REVIEW

NOVÉ POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI DLE PRINCIPŮ MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ

New consideration of the degree of dependence based on principles of the International classification of functional capacity, disability and health

Rostislav Čevela, Libuše Čeledová

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, odbor lékařské posudkové služby

Summary

The consideration of the degree of dependence for purposes of providing financial contributions to the care is currently being performed through the mediation of the assessment of the impact of long-term adverse conditions on the ability to manage operations delimited by the law. In the currently existing system, based on section 9 paragraphs 1 and 2 of Law No. 108/2006 Sb. "On social services" as amended, the ability to manage 18 operations in taking the self-care and 18 self-sufficiency activities are evaluated. Each of these operations includes a number of activities as delimited in Attachment 1 of Regulation No. 505/2006 Sb. as amended. The result of this is that within the framework of these particular 36 operations, total of 129 activities are evaluated: 71 activities in taking the self-care and 58 activities concerning the self-sufficiency. The principle of the proposed changes in considering the health condition of applicants for the financial contribution to the health care is an assessment of the degree of dependence based on the transformation of the existing 36 operations in 10 integral and logically associated spheres of the everyday life specifying how the applicant manages fulfilling of basic needs of the life. In general, the 10 basic spheres of the life needs include all the still considered operations. The new second-opinion medical criteria are based on the evaluation of everyday life activities, which have already been shown to be useful in practice and which are simultaneously the first step to accepting the International classification of functional capability, disability and health (ICF) by the professional public. Thus, by the incorporation of elements of the ICF, comprising all the components of the human health and certain components of the well-being, into the new second-opinion medical criteria of the assessment of the degree of the dependence, the attitude of the professional public to health handicaps is being modified. The suggested change in considering the degree of the dependence by second-opinion physicians simultaneously offers a continuation of changes in the new approach to the determination of the dependence of the persons subjected to the opinion, initiated in January 2011 by a new concept of the social examination.

Key words: consideration of dependence degree – law on social services – ICF – ADL

Souhrn

Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči se nyní provádí prostřednictvím hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat zákonem vymezené úkony. V současném systému se podle § 9 odst. 1 a 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních

službách, ve znění pozdějších předpisů, vyhodnocuje schopnost zvládnout 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Jde o úkony, z nichž každý obsahuje několik činností vymezených v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výsledkem je, že v rámci těchto jednotlivých 36 úkonů se hodnotí celkem 129 činností, a to 71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti. Podstatou navrhovaných změn v posuzování zdravotního stavu žadatelů o příspěvek na péči je posuzování stupně závislosti na základě transformace stávajících 36 úkonů do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života, které popisují, jak žadatel zvládá naplňování základních životních potřeb. Do 10 základních životních potřeb se v obecné rovině promítají všechny dosavadní úkony. Nová posudkově-medicínská kritéria vycházejí z již v praxi osvědčeného hodnocení aktivit denního života a současně jsou prvním krokem na cestě k přijetí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) odbornou veřejností. Začleněním prvků MKF, která v sobě obsahuje všechny složky lidského zdraví a některé složky životní pohody, do nových posudkově-medicínských kritérií pro hodnocení stupně závislosti se tak mění pohled odborné veřejnosti na zdravotní postižení. Navržená změna posuzování stupně závislosti posudkovým lékařem je současně pokračováním změn nového přístupu ke zjištění závislosti posuzovaných, které bylo zahájeno v lednu roku 2011 novým pojetím sociálního šetření.

Klíčová slova: posuzování stupně závislosti – zákon o sociálních službách – MKF – ADL

ÚVOD

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR zpracovalo návrhy legislativních změn, které zahájily proces sociální reformy 2011. Z velké většiny by měly nabýt účinnosti od 1. ledna 2012. Jedním z nástrojů k dosažení cíle reformy je snížení počtu vyplácených dávek jejich agregací do větších celků. Jedná se o zjednodušení posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pro stanovení stupně závislosti za účelem přiznání příspěvku na péči, dále pak o vznik dvou nových příspěvků: na mobilitu a zvláštní pomůcky. To spočívá ve sloučení a modifikaci různých existujících dávek v oblasti mobility do jednoho opakujícího se příspěvku na mobilitu. Pomoc, kterou není důvodné poskytovat jako opakující se, se navrhuje v podobě jedné jednorázové dávky – příspěvku na zvláštní pomůcku, která se bude orientovat na oblast kompenzačních pomůcek, zvláštních úprav a zakoupení vozidla a úprav bytu. Schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace se pro nárok na příspěvek na mobilitu bude posuzovat podle zákona o sociálních službách stejným způsobem jako pro účely příspěvku na péči.

Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči se nyní provádí prostřednictvím hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě ne-

příznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat zákonem vymezené úkony. V současném systému se podle § 9 odst. 1 a 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vyhodnocuje schopnost zvládnout 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Jde o úkony, z nichž každý obsahuje několik činností vymezených v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výsledkem je, že v rámci těchto jednotlivých 36 úkonů se hodnotí celkem 129 činností, a to 71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti. Podstatou navrhovaných změn v posuzování zdravotního stavu žadatelů o příspěvek na péči je posuzování stupně závislosti na základě transformace stávajících 36 úkonů do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života, které popisují, jak žadatel zvládá naplňování základních životních potřeb. Do 10 základních životních potřeb se v obecné rovině promítají všechny dosavadní úkony. Prvním krokem ke změně pohledu na hodnocení potřeb a kvality života žadatelů o příspěvek na péči byla změna ust. § 25 odst. 1 zákona o sociálních službách, v účinnosti od 1. ledna 2011. Dle ní obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí pro účely posouzení stupně závislosti sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost

samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí (Čeledová, Čevela, 2011). Sociální pracovník tak nově zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí dle 6 základních okruhů sociálního šetření: schopnost péče o vlastní osobu, výdělečná činnost/školní povinnosti, rodinné vztahy, sociální vztahový rámec, domácnost a prostředí. Těchto 6 potřeb bylo vydefinováno dle standardizovaného dotazníku WHODAS II, který vznikl ve spolupráci Světové zdravotnické organizace (WHO) a následujících organizací v USA: Národního úřadu duševního zdraví (NIMH), Národního úřadu pro zneužívání alkoholu (NIAAA) a Národního úřadu pro zneužívání drog (NIDA). Projekt měl název WHO/NIH Joint Project on Assessment and Classification of Disabilities. Dotazník WHODAS II byl vyvinut k určení limitu aktivity a restrikce participace pocítované člověkem, přičemž se nebere v úvahu lékařská (etiologická) diagnóza. Respondenti určují míru obtíží, které zažívají při obvyklém provádění činností, a to při použití zdravotních pomůcek i využití pomoci druhých osob. Nástroj obsahuje následující domény: porozumění a komunikace, mobilita, sebeobsluha, vztahy s lidmi, životní aktivity (domácnost, práce, škola), účast (participace) ve společnosti. O zjištěních sepisuje písemný záznam dotazovaný osobně či edukovaný tazající dle náročnosti použité verze dotazníku. Na změnu přístupu k sociálnímu šetření tedy logicky navazuje navrhovaná změna lékařského posuzování stupně závislosti, jehož důležitým podkladem jsou právě závěry sociálního šetření.

Stávající posudkově-medicínská kritéria hodnocení stupně závislosti

Pro posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti platí obecné principy posudkové činnosti. Lékař lékařské posudkové služby (LPS) vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření. Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony se posuzuje schopnost dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost prováděného úkonu. Posouzení je pak

výsledkem hodnocení 129 činností (71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti) pro 36 jednotlivých úkonů. Neschopnost zvládat úkon může být zjištěna v oblasti psychické – rozpoznání potřeby úkonu, v oblasti fyzické – úkon provést nebo v oblasti psychické či smyslové – ověřit správnost provedení úkonu. Obsahem jednoho úkonu je vždy řada činností a k prokázání neschopnosti postačuje prokázání neschopnosti zvládat alespoň jednu z činností. Stávající metoda posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a jeho dopadů na soběstačnost a schopnost péče o vlastní osobu je příliš determinována exaktním bodovým ohodnocením (vyhláška č. 505/2006 Sb.; zákon č. 108/2006 Sb.). Posuzování osoby v široké škále činností, která však nemůže být nikdy vyčerpávající, vede k dílčímu pohledu na potřeby posuzované osoby, tedy neumožňuje celostní pohled na potřeby člověka, nerespektuje zásady posudkové personalizované medicíny.

Nová posudkově-medicínská kritéria hodnocení stupně závislosti

Nová posudkově-medicínská kritéria jsou opět založena na základním kritériu – tím je posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Pro účely zákona o sociálních službách je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav definován nově jako zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. Při posuzování stupně závislosti se bude hodnotit schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Schopnost péče o zdraví se bude hodnotit ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. Schopnost zvládat péči o domácnost se nebude hodnotit u osob do 18 let věku. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se budou hodnotit

s využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

U osoby do 18 let věku se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a při hodnocení potřeby mimořádné péče porovná 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 (Čeledová, Čevela, 2010). Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku by se nemělo přihlížet k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Mimořádnou péči chápeme jako péči, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný ke každodennímu zvládnutí základní životní potřeby.

Za schopnost mobility se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání a chůzi. Za schopnost orientace se považuje stav, kdy osoba je schopna orientovat se zrakem, sluchem a pomocí psychických funkcí. Za schopnost komunikace se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou řečí i psanou zprávou. Za schopnost stravování se považuje stav, kdy osoba je schopna stravu naporcovat, najíst se a napít, dodržovat dietní režim/dietu. Za schopnost obouvání a oblékání se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí, oblékat a obouvat se, svlékat se, zouvat se. Za schopnost tělesné hygieny se považuje stav, kdy osoba je schopna umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se a pečovat o ústní hygienu. Za schopnost výkonu fyziologické potřeby se považuje stav, kdy osoba je schopna používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky. Za schopnost péče o zdraví se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření. Za schopnost provádět osobní aktivity se považuje stav, kdy osoba je schopna stanovit si a dodržet denní program, zapojit se přiměřeně do aktivit odpovídajících věku. Za schopnost péče o domácnost se pova-

žuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin a dalších běžných věcí, nosit běžné předměty, ovládat běžné domácí spotřebiče, připravit si jednoduché jídlo, vykonávat domácí práce jako umývání nádobí, pečovat o prádlo, udržovat pořádek.

Do posudkového procesu se doplňují i další skutečnosti, významné pro posouzení stupně závislosti, a to princip kauzality dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a závislosti a nehodnocení pomoci, dohledu nebo péče, která nesouvisí s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem – např. hyperprotektivní péče nebo pomoc, jejíž četnost nesouvisí s fyziologickou frekvencí výkonu některých potřeb nebo vyplývá z rozdílných přístupů některých mužů a žen k aktivitám při péči o domácnost. Navrhujeme se rovněž detailnější upřesnění hodnocení základní životní potřeby – péče o zdraví. Pomoc, dohled nebo potřeba mimořádné péče se vymezuje cíleně ke konkrétnímu zdravotnímu stavu posuzované osoby. Ve věkové skupině 1–18 let se z hodnocení vylučuje péče o domácnost jako skutečnost, která není adekvátní předškolnímu věku a věku povinné školní docházky. Schopnost zvládat základní životní potřeby musí být hodnocena v souladu s dostupnými schopnostmi a kompetencemi posuzované osoby a s facilitujícími prostředky. Jde např. o schopnost využívat dostupných prostředků v domácnosti, jako jsou sedačka na vanu, upravený otvůrák, lžice na obouvání či jednoduché úpravy předmětů denní potřeby, nebo v bytě, např. odstranění prahů, instalace madel na WC nebo v koupelně či zdravotnické prostředky (protéza, ortéza, sluchadlo, brýle, hůl), při chůzi po schodech opora o zábradlí apod.

DISKUSE

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, respektive jeho dopady na soběstačnost a schopnost pečovat o vlastní osobu, je základním kritériem pro určení míry závislosti osob na pomoci jiné osoby. Zpřehledněním posuzování stupně závislosti ze stávajících 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života, tj. základních životních potřeb, dojde k objektivnějšímu posouzení potřeby klientů. Přitom zůstane zachován ucelený pohled na každodenní běžné životní aktivity nutné pro sociální začlenění.

Nové posuzování vychází z konceptu hodnocení Activity of Daily Living (ADL), které je již od poloviny 60. let minulého století užíváno u pacientů s disabilitou. Dle hodnocení ADL není rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, ale především funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivity a participace. Bazální ADL se týká sebeobsluhy. Hodnotí se např. přemísťování, koupání. Instrumentální ADL (IADL) se týká složitějších činností, které umožňují nezávislou existenci jedince, podmínují jeho soběstačnost. Patří sem např. nakupování, vedení domácnosti nebo nakládání s penězi (Topinková, Neuwirth, 1995; Kalvach a kol., 2008; Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví 2009; Sikorová et al. 2010; Topinková, 2010). Změna posudkových-medicínských kritérií při hodnocení stupně závislosti tedy navazuje na již užívané hodnocení ADL. V podstatě předchází plošnému používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví ošetřujícími lékaři tím, že využívá principů této klasifikace. Publikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) je českým překladem klasifikace International Classification of Functioning, Disability nad Health (ICF), která byla vydána Světovou zdravotnickou organizací.

Tabulka č. 1 ukazuje agregaci 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 životních potřeb s promítnutím do Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Funkční schopnosti by se měly hodnotit s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní

potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. Toto hodnocení přináší právě MKF. Jde o konstrukci funkční diagnózy, která je podstatně odlišná od diagnózy etiologické. Funkční diagnóza je v průběhu porušeného zdravotního stavu (nemoci, úrazu, vrozené vady) stejně důležitá jako diagnóza etiologická a s odstupem času je v mnoha situacích i důležitější (Čevela et al., 2009; Švestková, Pfeiffer, 2009; Švestková, 2010; Matlasová, 2011). Dle sdělení č. 431/2009 Sb. Českého statistického úřadu ze dne 18. listopadu 2009 o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je MKF součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Klasifikace je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní) a posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání. Dále pro předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti. MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní (Sdělení Českého statistického úřadu, 2009).

Tabulka 1 Agregace 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 životních potřeb s promítnutím do MKF

Základní životní potřeba	Současné úkony dle § 9 zákona o sociálních službách		Klasifikace MKF
	péče o vlastní osobu	soběstačnost	aktivace/participace
mobilita/pohyblivost	h) vstávání, uléhání, změna poloh i) sezení j) stání k) přemísťování věcí l) chůze po rovině m) chůze po schodech		kap. 4 pohyblivost např. d 450 chůze, d 460, d 410
orientace	p) orientace v přirozeném prostředí	b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	kap. 1 učení se a aplikace znalostí např. kódy d 110–129
komunikace		a) komunikace slovní, písemná, neverbální	kap. 3 komunikace d 310–360
stravování	a) příprava stravy b) porcování stravy c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu		kap. 5 péče o sebe, jídlo a pití d 550–560
oblékání a obouvání	n) výběr oblečení o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání		kap. 5 péče o sebe d 540
tělesná hygiena	d) mytí těla e) koupání nebo sprchování f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení		kap. 5 péče o sebe d 510–520
výkon fyziologické potřeby	g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny		kap. 5 péče o sebe d 530
péče o zdraví	q) provedení si jednoduchého ošetření r) dodržování léčebného režimu		kap. 5 péče o sebe d 570, kap. 2 všeobecné úkoly a požadavky např. d 230
osobní aktivity		d) obstarávání osobních záležitostí e) uspořádání času, plánování života f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku	kap. 8 hlavní oblasti života např. d 810–820, kap. 9 život komunitní, sociální a občanský např. d 910–920
péče o domácnost		c) nakládání s penězi g) nakupování h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla i) mytí nádobí j) běžný úklid v domácnosti k) péče o prádlo l) přepírání drobného prádla m) péče o lůžko n) obsluha běžných domácích spotřebičů o) manipulace s kohouty, vypínači p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří q) udržování pořádku v domácnosti r) další jednoduché úkony v domácnosti	kap. 6 život v domácnosti např. d 630–640

ZÁVĚR

Agregace současných 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnost (129 činností) do 10 základních životních potřeb – mobilita; orientace; komunikace; stravování; oblékání a obouvání; tělesná hygiena; výkon fyziologické potřeby; péče o zdraví; osobní aktivity; péče o domácnost – přinese podstatné zjednodušení posuzování stupně závislosti, sníží časovou a administrativní náročnost vypracování posudku při zachování objektivitu posuzování. Ve svém důsledku to bude znamenat pružnější řízení směrem ke klientovi a zvýšení efektivity činnosti posudkové služby. Nová posudkově-medická kritéria vycházejí z již v praxi osvědčeného hodnocení aktivit denního života a současně jsou prvním krokem na cestě k přijetí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví odbornou veřejností. Začleněním prvků MKF, která v sobě obsahuje všechny složky lidského zdraví a některé složky životní pohody, do nových posudkově-medických kritérií pro hodnocení stupně závislosti se tak mění pohled odborné veřejnosti na zdravotní postižení. Zvládnutí základních životních potřeb v přijatelném standardu vychází z toho, co je v daném socio-kulturním prostředí v určité oblasti očekáváno. Princip zvládnutí základních životních potřeb v přijatelném standardu postihuje ty skutečnosti, kdy by fyzická osoba byla sice schopna svými fyzickými schopnostmi potřebu vykonat, ale pro disability v duševní nebo smyslové oblasti ji zvládne „nestandardně, nekvalitně, nespokojivě“. Nové posuzování směřuje k užívání funkční diagnózy a salutogenetickému přístupu ke zdraví, tedy ke sledování kvality života. Navržené posuzování stupně závislosti posudkovým lékařem je současně pokračováním změn nové-

ho přístupu ke zjištění závislosti posuzovaných, které bylo zahájeno v lednu roku 2011 novým pojetím sociálního šetření.

LITERATURA

1. Čeledová L, Čevela R (2010). Posuzování stupně závislosti dětí do 18 let s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. *Kontakt*, XII/2: 199–206.
2. Čeledová L, Čevela R (2011). Úloha posudkového lékaře a sociálního pracovníka v řízení o příspěvku na péči. *Kontakt*, XIII/1: 48–54.
3. Čevela R, Švestková O, Čeledová L (2009). Funkční hodnocení zdravotního stavu. *Zdravotnictví v České republice*, 12/3: 98–101.
4. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Holmerová I a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada Publishing, 336 p.
5. Matlasová H (2011). Praktická aplikace mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Kontakt*, XIII/1: 54–65.
6. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2009). Grada Publishing, 280 p.
7. Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb., o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).
8. Sikorová L, Jarošová D, Marečková J, Pajorová H (2010). Využití standardizovaných škál pro hodnocení seniorů. *Kontakt*, XII/4: 399–406.
9. Švestková O (2010). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) WHO a její praktické využití. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 20/2: 40–49.
10. Švestková O, Pfeiffer J (2009). Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci. *Praktický lékař*, 89/5: 268–271.
11. Topinková E (2010). *Geriatry pro praxi*. Galen, 270 p.
12. Topinková E, Neuwirth J (1995). *Geriatry pro praktického lékaře*. Grada Publishing, 299 p.
13. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
14. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Rostislav Čevela, Libuše Čeledová
Rostislav.Cevela@mpsv.cz