nutná dopomoc s očistou
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	hraje si s dětmi, kreslí s detaily, s barevností a představivostí, lidskou postavu kreslí realisticky

6 let až 7 let	
	zvládá
mobilita	zlepšují se dovednosti hrubé i jemné motoriky, pohyby jsou přesnější, účelnější, rychlejší a koordinovanější
orientace	orientuje se již osobou, místem, částečně časem
komunikace	správně se gramaticky vyjadřuje
stravování	začíná jíst příborem
oblékání obouvání	zvládá oblékání a obouvání, při výběru se připouští pomoc druhé osoby
tělesná hygiena	samo se umyje, učeše, čistí si zuby, umyje si celé tělo za účasti druhé osoby
výkon fyziologické potřeby	zvládá
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	zapojí se do kolektivních aktivit

7 let a více	
	zvládá
mobilita	zvládá, dojde do školy a ze školy
orientace	zvládá, trefí na známá místa
komunikace	je hotový základní vývoj řeči, dítě je schopno odloučit se od rodiče, umí se podřídit jiné dospělé osobě (nejen rodičům), je schopno používat mobil, PC, učí se psát a zdokonaluje si psaní
stravování	jí příborem
oblékání obouvání	zvládá
tělesná hygiena	zvládá
výkon fyziologické potřeby	zvládá
péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
osobní aktivity	zvládá