

Dílčí výstup projektu: TB05MPSV007 – Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči

## Focus Group

Tento výstup byl vytvořen s finanční podporou TA ČR.

**Neprošlo jazykovou úpravou.**

<b>I. Úvod – parametry fokusní skupiny .....</b>	<b>3</b>
<b>Vymezení pojmu „posudková praxe“ .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Cíl fokusní skupiny.....</b>	<b>4</b>
<b>III. Výstupy z fokusní skupiny .....</b>	<b>5</b>
III.1. Role praktických lékařů a role specialistů .....	5
III.2. Role sociálního pracovníka, význam sociálního šetření .....	8
III.3. Situace na straně Lékařské posudkové služby .....	12
III.4. Posudková kritéria a jejich aplikace.....	15
III.5. Přístup žadatelů a pečujících osob k řízení o PnP a jejich znalosti a povědomí o náležitostech řízení a svých právech a povinnostech .....	18
III.6. Role pomáhajících pracovníků .....	19
<b>IV. Závěr a nástin směřování doporučení z hlediska výstupů z FG.....</b>	<b>19</b>
IV.1. Směřování doporučení dle poznatků z fokusní skupiny.....	20

## I. Úvod – parametry fokusní skupiny

Fokusní skupina tvořilo 14 aktivních účastníků z celkem 13 různých organizací a zda zástupci výzkumného týmu, kteří diskusi moderovali. Fokusní skupina byla záměrně složena ze lidí, kteří reprezentovali širokou varietu organizací zastupujících osoby s různými typy zdravotních handicapů a omezení, tak, aby bylo mimo jiné možné zachytit, jakým způsobem z hlediska různých dílčích cílových skupin žadatelů a příjemců příspěvku na péči a variability disabilit příspěvek na péči funguje, zejm. na jaké limity a bariéry mohou osoby s různými typy disabilit narážet.

Na fokusní skupině se tak sešli zástupci různých zájmových skupin, spolků, platforem a jiných organizací, kteří hájí zájmy a pomáhají lidem s tělesnými postiženími, smyslovým postižením, mentálním postižením, s autismem, metabolickými poruchami, revmatickými chorobami, duševními nemocemi, případně s kombinacemi postižení, atd. a to jak u dospělých tak dětí. Účastníci se sjeli z různých míst ČR, přičemž někteří zastupovali organizace s lokální působností, další organizace, které působí ve více oblastech ČR a jiní organizace s působností celostátní. To účastníkům FG mj. umožnilo porovnávat rozdíly v posudkové praxi v různých lokalitách ČR.

Celková čistá doba trvání fokusní skupiny, tedy kromě přestávky, činila 150 minut. Z průběhu fokusní skupiny byl učiněn podrobný písemný zápis. Zároveň byl z celé fokusní skupiny pořízen se souhlasem všech účastníků audiozáznam, na jehož základě byl písemný záznam dodatečně doplněn, upřesněn, rekonstruován.

Fokusní skupina byla rozdělena do tří diskusních bloků s obecnějším zaměřením na stávající posudkovou praxi s ohledem na to I. „Co funguje“, II. „Co nefunguje“ a III. „Co by bylo dobré změnit“. U každého z těchto bloků jsme účastníkům skupiny nabídli baterii dílčích témat, na které se mohou v diskusi zaměřit (viz níže), přičemž jsme se snažili ponechat co nejvíce na účastnících samotných, která z těchto dílčích tématu budou považovat za relevantní a rovněž otevřít prostor pro spontánní vnášení vlastních témat účastníků diskuse, pokud se tato témata vztahovala k problematice, na kterou byla fokusní skupina zaměřena.

### Vymezení pojmu „posudková praxe“

Pro potřeby našeho výzkumu celkově a rovněž pro potřeby fokusní skupiny jsem upřesnil, v jakém smyslu pojímáme a používáme pojem „posudková praxe“ a naše pojetí tohoto pojmu bylo účastníkům fokusní skupiny představeno na úvod fokusní skupiny, před zahájením samotných diskusních bloků. Při definování pojmu „posudková praxe“ vycházíme z toho, že konečný výsledek celého procesu vyřizování nároku na příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti závisí na mnoha okolnostech a mnoha faktorech, z nichž jen část se odehrává přímo „na stole“ posudkových lékařů. Jinak řečeno, pojem „posudková praxe“ chápeme mnohem širěji než pouze jako činnosti, které vykonává posudkový lékař při posuzování stupně závislosti, byť je to samozřejmě klíčový moment celé posudkové praxe. V kontextu našeho výzkumu pracujeme s širším pojetím posudkové praxe a do této praxe zahrnujeme

činnosti a postupy, které vedou ke stanovení stupně závislosti od sociálního šetření po vydání rozhodnutí; informace, které do posouzení vstupují; způsob, jakým jsou tyto informace zpracovány a zohledňovány; zúčastněné obory/odborníky a kompetence, které využívají; provázanost činností, postupů a míru spolupráce zúčastněných odborníků a dalších aktérů; to vše v rámci daném platnou právní úpravou a především způsobem jejího výkladu a uplatňování; další faktory, které mohou ovlivnit výsledek řízení o příspěvek na péči.

Z hlediska ještě širšího pohledu by bylo možné do posudkové praxe zařadit i další procesy a činnosti a způsob jejich provádění, zejména ty spojené s odvoláním a prací posudkové komise MPSV. Byť je toto relevantní součást posudkové praxe, těžiště výzkumu spočívá v zhodnocení a navržení změn standardní fázi řízení o příspěvek na péči, tedy ve výše vymezených oblastech, optimálně pak s cílem zlepšení této praxe tak, aby došlo k poklesu nutnosti využívat opravné prostředky, tedy i odvolání.

## II. Cíl fokusní skupiny

Cílem dané fokusní skupiny bylo získat a diskutovat zkušenosti účastníků skupiny se současným nastavením posudkové praxe v posuzování nároku na příspěvek na péči z hlediska různých typů zdravotních omezení a životních situací žadatelů o příspěvek na péči a jaké změny jsou žádoucí v posudkové praxi do budoucna. Jak již bylo řečeno výše, diskuse byla poměrně volně uspořádání do tří diskusních bloků, v rámci nichž byla účastníkům především jako inspirace pro směřování diskuse nabídnuta dílčí témata:

I. Co funguje“, např.: s čím nejsou problémy, případně co se v posudkové praxi zlepšilo; pro jaké typy žadatelů/zdravotních omezení/životních situací funguje současná posudková praxe uspokojivě; jakých /zákonných/ možností stávající posudkové praxe lze využít ku prospěchu žadatele o příspěvek na péči (tzn. v čem je stávající manévrovací prostor pro žadatele dostatečný); jaké odborníky se osvědčuje zapojit, jakým způsobem; jaké jsou vhodné typy podkladů pro rozhodnutí (obsah, struktura, formulace); která z posudkových kritérií a způsobů jejich využívání v praxi jsou účelná/smysluplná; vlastní dobré zkušenosti/příklady dobré praxe a jak lze v současné době napomoci tomu, aby na dobrou praxi došlo.

II. Co nefunguje, např.: překážky a problematické stránky posudkové praxe, případně co se v této oblasti zhoršilo; pro jaké typy žadatelů/zdravotních omezení/životních situací současná posudková praxe není vhodná a v čem; jaké zákonné úpravy posudkové praxe jsou v současné době spíše v neprospěch žadatelů; která z posudkových kritérií se jeví nevhodně nastavená a v čem; s jakým výkladem stávajících posudkových kritérií, který může poškodit žadatele, jste se setkali; jaké kompetence chybí profesionálům posudkové praxe (tj. sociálním pracovníkům, posudkovým lékařům); vlastní negativní zkušenosti/setkání s nedobrou posudkovou praxí.

III. Co by bylo dobré změnit“, např.: v postupech získávání a využívání informací o zdravotním stavu a dalších okolnostech života žadatele; v rozsahu a způsobu zapojení odborníků dalších profesí (kromě posudkových lékařů a sociálních pracovníků); v kompetencích posudkových lékařů a sociálních pracovníků; ve způsobu spolupráce sociálních pracovníků a posudkových lékařů; v posudkových kritériích a ve způsobu jejich uplatňování.

### III. Výstupy z fokusní skupiny

Ačkoliv diskusní bloky byly, byť prostupně, uspořádány výše popsaným způsobem, jako osnova pro analýzu se rozlišení na to „co funguje“, „co nefunguje“ a „co by bylo dobré změnit“ nehodí. Účastníci diskuse jednak někdy jednotlivé aspekty posudkové praxe někdy hodnotili ze všech tří hledisek v podstatě zároveň a oddělení by zamlžovalo smysl některých jejich sdělení. Podstatnější ale je, že některé prvky či stránky posudkové praxe, které se z hlediska určitých typ zdravotních postižení jeví jako bezproblémové mohou pro jiné skupiny žadatelů představovat překážku. Co je třeba při analýzách dále mít na paměti a co explicitně reflektovala v souvislosti se zahájení diskusního bloku „co funguje“ jedna z účastnic fokusní skupiny je dále skutečnost, že organizace zabývající se problematikou lidí s různými zdravotními postiženími a omezeními se v souvislosti s příspěvkem na péči cíleně zabývají spíše tím, co ve vztahu k jejich skupině lidí nefunguje, případně se k nim dostávají a pomáhají řešit či dokumentují případy, kdy vyřizování žádosti o příspěvek na péči vykazovalo závažné nedostatky, případně kdy systém příspěvku na péči zcela selhal. Někteří účastníci si jak sami uvědomovali, že dobře fungující stránky posudkové praxe nemusí vidět, či být schopni docenit.

*ale ještě bych chtěla říct, že pro mne je těžké říct, co funguje, protože k nám se většinou dostanou už lidi, když to nefunguje. (XI)*

Touto optikou je tedy třeba kvalitativní data získaná v rámci dané fokusní skupiny nahlížet, resp. mít toto případné zkeslení směrem k akcentaci spíše nedostatků na paměti. Co se týče samotné prezentace výsledků, jako nejvýhodnější se jeví věnovat se postupně jednotlivých tématům, jimž sami účastníci fokusní skupiny přikládali největší význam, případně se k nim opakovaně v různých souvislostech vraceli. Jsou to spíše témata, kde mezi účastníky nepanovala úplná shoda, názory na danou problematiku a stejně tak jejich zkušenosti se lišily, a účastníci skupiny tak měly potřeby tato témata opakovaně otevírat.

#### III.1. Role praktických lékařů a role specialistů

To, jakou roli mají či mají mít v celém procesu posuzování stupně závislosti praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti dorost, případně různí specialisté. Diskuse ukázala, že zkušenosti i strategie jednotlivých účastníků FG, se liší, stejně jako očekávání vůči lékařům a podkladům, které tito lékaři poskytují posudkovému lékaři pro potřeby posouzení stupně závislosti. Jednotliví účastníci se ani neshodovali, a mnozí váhali a neviděli situaci jednoznačně, do jaké míry a v jakých případech je nutné, aby praktický lékař poskytoval podklady pro posudkového lékaře. S touto otázkou často spojovali také otázku, zda a jak velkou roli by měla hrát konkrétní diagnóza či diagnózy žadatele. Víceméně všeobecně se ale účastníci na základě svých zkušeností shodli spíše na tom, že drhne spíše medicínská část posouzení založená na podkladech od praktických lékařů. Konkrétní dílčí témata, která účastníci FG otevírali ve spojitosti s rolí praktických lékařů a podkladů od praktických lékařů, byla zejm.:

- **povaha rozsah a spolehlivost informací** poskytovaných praktickým lékařem:
  - V této souvislosti někteří účastníci FG upozorňovali, že podle jejich názoru i v případech, kdy praktický lékař pacienta je s aktuálním zdravotním stavem pacienta obeznámen, resp. poměrně pravidelně ho vídá, má potíže přesně uvést informace, které jsou sice posudkově významné, ale nejsou čistě medicínské. „Bohužel ten praktik toho pacienta zná, ale ty věci, které po něm posudková služba potřebuje, ty jak dlouho ujde, nebo typu, nají se sám, nebo typu, jaké má nebo nemá potíže s vyměšováním, ty velice často neví.“ (FGIX).
  - Dále se účastníci FG shodovali, že stávající tiskopis, který praktický lékař pro posudkového lékaře vyplňuje, není pro dané účely vhodný. Podle jejich názoru nereflktuje dostatečně to, jakých 10 ZŽP je posuzováno a už vůbec z něj není možné vyčíst dostatek informací pro posouzení jednotlivých aktivit, které se v rámci konkrétních ZŽP sledují. „Formulář je vadný. Lékaři to neumí vyplnit. Ale kdyby tam bylo přímo bylo těch 10 základních životních potřeb a k tomu ten paragraf 2a vyhlášky 505, že stačí, když nesplní jednu aktivitu, že se to posuzuje, jako by nesplňoval celou tu životní potřebu. Čili tady to vlastně začíná.“ (FG XIV)
  - S tím souvisí i poukaz některých účastníků FG na to, že praktičtí lékaři často vyplňují formulář a přikládají zprávy rutinně, bez zohlednění účelu, k němuž má jejich podklad sloužit, a často způsobem, který je pro posudkové lékaře nepřehledný a hrozí, že některé z důležitých informací budou přehlédnuty. „...a vlastně tomu posudkovému lékaři když dojdou podklady, které ten lékař posbírá z karty, udělá z nich pěknou hromádku a pošle to tam, tak to není úplně dobře.“(FGI)
  - Někteří účastníci FG tako vyjadřovali názor, že stávající tiskopis nedává praktickým lékařům dostatek prostoru a možností vystihnout funkční dopady diagnóz, případě nastínit sociální důsledky onemocnění a funkčních dopadů onemocnění, i kdyby toto praktičtí lékaři dělat chtěli či uměli.
- **aktivní přístup žadatele a komunikace lékař – pacient**
  - Někteří z účastníků FG zdůrazňovali, že sami žadatelé, případně jejich rodinní příslušníci či pečující osoby musejí, pokud chtějí mít jistotu, že podklad od praktického lékaře bude úplný, aktuální, a přehledný, nesmějí zůstat pasivní a čekat, jak se sám lékař s vyplněním tiskopisu vypořádá. Jednak je třeba, aby sami si žadatelé pohlídali, že lékař bude mít všechny zprávy od specialistů ve své dokumentaci a že tyto zprávy budou aktuální. To znamená, nelze čekat, že si praktický lékař všimne či uvědomí, že mu od jeho pacienta něco z potřebných podkladů chybí, a že na to pacienta žádajícího o příspěvek na péči upozorní.
  - Pokud je tomu praktický lékař nakloněn, je dle zkušenosti několika z účastníků FG vhodné se s ním domluvit, které informace je zejm. důležité na nález napsat a jak je zestručnit, aby nic podstatného nevypadlo a posudkový lékař zároveň nebyl zahlcen spoustou informací a svazkem zpráv od specialistů – což je osvědčuje zejména v případě, že žadatel má velkou řadu zdravotních potíží, navštěvuje četné odborné lékaře a vliv různých zdravotních potíží se kumuluje a posiluje různými způsoby. „Co funguje, je domluva s lékařem (...) pokud se domluvíte s tím lékařem, aby vám to připravil, tak on je schopen udělat na jednu A4 vlastně shrnout ty nejpodstatnější věci, a krátce předložit to nejzávažnější...“ (FG I)
- **angažovanost a informovanost lékaře**
  - Kromě aktivního přístupu žadatele zvyšuje šanci na hladký průběh řízení o příspěvek na péči, zejména přiměřené posouzení stupně závislosti také ochota praktického lékaře zájem vyplnit tiskopis poučeně a způsobem, který odpovídá danému účelu. Je důležité, aby

praktický lékař věděl, jaký má tiskopis, který vyplňuje, účel. „ *Aby ten doktor věděl, co se vlastně posuzuje, proč to píše. Někteří doktoři opravdu neví o co jde v tom posuzování, nebudou si to zjišťovat, nemají na to čas, a i když třeba by chtěli pomoci...*“(FG VI.)

- Mnozí praktičtí lékaři tiskopis vyplnit neumí a podle názoru některých účastníků FG je to tím, že nebyli v této oblasti proškoleni.

- **vyjádření specialistů**

V souvislosti s přípravou zdravotních podkladů pro posudkového lékaře bylo opakovaně otevíráno téma vyjádření a dodání vyjádření od specialistů, přičemž v této oblasti účastníci FG nedošli k žádnému jednotnému či jednoznačnému závěru. Návrhy, zkušenosti a názory účastníků FG se v této otázce týkaly zejm.:

- motivace specialistů k vyplňování příslušné dokumentace, pokud by k tomu byli vyzváni. Podle účastníků diskuse je zde problém s finanční stránkou, kdy specialistům není práce, kterou je třeba na vyplnění formuláře vynaložit, honorována. : „*Proč specialisté odmítají vyplňovat ten formulář, protože peníze za jeho vyplnění dostane jen praktický lékař. Ten specialista nedostává nic.*“ (FG XIV)
- několik účastníků FG přitom považovalo za vhodné a žádoucí, aby v případě některých typů žadatelů vyplňoval veškerý lékařský nálezný, který je postoupen posudkovému lékaři, pouze specialista. Jedná se o zdravotní stavy, do nichž má kvalifikovaný vhléd především specialista a zároveň , kdy žadatel kromě dané diagnózy nemá žádné další významné zdravotního potíže a omezení, které jsou jiného typu, než zdravotní omezení, k němuž by se vyjadřoval daný specialista. Jako typický příklad byli uváděni lidé s duševním onemocněním, pokud neměli žádné přidružené diagnózy, kdy se nejpopovolanějším lékařem, který může posudkovému lékaři zprostředkovat představu o funkčních omezeních plynoucích z duševního onemocnění daného žadatele, je právě psychiatr. Tomu by dle názoru jednoho z účastníků FG mohl být přizpůsoben i samotný formulář. „*Ten by měl být udělaný tak, že například u určitých diagnóz by nemusel už jít ten formulář dál, když je mu jasné, že netrpí žádnou jinou poruchou, což může třeba ten psychiatr zjistit, a mohlo by to jít přímo tam a nemusela by ta administrativa ...*“ (FG XIV)
- za poměrně vhodné řešení považovali účastníci FG postup, který popsala z vlastní zkušenosti jedna z účastnic FG, která kromě působení v organizaci zaměřené na osoby s určitým typem zdravotního omezení pracuje jako zdravotní sestra v ambulanci odborného lékaře. Tato účastnice FG vysvětlovala, že pokud jim sám pacient sdělí, že bude žádat o příspěvek na péči, nebo když mu oni sami v ordinaci poradí, že by mohl tuto žádost podat, zároveň formulují svoje stanovisko, tedy jak se zdravotní stav a funkční omezení jeví z revmatologického hlediska. Toto vyjádření speciality přímo pro potřeby posouzení stupně závislosti pak pacient doručí svému praktickému lékaři, který bude vyplňovat podklad pro posudkového lékaře. „ (...) *naše paní doktorka na revmatologii, když ten člověk žádá o příspěvek na péči, tak jí to samozřejmě řekne, a ona se k tomu vyjádří. Je tam věta, která jde dál, že doporučuje, nedoporučuje, stav se bude vyvíjet, bude se zhoršovat, ale už ten obvodní lékař zná názor toho speciality a několikrát se nám stalo, že posudkoví lékaři volali přímo naši paní doktorce, konzultovali stav toho posuzovaného člověka.*“(FGII) Popisovaný postup by další z účastníků FG považovali za žádoucí i u jiných specifických diagnóz. „*To je optimální stav, že ten specialista dá stanovisko k tomu, jak by se k tomu měli stavět, třeba u roztroušené sklerózy neurolog(...)*“ (FG IX).

### III.2. Role sociálního pracovníka, význam sociálního šetření

Z diskuse zabývající se té částí posudkové praxe, která se týká činností sociálního pracovníka agendy příspěvku na péči, samotného sociálního šetření, záznamu ze sociálního šetření a váhy tohoto záznamu ve srovnání s lékařským nálezem bylo patrné, že účastníci diskuse se pohybují současně ve více rovinách – v rovině vlastních zkušeností (dobrých/špatných) se sociálními pracovníky; v rovině vlastních zkušeností s možnostmi využití záznamu ze sociálního šetření; v rovině pojetí příspěvku na péči a chápání jeho účelu, zejm. percipovaném nedocení sociálních dopadů funkčních deficitů plynoucích ze zdravotního stavu žadatele. K tomu je třeba dodat, že ani ti účastníci FG, kteří měli se sociálními pracovníky agendy PnP a sociálním šetřením nedobrou zkušenost nenavrhovali omezení či zrušení role sociální práce a sociálního šetření v příspěvku na péči.

- **nutnost zkvalitnění práce sociálních pracovníků, kultivace sociálního šetření, posílení dobré praxe**
  - Účastníci FG, kteří působí v rámci organizací, jenž fungují ve více lokalitách či celostátně, potvrzují, že úroveň přístupu sociálních pracovníků agendy příspěvku na péči ke klientům, ať již v době podávání žádosti, v průběhu samotného provádění sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele, při snaze žadatele nahlédnout do spisu, případně podat námitku, či při jakékoliv jiné příležitosti, kdy žadatel či pečující osoba potřebují poradit či pomoci, se na různých místech ČR často dosti výrazně liší. Jeden z účastníků FG, který působí v organizaci s celostátní působností mluvil o rozdílech, které členové jejich organizace mají z jednotlivých oblastí republiky : *“ Vysočina, velmi dobré zkušenosti, Jižní Čechy, ale jsou oblasti, kde je to tragédie, severní Morava, severní Čechy a některé oblasti Prahy, nechota, nezáměr, možní když se člověk podívá na ty statistiky, kde je hodně žádostí, tam je ten přístup horší, hlavně na Ostravsku.”* (FG IX). Dílčí zkušenosti účastníků FG, kteří přijeli z různých lokalit ČR, potvrzují nejednotnou úroveň práce sociálních pracovníků.
  - Přitom je z výpovědí účastníků FG proklientský přístup sociálních pracovníků nejen usnadňuje životní situaci žadatelů o PnP i pečujících osob, ale celkově může přispět i k hladšímu řízení o příspěvek, k tomu, že řízení i výsledné rozhodnutí je po žadatele srozumitelnější a tím často i přijatelnější atd. Účastníci FG zejména oceňovali, pokud sociální pracovníci byli ochotni žadatele informovat, poradit, vysvětlit vše potřebné, udělat si čas ve chvíli, kdy to žadatel či pečující potřeboval, nikoliv kdy se to hodilo samotnému sociálnímu pracovníkovi, atd. *„Já mám celkem dobrou zkušenost, jsem z okresu B., ta děvčata, která tam konkrétně jsou, tak opravdu komunikují, spolupracují, telefonují, přijdou na osobní návštěvu a mám dojem, že mne jako pečující osobě a zákonnému zástupci se snaží vyjít vstříc, vždycky, změnit termín, zavolají, ...takže přijde mi, že to oddělení úřadu práce je u nás funkční“* (FG IV.) *„Já musím to stejné za P. kde jsou totálně zahlceni žadateli, ale přesto, když tam přijdu i mimo pracovní dobu, že potřebuju něco rychle vyřešit, tak mi otevrou dveře, posadí mne tam a řeší to se mnou a nemají s tím žádný problém.“* (FG VIII). Přitom se zdá, že účastníci FG neměli vůči sociálním pracovníkům nadměrná či nerealistická očekávání, vyjadřovali pochopení, že sociální pracovník má určité pole působnosti i určité možnosti i omezení, v jejichž rámci může klientům vyjít vstříc. *„No tak oni se pohybují*



v mantinelech vlastně toho , co my můžeme dostat, takže spíš vysvětlují, legislativně, co můžeme dělat, jaký další kroky podniknout, pomáhají nám vyplnit ty žádosti . Já to teď říkám z pozice žadatele.“ (FG VIII).

- Na druhou stranu špatné zkušenosti s přístupem sociálních pracovníků v některých účastnících budí dojem, že sociální pracovníci jsou oceňováni za odrazování žadatelů a že schválně staví bariéry mezi žadatelem a příspěvkem na péči. Někteří účastníci hovořili např. o tom, že je těžké dostat se na kontaktním pracovišti k sociálnímu pracovníkovi i v oficiálně vypsáným úředních hodinách, že informace, které dostanou, nejsou úplné, případně že jsou těžko srozumitelné. *„Pomoci se člověk nedočká, když tam přijde, na internetu si zjistíte, že mají otevřeno, přijdete tam, narazíte na zavřené dveře, tam vám ta dáma zapře vaši pracovníci, odmítne převzít dokumenty, řekne ,že nemají hodiny pro veřejnost, když jim chcete něco poslat emailem, tak to ignorují...a co se týče vyřízení příspěvku na péči, tak R. měl příspěvek na péči před mrtvicí, po mrtvici jsme vyřizovali navýšení toho příspěvku a tam to probíhalo takovým způsobem, že nebyli schopni se mnou komunikovat tak, abych byla schopná vyplnit dokumenty, který po mne chtěli.“* (FG I)
- Účastníci FG se také shodovali, že nekvalitně či neprofesionálně provedené sociální šetření může nejen redukovat vypovídací hodnotu záznamu ze sociálního šetření, ale v některých případech může celé řízení o příspěvek na péči v podstatě znehodnotit, pokud se stav žadatele výrazně liší od toho, co sociální pracovník v záznamu popisuje. Pak je většinou třeba celé řízení opakovat, protože žadatel obvykle podává novou žádost. Jedná se zejména o případy, kdy sám žadatel není schopen svůj zdravotní stav a funkční dopady vyhodnotit, a sociální šetření se neobejde bez ověření z dalších zdrojů. Účastníci hovořili o to, že se v rámci působení svých organizací a pomoci svým členům či dalším lidem se zdravotním handicapem, na které se jejich organizace zaměřuje, s podobným jevem – tedy přeceňováním vlastních schopností ale někdy i nadhodnocováním schopností pečovaného ze strany jeho pečující osoby, setkávají poměrně často. Jedna k tomu dle jejich zkušeností dochází často u lidí s demencí, kteří jsou ještě schopni komunikovat, ale komunikace se již neodehrává na reálném základě. *„(...) přišla sociální pracovníce na sociální šetření do domečku, kde žila dcera s maminkou s Alzheimerem. Dcera odskočila na nákupu, pracovníce přišla neohlášeně, zazvonila u dveří, otevřela jí babička, mezi dveřma si popovídali, skvěle si popovídali, babička jí všechno podepsala, sebrali jí úplně všechno a sociální babička vůbec nezjistila, že babička je nemocná, protože ona prostě v ten moment měla světlou chvíli, odpovídala jí logicky a ona normálně v chodbičce s ní tady tohle vyplnila a dcera se se zpožděním dvou měsíců dozvěděla, že jí sebrali veškerý příspěvky, jo, protože sociální pracovníci nezajímaly detaily“* (FG I). Podobná situace dle účastníků FG může nastat např. u dětí, které se rády pochlubí dosaženými dovednostmi, přičemž jejich tvrzení o tom, co samy zvládají, mnohdy neodpovídají skutečnosti. Stejně tak je ale dle účastníků FG i pro samotné pečující, zejména rodiče pečující o děti se zdravotním postižením, často bolestné připustit, co všechno jejich děti nezvládají. *„To se často stává u dětských pacientů, já už jsem velkej, já už to umím“.* (FG IX)

- **Výpovědní hodnota a zdroje informací pro výstup ze sociálního šetření**

- V souvislosti s předchozím bodem účastníci FG také otvírali otázku, o jaké zdroje informací by sociální pracovníci měli opírat svůj výstup ze sociálního šetření. Většina z přítomných souhlasila s názorem, že sociální pracovník by se vždy měl seznámit s tím, jak situaci vidí pečující osoba, i když někteří upozorňovali na to, že i dle jejich zkušenosti může vyjádření pečující osoby být v některých případech zavádějící. V zásadě ale podle názorů účastníků FG platí, že pohled pečující osoby je relevantní a v některých případech ani nelze bez aktivní účasti pečující osoby sociální šetření realizovat, např. u lidí s mentálním postižením. „*Tam je zásadní ten rozhovor s tou pečující osobou, aby to v tom sociálním šetření bylo*“ (FG IX)
- Co se týče využívání dalších zdrojů informací, část účastníků fokusní skupiny souhlasila s tím, že by bylo vhodné využít i další zdroje, zejm. profesionály dalších organizací, které s žadatelem o příspěvek na péči pracují, jako jsou pracovníci škol, sociálních služeb, atd. Část účastníků FG s podobným postupem neměla zkušenost, případně na takový způsob rozšíření zdrojů využívaných při sociálním šetření neměla jasný názor, ale lze říci, že nikdo z přítomných nebyl proti této myšlence. „*Já si myslím, že v okolí těch lidí obvykle je řada lidí, kteří ví dobře jejich situaci, a přitom nejsou přímo zainteresovaní jako pečující na tom, jestli dostanou nebo nedostanou a jak vysoký dostanou, čili určitě u dětí, škola, tam moc dobře přece ví ti kantoři, jak to dítě funguje, sociální služby, kam ten dospělý dochází, čili v okolí toho člověka obvykle existuje spousta dalších lidí, kteří se k tomu umí a mohou vyjádřit, ale neumí to teda přes diagnózy. A neměli by chtít, není to jejich odbornost, jejich odbornost je jinde a myslím, že k tomu mají co říct.*“ (FG XI)

- **Obsah a struktura záznamu ze sociálního šetření**

Co se týče toto, jaké konkrétně informace zjišťovat, zda je vhodná univerzální struktura záznamu pro všechny typy zdravotních postižení či nikoliv, případně zda by bylo vhodnější standardizovanější forma záznamu ze sociálního šetření či zda je lepší uchovat slovní popis, na tom se účastníci fokusní skupiny neshodovali. Každý z nich se přikláněl k takovým změnám ve způsob vedení, struktuře záznamu či typu a rozsahu informací, které byly vedeny jeho především zkušeností s cílovou skupinou, kterou na fokusní skupině zastupoval. Všichni účastníci fokusní skupiny se ale shodovali na tom, že stávající podoba výstupu ze sociálního šetření je nevyhovující a špatně využitelná. „*Ten systém se musí nějakým způsobem změnit. Třeba změna těch dotazníků pro různé ty diagnózy, to aby ta sociální pracovnice věděla vůbec, když do té rodiny jde, jaká ta diagnóza je, jaké s sebou nese problémy*“.(FG II)

- Účastníci FG se přikláněli k názoru, že záznam ze sociálního šetření, tak jak je v současné době veden a strukturován, znesnadňuje posudkovým lékařům orientaci v tom, co sociální pracovník zjistil, činí využití těchto poznatků pro posudkového lékaře časově náročné a snižuje tak šanci, že se lékař se závěry sociálního pracovníka vypořádá „*Protože problém je, že sociální šetření končí slohovou prací, a bohužel máme zkušenosti, že ten posudkový lékař to v podstatě nečte. Já se mu nedivím, v tom přetížení, které mají, je to čistě lidsky i profesně pochopitelné*“ (FG IX).
- Většina účastníků FG se také shodovala, že oblasti, které sociální pracovník zaznamenává, by se měly krýt s tím, od čeho se odvozuje stupeň závislosti – tzn.

v současné době s 10 ZŽP. „Je úplně nejlepší, když přesně, tak jak to v tom zákoně, nebo ve vyhlášce popsané, ty základní životní potřeby, tak nechat i úplně stejné formulace, a to samé i v těch lékařských posudcích“ (FG XI).

- Účastníci se neshodovali v tom, zda by sociální pracovník měl jen velmi stručně a značně strukturovaně v rámci předem určených kategorií popsat situaci žadatele a především zdravotní stav a jeho důsledky, nebo zda je vhodnější podrobnější a méně strukturovaný slovní popis. Někteří účastníci FG tato navrhovali, že do budoucna by se způsob vedení sociálního šetření měl inspirovat tím, jak bylo prováděno po zavedení této dávky „Ten způsob, jak býval, když vešel zákon do platnosti, přišla sociální pracovnice s dotazníkem, měla napsané ty body, zvládá, nezvládá, ověřeno rozhovorem, přímo s pečující osobou, ověřeno rozhovorem přímo s příjemcem příspěvku na péči, spatřeno, nespapřeno...“ (FG IX) Jiní se ale domnívali, že potenciál sociálního šetření tkví právě v možnosti popsat zjištěné slovně, protože u některých typů diagnóz, např. u duševních onemocnění či mentálního postižení, nelze adekvátně vystihnout problémy a důvody problémů žadatele se zvládáním konkrétních aktivit, aniž by toto bylo podrobněji popsáno. „Právě u těch lidí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra je právě to vyjádření „zvládá“/ „nezvládá“, je složitě.“ (FG XI) .

- **Využití sociálního šetření**

- Účastníci FG měli celkově pocit, že při posuzování stupně závislosti se na sociální šetření nebere dostatečný zřetel. Celkově převažuje pocit, že posudkoví lékaři málo berou ohled na to, co sociální pracovnice do záznamu ze sociálního šetření napíše, a že jednoznačně při posuzování stupně závislosti převažují medicínská kritéria.
- Část účastníků FG se domnívala, že dobře zpracované sociální šetření lze v současné době uplatnit spíše v případě odvolání. Většinou je to právě v této situaci, tzn. v rámci odvolání, kdy lze poukázat na to, že se posudkový lékař se závěry sociálního šetření při posuzování stupně závislosti náležitým způsobem nevypořádal. „(...)tam máme tři případy, kdy jsme pomáhali řešit odvolání, a to bylo všechno lidi s mentálním postižením v kombinaci s autismem.(...) K tomu sociálnímu šetření, jsem se ještě chtěla vrátit, protože to se nám právě osvědčuje, zaměřit pozornost při tom odvolání na to sociální šetření, které odráží tu situaci mnohem lépe než ty lékařské zprávy“ (FG XI)

- **Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka v agendě příspěvku na péči**

- Řada účastníků FG se domnívala, že sociální pracovníci, kteří chodí na sociální šetření, by kromě zákonem stanoveného vzdělání měli mít i další kvalifikaci, dovednosti či jiné předpoklady pro tuto práci. Podle zkušenosti některých účastníků FG nezvládají sociální pracovníci často komunikaci s lidmi p psychiatrickým onemocněním s mentálním postižením, ale někdy selhávají i v komunikaci s pečujícími. Někteří účastníci FG uváděli příklady, kdy po odchodu sociálního pracovníka ze sociálního šetření zůstal žadatel i pečující velmi rozrušení, otřesení, jedna z účastnic dokonce použila pojem „traumatizování“ s tím, že žadatel ještě týden po sociálním šetření vůbec nemluvil. „Domnívám se, že by bylo vhodné, aby tato úřednice v rámci své aprobace absolvovala roční stáž v ústavu pro lidi s mentálním nebo psychickým

*onemocněním a druhý rok ve službách asistenčních pro osoby s fyzickým postižením. Většinou to jsou VŠ, takže by jim to nemělo dělat problém a prospělo by to.“(FG I)*

### III.3. Situace na straně Lékařské posudkové služby

Účastníci FG se zaměřili také na problematiku činnosti posudkových lékařů v oblasti posuzování stupně závislosti, zejména na překážky a omezení, které v této oblasti podle jejich mínění komplikují řízení o PnP či znevýhodňují určité skupiny žadatelů v přístupu k této dávce atd. Účastníci FG víceméně došli k vzájemnému souhlasu v tom, že lékařská posudková služba vyžaduje v zájmu zvýšení celkové úrovně, spolehlivosti a vyváženosti procesu posuzování stupně závislosti řadu změn.

- **Personální situace na LPS**

- Někteří účastníci FG poukazovali na to, že většina posudkových lékařů je již ve vyšším, obvykle již důchodovém věku. Vyšší věk posudkových lékařů účastníci FG spojovali především rizikem zastarání jejich kvalifikace ve vztahu k některým typům zdravotních omezení a k některým diagnózám. Podle názoru několika účastníků FG je problém, pokud posudkoví lékaři nejsou ochotni průběžně doplňovat své vzdělání, případně přistoupit na současný pohled na některé diagnózy a jejich projevy. *„Průměrný věk posudkových lékařů je od šedesáti nahoru, je jich strašně málo, a co vidím, máme autisty, často nevědí, co autismus je, prostě je to nevychovanost. Získat příspěvek na péči u autisty bylo fakt asi nemožné (...)“* (FG XII)
- V souvislosti s problémem posuzování stupně závislosti u žadatelů s vzácnými diagnózami či s méně obvyklými kombinacemi různých zdravotních postižení poukazovali účastníci FG na chybějící specialisty mezi posudkovými lékaři.
- Byla otevřena i otázka obnovení institutu smluvních lékařů, což účastníci FG považovali za spíše žádoucí, nicméně s tou podmínkou, že bude ustavena provázanost mezi diagnózou či typem zdravotních omezení žadatele a specializací smluvního lékaře, který bude posouzení stupně závislosti provádět.
- V kontextu problému nízkého počtu posudkových lékařů a jejich věkového složení zmiňovala někteří účastníci FG finanční ohodnocení posudkových lékařů, zejm. fakt, že jsou finančně ohodnoceni hůře než jiné lékařské obory – což snižuje atraktivitu posudkového lékařství pro mladé lékaře.

- **Problematické aspekty činnosti posudkových lékařů**

Účastníci FG v průběhu diskuse narazili na několik oblastí, kde dle jejich názorů či zkušeností stávající praxe posudkových lékařů vykazuje nedostatky.

- Jedním z těchto nedostatků je neschopnost skutečně pracovat s MKE, byť je deklarováno, že tento materiál základem posouzení stupně závislosti. Lékaři stále neumějí vyhodnotit funkční dopady zdravotních omezení žadatele. *„WHO vydala mezinárodní klasifikaci funkčních schopností a disability, která tam není zapracovaná (...) Lékaři nejsou s touto klasifikací sžití, to co tam chybí, je vyhodnocení dopadů na skutečný život, na funkční uplatnění toho člověka v životě.“* (FG III). Jeden účastník uvedl příklad z okruhu působnosti své organizace, kdy bylo uplatněno velmi úzké medicínské pojetí. *„Negativní zkušenost, u dívky s poruchou autistického*

*spektra, lékařka vysvětlila, že neexistuje medicínský důvod, aby ty věci nezvládala. Což pak vysvětlila, že jí nechybí končetiny, hlavu má, mozek má, nemá nízké IQ, tak prostě neexistuje žádný medicínský důvod pro to, aby nezvládala ty věci.“ (FG XI)*

- Jako zásadní problém vnímali účastníci FG jev, který považovali za všeobecně rozšířený, a většina z nich potvrdovala, že se s tímto jevem setkala případně mají osobní zkušenost – jde o přiznávání vyšších stupňů závislosti lidem v pobytových službách a nižších v podobném zdravotním stavu lidem v domácí péči. „Právě automaticky, jak jde člověk do ústavu, III, IV v pohodě, jak jde domů, tak to hnedka padá, to je jasné.“ (FG V). Účastníci FG uváděli řadu příkladů z vlastní zkušenosti, kdy příjemce PnP krátce po přijetí do pobytové služby byl „přeposouzen“ a získal výrazně vyšší příspěvek na péči, byť k tak výraznému zhoršení zdravotního stavu nedošlo, a naopak, příspěvek na péči byl snížen po přejití jeho příjemce z pobytové služby do domácí péče. : „Alespoň v našem okrese náš posudkový lékař ...vnímají, že domácí péče...když je někdo v domácí péči, znamená to, že je na tom mnohem lépe (...) předsudek je to, aha , vy jste v pobytové službě, tak to je horší stav, a najednou, doma, to je prima, zvládáte, tak to není takový problém.“(FG IV) Podle účastníků FG je perspektiva řady posudkových lékařů zkrácena ve prospěch pobytových sociálních služeb. „Na příkladu K. , kterou jsme si vzali z dětského domova se středně těžkou mentální retardací, s postižením a se sluchovým postižením středně těžkým, s DMO, kdy teda, když byla v pobytové službě na přechodnou dobu, tak měla příspěvek na péči trojku, a když se přestěhovala k nám domů a já jsem se stala jejím zákonným zástupcem, tak už s jedničkou prostě neheme.“ (FG IV)
- Část účastníků FG , zejména těch, kteří působí v organizacích přesahujících jednu lokalitu, hovořila o tom, že zejm. u některých diagnóz dochází k podle jejich názoru neodůvodněným rozdílům v přiznaných stupních závislosti u žadatelů s velmi podobným zdravotním stavem – kdy různí posudkové lékaři interpretují a používají posudková kritéria různým způsobem a přihlížejí či naopak nepřihlížejí k různým dopadům stejné diagnózy. Jak jeden z příkladů byly uváděny děti s kochleárním implantátem, kde se výsledky řízení o příspěvek na péči pohybují v rozmezí od úplného zamítnutí po II. stupeň. Jiný z účastníků FG zase uvedl příklad situace, kdy 3 různé posudkové komise posoudily u jednoho případu vždy různé oblasti ZŽP, které nezvládá, ale pokaždé jiné, takže stupeň závislosti vždy zůstal stejný. To ale ukazuje to na to, že posouzení neodehrává objektivně, když se tak u stejné dokumentace a případu liší.
- Jako další nedostatek vnímali někteří účastníci FG to, že platnost posudků je často zbytečně krátká a dochází tak k opakovanému přeposuzování zdravotních stavů, které jsou ve skutečnosti víceméně neměnné. Systém tak sám sebe zahlcuje a dále dochází k zatížení jak pečujících osob, tak i žadatelů.
- **Zdroje informací a jejich zohledňování při posuzování stupně závislosti**
- Většina účastníků FG měla nějakou zkušenost s tím, že posudkoví lékaři odmítají přihlídnout k informacím od nelékařských profesí, byť tito profesionálové dle názoru účastníků FG často situaci žadatele včetně toho, co zvládá či může zvládnout, znají zblízka. Účastníci FG se tak shodovali, že by bylo žádoucí, aby se rozšířil okruh odborníků, jejichž vyjádření by posudkové lékaři zohledňovali při stanovování stupně závislosti „(...) k těm sluchově postiženým s kochleárním implantátem, jak jste se ptala, jaký další odborníky zahrnou, tak jednak u těch malejch dětí je tady raná péče, jsou to odborníci na místě, jezdí do rodin, vidí, jak to v té rodině funguje, potom u větších dětí SPC, a každopádně děti s kochleárním implantátem procházejí něčím, čemu se říká kolečko, kdy během jednoho dne přejdou přes logopeda, foniatra, audiloga

*a psychologa a myslím si, že i ten psycholog ví taky o tom, jak to dítě funguje nebo nefunguje“ (FG VIII).*

- Pokud si posudkový lékař vyžádá vyjádření dalšího odborníka, považovali účastníci FG za obecně žádoucí i když v současné praxi nepříliš rozšířený postup. Nicméně někteří z nich upozorňovali, že ne vždy se podaří posudkovým lékařům oslovit kvalitního odborníka a také ne ve všech případech je vyjádření odborníka lépe využitelné než např. odmítnuté vyjádření jiného odborníka stejné profese. *Psycholožka toho SPC dodala svoji zprávu k těm medicínským a podvkráte nahlédnutí nahlédnutí do spisu, dodání dalších těch, a oni tu psycholožku vůbec, brali, že je podjatá a nechali otestovat to dítě klinickým psychologem, který ještě požíval terminologii „idiot“, „imbecil“, „debil“ - odborník na vysoké úrovni“ (FG XI).*

- **problém vyváženého rozhodování**

Účastníci FG se zabývali otázkou, kdo by měl nakonec vydat rozhodnutí o stupni závislosti. V tomto ohledu se účastníci FG neshodli, jednoznačně dospěli pouze k tomu, že je nutné oslabit jednoznačnou dominanci medicínského hlediska, a to často ještě z úzce medicínského hlediska.

- Někteří účastníci FG se domnívali, že přinejmenším v případě určitých typů zdravotních omezení by nemuselo být vůbec třeba angažovat posudkového lékaře, protože dominantní jsou takové dopady daného zdravotního stavu, které jsou srozumitelnější jiným odborníkům. *„To je právě těžko určit. U určitých diagnóz to dává smysl, že ten posudkový lékař je opravdu zbytečný“ (FG V) .* Některé typy postižení mají spíše široké sociální dopady, které jsou ale vysoce individuální, a jsou-li k dispozici odborníci, kteří žadatele dobře znají z jeho přirozeného prostředí, a pracují s ním, může být dle některých účastníků FG zapojení posudkového lékaře nadbytečné. *„Teď zase mluvím jen za tu naši skupinu, protože já nevím, jak je to u ostatních skupin, ale za naši skupinu lidí s mentálním postižením fakt ti doktoři mohou jít úplně pryč a udělejme to ...u lidí s mentálním postižením, sociální pracovník, ten co chodí, plus další zprávy odborníků z okolí, speciálních pedagogů, lidí z SPC, sociálního pracovníka ze sociální služby plus třeba ten obvodák, to bych na to možná ještě přistoupila..“ (FG XI)*
- Jiní účastníci FG s takovýmto přístupem nesouhlasili a roli posudkového lékaře považovali za nezbytnou zachovat, pouze s tím, že kromě zvážení diagnózy a je třeba, aby posudkový lékař skutečně zohledňoval individuální funkční dopady zdravotního stavu, a bral v úvahu nejen sociální šetření, ale i zprávy odborných lékařů a dalších oborů jako plnohodnotné zdroje.
- Téma, k němuž se účastníci vraceli, byla pozice sociálního pracovníka a váha sociálního šetření, přičemž účastníci FG opakovaně zdůrazňovali nutnost najít způsoby, jak ze sociálního pracovníka učinit posudkovému lékaři rovnocenného partnera. V současné době při nesouladu názoru jednoznačně převládá hledisko posudkového lékaře. *„Sociální pracovník není brán tolik v potaz, nemá takovou prestiž jako ten lékař.“ (FG XIII)* Podle některých účastníků se stává, že i dobře provedené sociální šetření posudkový lékař nezohlední. *„Často se stává, že to sociální šetření (...) a lékař to potom smete ze stolu a nepřizná vůbec nic. To jde úplně proto sobě“ (FG VI)*
- Účastníci FG hovořili o tom, že by bylo žádoucí vyrovnat význam sociálního šetření a lékařského nálezu jako dvou plnohodnotných podkladů pro posouzení stupně závislosti. Vhodné by bylo podle některých nastavit rozhodování tak, aby si lékař a sociální pracovník vzájemně nezasahovali do kompetencí svého oboru. *„Pokud mají být dvě složky, ať jsou rovnocenné, ať rozhodne některý...který by si k tomu sedl a dal ty dvě věci dohromady, aby*

*byly vyvážené, to tam není, v podstatě lékař rozhoduje o tom sociálním šetření, což je nesmysl, protože on sociální práci nerozumí. A kdyby zase sociální pracovník vycházel z toho ,co napíše posudkový lékař, tak by to dopadlo stejně, takže by byl asi ideální stav, obě dvě ty složky, proto taky jsou tam dvě složky, zdravotní a sociální, a z těchto dvou složek by vyšlo to sociální šetření jako konečné. To si myslím, že by bylo ideální.“ (FG V)*

- *Pro posílení významu sociálního šetření a sociálních aspektů zdravotních dopadů žadatele o příspěvek zaznívaly i argumenty vedené z hlediska takového pojetí příspěvku na péči, kdy je na tento příspěvek nahlíženo jako na dávku na sociální péči. „Pro mě má ten příspěvek na péči odrážet tu sociální situaci žadatele, ale nyní je dominantní to lékařské posouzení, které nezohledňuje ty sociální aspekty. Mne přijde, že ta problematická stránka posudkové praxe pro mne teda určitě c té naší oblasti, že ten menší důraz je na ten sociální posudek, větší na ten medicínský, a vlastně celé se to posuzuje spíš tím prizmatem medicíny než sociální problematiky, přitom pro mne ten příspěvek na péči především má odrážet sociální situaci toho člověka.“ (FG XI)*
- *Kdo by měl být „arbitrem“, kdo by měl na základě informací o žadateli rozhodnout, na to měli účastníci různé názory . Někdo se přikláněl k tomu, že v určitých případech by to mohl být specializovaný lékař, jiní viděli jako vhodnější řešení , aby rozhodnutí bylo činěno v týmu. na to, jaké složení týmu, který by rozhodoval, by bylo vhodné, se účastníci FG také jednoznačně neshodli. „Já se domnívám, že nějaká tříčlenná komise, kde by byli dva sociální pracovníci a jeden lékař , aby tam měl slovo , ale mohli ho přehlasovat, ti, kteří se dívají na skutečné dopady, jaké ta porucha má na opravdový život, protože to se skutečně nedá popsat jen tou diagnózou“ (FG I). „Podle mého názoru vždycky tříčlenný. Ten sociální pracovník, co prováděl sociální šetření, posudkový lékař a praktik.“ (FG IX)*
- *V souvislosti s procesem rozhodování někteří účastníci FG poznamenávali, že proces rozhodování o stupni závislosti je poznamenán či narušen nedůvěrou, která se nevztahuje jen na to, co posudkovému lékaři předloží sociální pracovník. Jeden z účastníků FG hovořil o tom, že to je značná závada systému, když se na písemné podklady pohlíží a priori s nedůvěrou. Podle jeho názoru by především mělo na písemné záznamy , které lékař využívá, mělo být pohlíženo jako na něco, oč lze posouzení věrohodně opřít. „ Co je psáno, to je dáno, aby to nebylo ve smyslu doktor napíše něco, já mu nevěřím, já si to půjdu ověřit sám. To by se z toho všichni zbláznili, takže určitá důvěra v to dobrozdání toho praktického lékaře tam být musí“. (FG V).*

### III.4. Posudková kritéria a jejich aplikace

Účastníci FG se soustředili také na stávající posudková kritéria, jejich adekvátnost obecně i ve vztahu k různým specifickým zdravotním stavům a rovněž způsobu jejich interpretace a využívání a v praxi posuzování stupně závislosti.

- **Přiměřenost stávajících 10 ZŽP a způsobu jejich využívání**
- *V této souvislosti někteří účastníci FG poukazovali zejm. na to, že některé konkrétní aktivity jsou k jednotlivým ZŽP zařazeny nesystematicky a toto uspořádání nepřispívá k tomu, aby bylo možné si udělat ucelenější představu o tom, jakým způsobem se zdravotní omezení promítá do různých životních oblastí a jakou podobu a objem péče je pak třeba žadateli poskytovat. : „Je to špatně*

*poskládáno. Protože máte třeba stravování, tam mají nakrájet si jídlo, najíst se, ale k tomu patří příprava jídla, to je jinde, všechno musíte přečíst, z čeho se to se to skládá.“ (FG VI)*

- V souvislosti s jednotlivými aktivitami přiřazenými k 10 ZŽP byl jednak otevřen problém s tím, že není obvykle dodržováno, že nezávládnutí jediné aktivity má být posouzeno jako nezávládnutí celé ZŽP, k níž je tato aktivita přiřazena. Dále pak účastníci FG diskutovali otázku, co by v praxi znamenalo, pokud by se toto pravidlo dodržovalo. Podle některých je to faktický návrat k situaci, kdy se vyhodnocovalo 36 aktivit, pouze s tím, že dnes by jich vstupovalo do posouzení daleko více. „ (...) *mluví se o aktivitách, o ustanovení, že „nezvládá –li alespoň jednu aktivitu ...toto, o čem těch hovoříme, bylo předtím 36 úkonů, a k tomu chce znovu dospět Krása. Jim se zdá, že u tělesně postižených to bylo lépe vymahatelné, než teď. On nemá pravdu. Když spočítáte úkony, tak je jich 64, což je víc, tamto bylo příliš hrubé, pro určité diagnózy. Pro tělesně postižené, jako je pan Krása, tam je to jednoduché.“ (FG XIV).*
- Dále se účastníci FG zabývali problémem definice toho, jak je posudkovými lékaři interpretováno „zvládnutí“ či „nezvládnutí“ jednotlivých ZŽP a v této souvislosti zmiňovali, že stále je velmi nedostatečně zohledňována potřeba dohledu při zvládnutí jednotlivých aktivit a ZŽP, což poškozuje okruh lidí s určitým typem zdravotních postižení a omezení. Dle jejich názoru je nedostatečně využíváno ustanovení prováděcí vyhlášky 505/2006 k zákonu o sociálních službách, které doporučuje potřebu dohledu při stanovení stupně závislosti zohledňovat. „*Je zvládnutí a zvládnutí. Je otázka jestli to zvládá, protože ví, že to má udělat, ví jak to má udělat, ví proč to dělá, a nebo to udělá, protože je mu to připomenuto, protože je mu teda řečeno, dnes si obleč to a to, protože sám si není schopen vybrat, protože neví, že je venku zima a má si vzít kabát. A potom teda by mělo být zahrnuto, co by se stalo, kdyby ta péče nebyla, nebylo to připomínáno, co by se pak stalo. Že by měli popisovat nejen jaká ta situace je, ale jaká by bylo, kdyby té péče nebylo. Plus teda že jinak stejně starý člověk, nebo dítě, tu péči nepotřebuje nebo ji potřebuje v menším rozsahu“.* (FG VI)
- Nezohlednění péče potřebné k udržení již dosažených schopností a dovedností - část účastníků FG upozorňovala na to, že brát v úvahu jen to, co posuzovaný zvládá/nezvládá přímo v okamžiku sociálního šetření/podávání žádosti může být zavádějící či dokonce poškozovat osoby s určitým okruhem diagnóz a jejich pečující. Jde o to, že v případě některých zdravotních není třeba vynaložit péči je na to, aby se schopnost zvládat některé aktivity u žadatele zlepšila, ale úroveň péče musí být stejná a kontinuální, aby nedošlo k opětovnému úpadku těchto schopností. „*To je právě taky problém u skupiny lidí s autismem, ať tam mají přidružené postižení nebo mentální nebo nějaké další, je právě to, že v okamžiku sociálního šetření je to dítě na nějaké úrovni, nebo ten člověk, protože dostává určitou podporu, danou tím, že na ni ta rodina do té doby měla. Přejde sociální pracovník a vidí, nebo rodič řekne, že to a to a to to dítě zvládá, ale v okamžiku, kdy tu podporu nebude mít, tak dojde k tomu propadu, ale ty propady už jsou potom těžko napravitelný. Když on nemá tu kontinuální podporu, tak on...ano, můžeme zažádat o přeposouzení, ale kolikrát už jsou ty stavy nenapravitelné. A strašně těžko se i toto tomu sociálnímu pracovníkovi nebo posudkovému lékaři zdůvodňuje, protože je to na roveň mého subjektivního pocitu, ale já to vím, že to prostě takhle bude.“ (FG VII)*
- Ve spojení s předchozím bodem účastníci FG také vyjadřovali přesvědčení, že stávající systém zejména u péče o děti se zdravotním postižením de facto penalizuje dobrou péči – tzn. podaří –li se díky intenzivní péči rodině dovést dítě k větší samostatnosti, rodina okamžitě přichází o část zdrojů. „*Čím lépe se o to dítě staráte, na tím menší stupeň příspěvku na péči dosáhnete. To je to, co považujeme za nejhůř nastavené z celého systému. Čím víc se tomu ta rodina obětuje, čím více prachů do toho vrazí, tím víc je na tom bita“.* (FG IX)



- Účastníci FG také diskutovali otázku, zda a do jaké míry by bylo možné využívat jiná různá hlediska posouzení pro různé typy zdravotních postižení. Někteří účastníci např. navrhovali, že by bylo vhodné vytvořit určité skupiny zdravotních postižení či diagnóz, kdy pro každou z těchto skupin by byla vytvořena jiná posudková kritéria s ohledem na to, v jaké oblasti mají lidé s danou diagnózou největší potíže. Proti tomuto postupu však mluví fakt, že v realitě se mohou vyskytovat u různých žadatelů různé kombinace zdravotních postižení a tyto kombinace mohou mít různé dopady. *„První věc by měla být stejná, ale potom by se to mělo odvíjet od té diagnózy. Když by ten základ byl stejný, jako že mobilita ano/ne, a potom by každá oblast diagnóz by měla mít jiný dotazník“* (FG II)
  
- **Obtížně posouditelné zdravotní stavy**
  - Účastníci FG celkově vyjadřovaly přesvědčení, že jak posudková kritéria samotná, tak zejména způsob jejich aplikace vyhovuje jen určitému okruhu zdravotních postižení a diagnóz, zejm. těch, které jsou viditelné a jejich dopady zřejmé a relativně jednoznačné. Jeden z účastníků v této souvislosti např. vyjádřil přesvědčení, že stávající kritéria posuzování a způsob jejich uplatňování nejvíce vyhovuje „klasické čtveřici“. *„Problém je to, co nespadá do té klasické čtveřice mentální, tělesné, sluchové, zrakové“* (FG IX).
  - Podle účastníků FG na posudková kritéria a způsob jejich uplatňování narážejí vzácná onemocnění; dále onemocnění, která nejsou tak vzácná, ale spojení mezi onemocněním, funkčními dopady a potřebou péče se pomocí stávajících posudkových kritérií špatně zachycuje; kolísavé zdravotní stavy.
    - mezi typickou skupinu žadatelů, kteří většinou s žádostí o příspěvek na péči příliš neuspějí, uváděli účastníci FG osoby s duševním onemocněním. *„když vezmete tu skupinu, kde nelze zjistit prakticky rozsah té poruchy, toho žadajícího, toho duševně nemocného, kde prostě nejsou laboratorní přístroje a souvisí to pouze ..o rozhovoru a pozorování“* (FG XIV.)
    - dále osoby, které mají snížené IQ či lze u nich zaznamenat rozvíjející se poškození kognitivních funkcí, ale tyto nepříznivé zdravotní stavy mají /zatím/ mírnější podobu, nicméně potřeba dohledu je již poměrně velká. *„Pak co se týče těch diagnóz, které z toho nějakým způsobem vypadávají, tak jsem už říkala, že to jsou lidé s poruchami autistického spektra nebo kombinací postižení, z naší zkušenosti, a pak z toho vypadávají lidé s lehkým mentálním postižením“*. (FG XI)
    - Dále účastníci FG zmiňovali zdravotní stavy, kdy nemocný, zejména, je-li to dítě, se podle stávajících posudkových kritérií těžko na příspěvek kvalifikuje, ale jeho onemocnění způsobuje, že v některých oblastech jsou péče a dohled poskytovány ve velkém rozsahu. *„Dítě normálně mluví, chodí, atd., ale ty rodiny jsou ze spousty věcí vyřazený z časových důvodů, vážení potravin, vážení preparátů, odměřování dávek“* (FG IX) Navíc se daný zdravotní stav často projevuje kolísáním, případně by zanedbání dohledu mohlo vést k vážnému zhoršení. *„ Já jestli můžu ještě, já bych ještě dodala ty skupiny co propadávají, které tady nezazněly, já si myslím, že jsou to ty, které mají nějaké interní onemocnění, tam je právě to, že to kolísá, pak třeba děti, co mají nějaký diety, diabetici, celiakici“*(FG VI) *„A roztroušená skleróza“* (FG IV).
    - Jedna z účastnic FG na příkladu dětí s kochleárním implantátem také vysvětlovala nejednoznačnost otázky, zda posuzovat situaci fungování s pomůckou či bez ní či

jinak, zejména pokud není jisté, že žadatele bude schopen pomůcku používat neustále, případně jsou-li období, kdy je využívání pomůcky vyloučeno – v tomto případě často týdny až měsíce. *„protože ty naše děti, ty umějí všechno, jo, oni prostě zvládají všechno, posuzují se s tím kochleárním implantátem, neposuzuje se stav, kdy mají dermatitidu, technický problém, kdy mají cokoliv, nemůžou to nosit...“* (FG VIII)

### III.5. Přístup žadatelů a pečujících osob k řízení o PnP a jejich znalosti a povědomí o náležitostech řízení a svých právech a povinnostech

Jedním z témat, k nimž se účastníci FG průběžně vraceli, ale z kterého nedošlo k vzájemné shodě, byla otázka vzdělávání zejména pečujících osob v nuancích procesu vyřizování žádosti o příspěvek na péči, v možnostech, v jaké fázi a jakým způsobem lze proces, případně výsledek ovlivnit, jak využít opravné prostředky atd.

- Část účastníků FG se domnívala, že jen poučení a znalí pečující mají šanci stát se v procesu vyřizování žádosti o příspěvek na péči partnery profesionálů, tzn. že jsou bráni vážně. Dále pak jen dobře poučený žadatel/pečující osoba je schopen využít svá práva, nepodcenit určité kroky, případně je nevynechat, protože o svých možnostech není poučen. *„K tomu co funguje, a to je možnost žadatele, když přijde vyrozumění o tom, že je podklad pro vydání rozhodnutí, využít institutu nahlížení do spisu. Spousta lidí ty papíry zahodí a najednou se diví, že jim přijde rozhodnutí o tom, a pak se už to jen sune k tomu, jak to udělat do odvolání.“*
- Několik z účastníků FG se dokonce domnívalo, případně referovali o vlastních zkušenostech či zkušenostech členů/klientů jejich organizace, že se sociální pracovníci někdy snaží využít toho, že žadatel není dobře obeznámen se svými právy, že si není jist, odrazovat je např. od nahlédnutí do spisu a vznášení námitek atd. *„Člověka to může vyloženě vyvést z míry, pokud není sběhlej“* (FG V).
- Jeden z účastníků FG dokonce navrhoval, že by bylo žádoucí povinnost pečující náležitě edukovat uzákonit, a to jako povinnost pro ORP.
- Mnozí účastníci naopak se systematickým a už vůbec ne povinným vzděláváním pečujících nesouhlasili. Měli k tomu několik důvodů. Jedním z nich je, že pečující jsou většinou již dost tak vytíženi péčí, že vzdělávání by byla pro ně další zátěž. *„Já bych chtěl říct, že v podstatě vzdělávání pečujících osob opravdu nemá smysl, ti pečující nemají na to ani čas ani kapacitu, a ten správní řád, to je tak komplikované, i právníci v tom mají chaos.“* (FG V)
- Navíc dohlížení nad korektním průběhem řízení o PnP by podle názoru některých také nemělo být starostí pečujících. *„Jsem proti vzdělávání pečujících, oni mají pečovat, já si myslím, že mají dělat jiné věci, a ne běhat po úřadech, a nahlížet do spisu, a zjišťovat na co mají nárok, a mají toho i tak dost většinou“.*
- Zástupci několika organizací, kteří se účastnili FG, měli v rámci svých organizací s pokusy se vzděláváním pečujících zkušenosti, a celkově nepovažovali tyto snahy za příliš úspěšné. Účast pečujících na vzdělávacích aktivitách byla většinou velmi nízká a navíc i účastníci příslušného vzdělávání obvykle i v oblastech, kde byli proškoleni, žádají radu a pomoc, případně aktuální informace ve chvíli, kdy daný problém nastane. *„Pečující chtějí mít ty informace, když je potřebují, když jsou v té situaci, když něco řeší.“* (FG XI)

### III.6. Role pomáhajících pracovníků

Ať již se účastníci FG přikláněli k myšlence edukace pečujících osob či nikoliv, většina z nich se shodovala na významu pomoci profesionálů – pomáhajících pracovníků a pomáhajících organizací. Vzdělání v této oblasti mají být dle účastníků hlavně pomáhající pracovníci, a to zejména sociální pracovníci.

- Pomoci pečujícím i žadatelům o PnP by se měly věnovat služby sociálního poradenství, které se zdají být, alespoň podle toho, jaký počet těchto služeb existuje, poměrně dostupné. *„Sociální služba poradenství je nejčastěji registrovaná sociální služba v Jihomoravském kraji. Nevím, jak je to jinde.“* (FG XI)
- Pomáhající pracovníci mohou žadatele/pečující osoby doprovázet na úřady a různé fáze řízení o příspěvek na péči absolvovat s nimi. *„Občas funguje, když někdo z nás tam jde jako prostředník. Oni se s tím klientem třeba moc nebaví, a když tam přijde někdo z organizace, tak jsou někdy ochotnější, ale není to pravidlo. Když jde o ten úřad práce.“* (FG VI)
- V některých případech se osvědčuje, pokud profesionál je na přání žadatele či pečující osoby přítomen u sociálního šetření a tato přítomnost je předem avizována. *Když je to prostě domluvené a hned se to předloží a informuje o tom, že u toho rozhovoru bude i jiná osoba, nejen zákonný zástupce, ale pověřený pracovník, klíčový pracovník, někdo, tak už s tím ta sociální pracovnice počítá a dá se komunikovat mnohem lépe, už to funguje“.* (FG IV)
- V určitých případech je vhodné za pomoci profesionála žadatele či pečujícího poučit o řízení a zejména o sociálním šetření předem, tzn. zajistit, aby dotyčný rozuměl tomu, o co a z jakých důvodů půjde, co je důležité, atd. *„Ve chvíli kdy někoho čeká sociální šetření, tak shání informace, a má i sociální pracovníci, která se nám plně věnuje, a právě se ptáme, co vypíchnout, co říci, až přijde ta sociální pracovnice, si myslím, že lidi, kteří tohle udělají, kteří se připraví na to sociální šetření, tak mají i vyšší šanci to dostat“* (FG VIII) .

## IV. Závěr a nástin směřování doporučení z hlediska výstupů z FG

Jak již bylo řečeno v úvodu, a jak reflektovala jedna z účastnic fokusní skupiny, zástupci pozvaných organizací mají často zkušenosti se systémem příspěvku na péči, zejména zprostředkované zkušenosti, – tzn. ne ty, které jsou jejich osobní, ale zkušenosti lidí, kteří se na jejich organizace v souvislosti s řízením o příspěvek na péči obraceli s problémy a potřebou získat pomoc, ovlivněné tím, že se setkávají hlavně s případy, kdy se systém řízení o příspěvek na péči vůči nějakému žadateli/žádosti z různých důvodů neosvědčil, nastaly potíže, žádost se komplikovala apod. K tomu je nezbytné ještě dodat, že část organizací byla k účasti na FG vybrána záměrně, podle poznatků, které jsme získali v rámci minulých výzkumů o tom, které skupiny žadatelů a jaké typy zdravotních postižení či jaké okruhy diagnóz apod. narážely na limity současné posudkové praxe, sociálním pracovníkům či/i posudkovým lékařům se s nimi obtížně pracuje, případně se na příspěvek na péči obtížně kvalifikují, byť zdravotní stav žadatele určité formy péče vyžaduje.

Jinak řečeno, FG byla sestavena a naladěna tak, že se diskuse přirozeně spíše orientovala k problematickým stránkám posudkové praxe, ke skupinám žadatelů či konkrétním případům, v nichž dochází k zádrhelům či selhání řízení o příspěvek na péči. I když tedy téma „Co funguje“ bylo jedním z navržených diskusních bloků, účastníci FG se již v rámci této diskuse měli tendenci dostávat k tomu, co funguje podle jejich zkušeností spíše hůře nebo vůbec, i k tomu, co by se mělo změnit. O tom, kdy celý proces vyřizování žádosti o příspěvek na péči běží víceméně hladce, či kdy dokonce i víceméně rutinní povaha administrace celého řízení vede k uspokojivému výsledku, nebylo možné se na této fokusní skupině mnoho dozvědět. A také to nebylo cílem této FG.

Cílem bylo podchytit a zpřesnit poznatky právě o těch stránkách posudkové praxe, které v současné době mohou působit jako problematické, a to ve vztahu k variabilitě disabilit, s níž musejí profesionální agendy PnP vypořádat, či k otázkám víceoborové spolupráce, ať již se má tato vztahovat přímo k variabilitě disabilit či k jiným aspektům posudkové praxe. Obojí pak bez ohledu na to, jak četné či naopak neobvyklé konkrétní stránky, případy a situace posudkové praxe, které účastníci považují za problematické, jsou.

#### IV.1. Směřování doporučení dle poznatků z fokusní skupiny

Na základě poznatků z dané fokusní skupiny se jeví, že doporučení by měla směřovat k následujícím oblastem či typům opatření:

- ⊙ k zajištění diferencovanějšího a širšího pohledu na situaci žadatele, zejm.:
  - **rozšíření počtu odborníků, kteří se ke zdravotnímu stavu, funkčním dopadům nepříznivého zdravotního stavu, případně potřebám péče vyjádří** – tzn. v umožnit, aby přinejmenším u některých žadatelů bylo možno portfolio podkladů, které posudkový lékař vezme v úvahu, přímo rozšířit (tzn. nejen jako zdroj sociálního šetření, viz níže) i o vyjádření specialistů, kteří danému zdravotnímu omezení rozumí a zároveň se žadatelem zabývají (např. je jejich klientem, pacientem, žákem atd.) – fyzioterapeut, odborník na výživu, speciální pedagog, psycholog, audilog, logoped atd. atd. ;
  - **posílení jiných hledisek, než je hledisko medicínské** – viz výše. Tzn. nejen umožnit to, aby se pohled na zdravotní omezení očima jiných profesí a v širším kontextu životní situace žadatele dostal do rukou posudkového lékaře, ale rovněž metodicky vést posudkového lékaře k tomu, aby tyto perspektivy do posuzování stupě závislosti integrovali;
  - **větší zajištění toho, že PL zohlední výstup ze sociálního šetření již při prvním posouzení** – změnit vedení a záznam ze sociálního šetření tak, aby byl průkaznější, jednoznačnější, odpovídal struktuře toho, co se posuzuje (ZŽP a jednotlivé aktivity), umožnil sociálnímu

pracovníkovi se vyjádřil k zvládání a nezvládání jednotlivých oblastí z hlediska sociální práce, zavést postupy a pravidla, která by jednoznačněji zavazovala posudkového lékaře se závěry sociálního šetření vypořádat a umožnila sociálnímu pracovníkovi toto vyžadovat, a to nejen pro forma, pravděpodobně by bylo žádoucí právní posílení statusu sociálního šetření;

- **další zdroje využívané při sociálním šetření, ověřování, pohled pečujícího** – jako samozřejmou součástí sociálního šetření zavést získávání informací i z dalších zdrojů, které lze považovat za přirozené sociální prostředí žadatele<sup>1</sup>, zavést mechanismy, jak toto umožnit (informovaný souhlas žadatele). Neopomíjet pečující jako zdroj informací či upřesnění informací, vždy se pokusit získat hledisko pečující osoby. Nespoléhat pouze na tvrzení žadatele.
- ⊙ k zavedení týmového posuzování/rozhodování v komplikovaných, sporných či raritních případech/situacích, a to nejméně tříčlenným týmem (dle typu situace a zdravotních potíží),  
zejm.
- **u vzácných diagnóz či neobvyklých kombinací různých diagnóz či zdravotních omezení, jejichž vzájemné spolupůsobení je obtížné vyhodnotit** – tedy v případech, kdy je pro jednoho odborníka či pro posudkového lékaře samotného obtížné případ vyhodnotit, protože se jedná o ojedinělou zdravotní situaci, málo známé zdravotní stavy apod.;
  - **v případech, kdy diagnóza ještě nebyla ani stanovena, protože není k dispozici specialista, který to může učinit** – tzn. rozhodnout v týmu, kdy jde o zhodnocení funkčního dopadu zdravotního stavu, který nemusí být „pojmenován“ dg., ale projevy jsou patrné, případně se na vyšetření vedoucí ke stanovení dg. čeká měsíce, ale péče je zjevně potřebná a nezbytná a z hlediska potřeby péče není vhodné odkládat řízení o PnP kvůli dg. či dalším vyšetřením.;
  - **v případech výrazně kolísavých zdravotních stavů<sup>2</sup>** - u žadatelů, u nichž se v delších časových obdobích zdravotní stav mění a není jasné, jaké funkční dopady v různých obdobích má, jak dlouhá jsou tato období, jak dalece lze předvídat či ovlivnit kolísání atd.;
  - **v případech, kdy posuzování s pomůckou a bez pomůcky má výrazně jiný výsledek** - resp. fungování s pomůckou a bez pomůcky se výrazně liší – tedy např. jak často a z jakých důvodů u žadatele hrozí výpadky v možnosti využívat pomůcku, jak dlouhé ty výpadky jsou, atd.;
  - **pokud jsou pochybnosti, zda dosažená úroveň schopností je trvalá** - tedy zda nedojde k jejich ztrátě, oslabení či celkovému regresi žadatele, pokud nebude i nadále pokračovat intenzivní nácviku, obnovování, opakování, ev. zvážít, jaká intenzita péče tohoto typu je

<sup>1</sup> Zák. 108/2006 Sb., O sociálních službách, par. 3, písm. d) „přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým<sup>1</sup>), domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,“

<sup>2</sup> Vyhláška 205/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, par. 2, odst. (2) U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období rozhodné pro posouzení závislosti zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

třeba, aby schopnost /dovednost zůstala (tzn. nelze chápat výkon za spolehlivý, je podmíněn trvalým nácvikem);

- **kdy výpadek dohledu může vést k ohrožujícím stavům či způsobit rychlé zhoršení stavu** – zejm. u dětí, u nemocí, kde je různá míra omezení a bezprostřední funkční dopady nemusejí být rozsáhlé, nicméně je třeba, neustálý dohled, toho, aby poučená osoba byla v blízkosti a k dispozici a nejen důsledně hlídala a zajišťovala dodržování léčebného režimu, ale i zasáhla v případech potíží, tzn. choroby, jako cukrovka, epilepsie atd. (tzn. individuálně s ohledem na věk dítěte, jiné zdravotní potíže dítěte, povahu nemoci u konkrétního dítěte, další životní okolnosti);

⊙ k proškolení a průběžné proškolení zainteresovaných profesionálů, zejm.:

- **v pochopení a zvládnutí využívání MKF** - což se týká nejen posudkových lékařů, ale i praktických lékařů, kteří podklady připravují;
- **v právních aspektech řízení o PnP a v možnostech poradenství** – týká se zejména sociálních pracovníků agendy PnP, ale též poradenských pracovníků v rámci služby sociální poradenství
- **v komunikaci s různými typy žadatelů, s žadateli a pečujícími v různých životních situacích** – to se týká zejména sociálních pracovníků agendy PnP, kteří provádějí sociální šetření
- **ve schopnosti správně připravit potřebnou dokumentaci** – tzn. zpracovat nálezy, podklady, výstupy ze sociálního šetření způsobem, který je přehledný, věrohodný a odpovídá danému účelu, tedy posouzení stupně závislosti, týká se sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů;

⊙ k institucionalizaci širší interpretace posudkových kritérií a jejich pružnější aplikaci, zejm.

- **přizpůsobení podoby podkladů a příslušných formulářů /tiskopisů/ touto účelu** – tzn. aby už samotné podklady, které posudkový lékař obdrží, byly přestrukturována tak, aby příslušné odborníky (sociální pracovníky, lékaře či další profese, které se ke zdravotnímu stavu a funkčním dopadům vyjádří) vedly k zaznamenání skutečností, které širší interpretaci než úzce medicínskou umožní;
- **ustálení širšího chápání pojmů „zvládá“/ „nezvládá“<sup>3</sup>** – tzn. vést zejména posudkové lékaře k tomu, aby neredukovali tyto pojmy jen na to, jen na to, že, to za člověka musí někdo udělat a zároveň pokud někdo dílčí aktivitu fyzicky sám vykoná, aby to nebylo automaticky chápáno

<sup>3</sup> Tzn. důsledněji se opírat o Vyhlášku 205/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, par. 2, odst. (1) *Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnutí základní životní potřeby a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby. Přitom se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.*

jako „zvládání“ – tzn. posuzovat v širším kontextu a s ohledem na širší konsekvence, včetně dohledu, dozoru či péče a podpory nutné na zachová dosažené schopnosti (viz výše).

