VOX PEDIATRIAE

časopis praktických lékařů pro děti a dorost

prosinec 2011 ■ číslo 10 ■ ročník 11

SPLDD ČR

OSPDL ČLS JEP

Významné mezníky ve vývoji dítěte v raném věku

Vývojová neurologie

Význam a možnosti klinicko-logopedické diagnostiky

Chřipka a její prevence

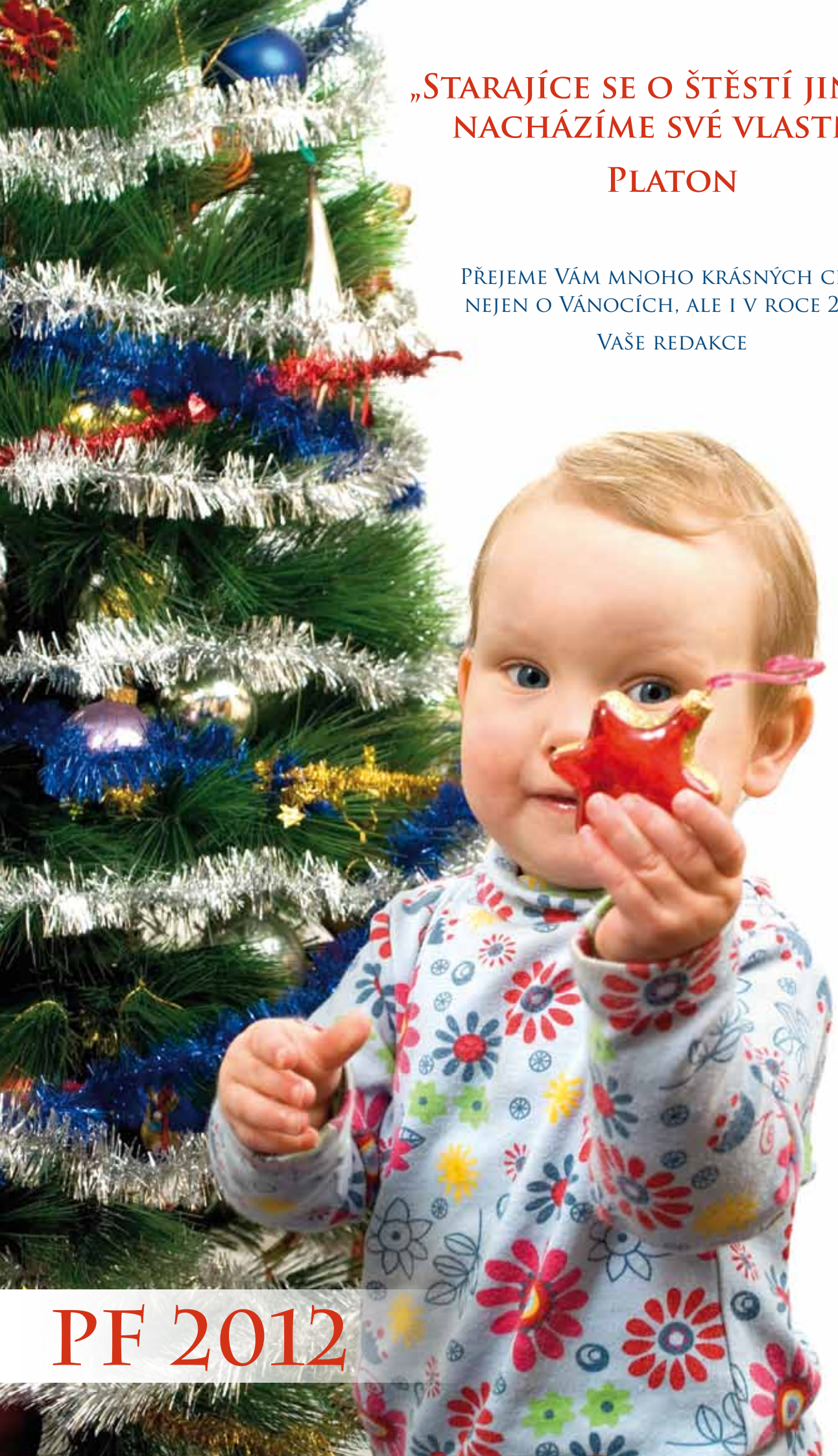
ORION DIAGNOSTICA

Pfizer Pracujeme pro zdravější svět™

Hero Sunar

gsk GlaxoSmithKline

Téma čísla: PMV KOJENCE



„Starajíce se o štěstí jiných, nacházíme své vlastní."

Platon

Přejeme Vám mnoho krásných chvil nejen o Vánocích, ale i v roce 2012.

Vaše redakce

PF 2012

tiráž...

VOX PEDIATRIAE

Časopis praktických lékařů pro děti a dorost

www. detskylekar. cz

Adresa redakce:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Sekretariát:
tel.: 267 184 065, fax: 267 184 050

Redakce VOX:
tel.: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce:
Ing. Veronika Drahovzalová
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
GSM: 605 281 665 – jen pro inzerenty
e-mail: veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Vydavatel:
Sdružení praktických lékařů
pro děti a dorost ČR, o.s.

Odborná garance:
Odborná společnost praktických
dětských lékařů ČLS JEP

Grafika, výroba, distribuce:
Vydavatelství MEDIX
(vox@imedix.cz; GSM: 777 281 866)

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková
MUDr. Jiří Liška, CSc.
MUDr. Pavel Neugebauer
MUDr. Olga Roškotová

Odpovědný redaktor:
Mgr. Zdeněk Brtnický

Jazykové korektury:
PhDr. Jana Kratochvílová

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům.
Distribuce členům SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP zdarma.
Vychází 10× ročně, v nákladu 2200 výtisků.
Povoleno ministerstvem kultury pod číslem
MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241.
Redakce nezodpovídá za obsah článků.
Reprodukce obsahu je povolena pouze
s písemným souhlasem redakce.
Nevyžádané podklady pro tisk se nevracejí.
Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá
za obsah inzercí a vložených tiskovin.

obsah...

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období 5

Koalice soukromých lékařů 6

Lesk a bída české pediatrie 8

Právní rubrika: Kdy, jak a co sdělovat nebo oznamovat policii a proč... 12

Usnesení Celorepublikové konference SPLDD 13

Zpráva ze zahraniční cesty 14

Informace OSPDL ČLS JEP 15

Jana Knězová
Významné mezníky ve vývoji dítěte v raném věku 18

MUDr. Ladislava Rennerová
Vývojová neurologie 22

PaedDr. Lenka Pospíšilová
Význam a možnosti klinicko-logopedické diagnostiky raného věku 26

MUDr. Irena Martinková, MUDr. Hana Tkadlecová
Chřipka a její prevence 30

Ze světa odborné literatury 32

Aktuality 33

Řádková inzerce 37

Autodidaktický test 38

Střed: Sbírka zákonů ČR - Vyhláška č. 473/2008 Sb. o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce - 2. část

NAKLADATELSTVÍ UMÚN s. r. o.
Nakladatelství UMÚN, s.r.o.
Nad Školou 1289, 463 11 Liberec, tel.: 485 161 712
e-mail: umun@umun.cz, www.umun.cz
Obrázek na titulní straně ústy namalovala Ann Lund Wahlberg.

editorial…

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

konec roku se nezadržitelně blíží, a tak se také blíží doba bilancování a nových předsevzetí. Jaký vlastně rok 2011 byl pro praktické dětské lékaře?

Probouzeli jsme se do roku, kdy vrcholila světová ekonomická krize. Po relativně příznivých letech, kdy se nám podařilo alespoň částečně narovnat úhrady tak, abychom vyrovnali deficit z předcházejících období, přišel rok, kdy bylo třeba bojovat o zachování dosažené výše úhrad. Posuďte sami, zda se nám to podařilo, či ne.

Začátek roku 2011 se také nesl v duchu vyvrcholení kampaně za navýšení platového ohodnocení našich kolegů v nemocnicích ve smyslu výzvy „Děkujeme – odcházíme". Na celkové hodnocení dopadu a významu této aktivity si ještě budeme muset počkat, nicméně již dnes je jisté, že tato akce vyvolala mnohé vášně, a to dokonce i v našich řadách. Jelikož dopady uzavřeného Memoranda mohou dopadnout na celé zdravotnictví i v následujícím období, na celkové hodnocení je nyní příliš brzy. Nicméně nesporným kladem celé akce je, že i zdravotníci dokáží pozvednout své hlavy a důrazně se přihlásit o svá práva. Bude to povzbuzení i pro nás? Navážeme na roky 2006 a 2007, kdy nám skutečně pomyslně „teklo do bot?"

Rok 2011 nám také přinesl konkrétní podobu tzv. reformních zákonů a s tím spojené obrovské zklamání. Téměř dva roky jsme pracovali na tzv. Julínkových zákonech, které si i současná garnitura vzala jako vzor. Řada jednání odstranila mnohé hroty v původních zněních Julínkových norem, řada jednání přinesla ztěžka uzavírané kompromisy, nicméně podoba, kterou představilo Hegerovo ministerstvo, vše vrátila na začátek cesty. A kdyby jen to, řada ustanovení doznala změnu, která se asi nejvíce líbí právníkům, nikoliv však zdravotníkům. A tak nezbylo, než nastoupit cestu hašení požárů. Bohužel už ale nezbyl čas na údržbu a ošetření zbytkových ložisek, která v součtu mohou představovat pořádně velký požár.

Očkování. V roce 2010 jsme si zpočátku jen obtížně zvykali na nový model zásobování očkovacími látkami cestou přímé distribuce, těžko jsme vstřebávali a dosud nevstřebali situaci, kdy jsme byli donuceni se ekonomicky přímo podílet na poskytování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, a už se na nás řítí další změna v podobě distribuce a vykazování očkovacích látek pro tzv. pravidelné očkování. Opět nový model, opět překotné zavádění, opět nepřipraveno a předem nevydiskutováno, opět řešení za pochodu, opět ne zcela predikovatelné dopady na praktické dětské lékaře. Přes veškerou snahu vedení našeho Sdružení je třeba si přiznat, že na politické machinace často hledíme z nebezpečně velké vzdálenosti. Dá se s tím ovšem nějak bojovat? Nebo je to otázka politické kultury, kterou stále spíše jen hledáme?

Dalo by se jistě pokračovat ve výčtu změn a událostí roku 2012, nicméně by to jistě přesáhlo možnosti tohoto sdělení. Co tedy říci k výhledům a předsevzetím pro rok 2012? Jistě se budeme muset poprat o narovnání celé řady až chyb v nové legislativě, jistě se pokusíme dotáhnout jednání o úplné kompenzaci za zrušené regulační poplatky u dětí, jistě se pokusíme vytvořit takovou alternativu získávání očkovacích látek bez nutnosti ekonomické intervence praktického dětského lékaře, jistě…

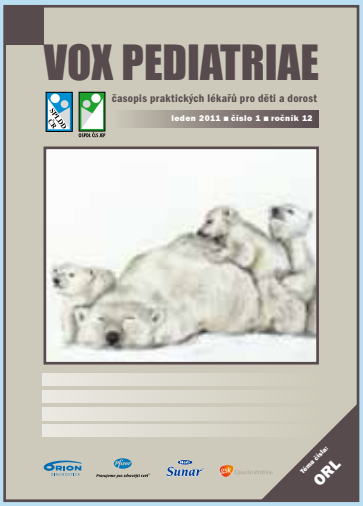
Mnozí si možná řeknou: „sliby, chyby", nicméně se o naplnění uvedených předsevzetí s celým týmem volených funkcionářů alespoň pokusíme. Pro zdar tohoto pokusu se ale bez podpory všech vás, našich členů, jisto jistě neobejdeme

S přáním příjemného prožití posledních dnů letošního roku

Pavel Neugebauer

připravujeme…

ORL
(chronické infekce, AV, diferenciální diagnostika uzlin)



v tomto čísle inzerují…

BAXTER
EKA
GSK
HERO
NESTLÉ
NUTRICIA
ORION DIAGNOSTICA
PFIZER
PHC
SANATORIUM EDEL

úřední hodiny SPLDD ČR…

Pondělí	10. 00–15. 00 hodin
Úterý	10. 00–15. 00 hodin
Středa	10. 00–15. 00 hodin
Čtvrtek	10. 00–15. 00 hodin
Pátek	10. 00–13. 00 hodin

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o. s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
sekretariát:
tel.: 267 184 065
fax: 267 184 050
redakce VOX:
tel.: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar. cz

Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Pavel Neugebauer
předseda SPLDD ČR

V říjnu se začalo intenzivně jednat nad novým modelem úhrady očkovacích látek pro tzv. pravidelná očkování. Stát totiž v navržené legislativě přesunul břímě úhrady na zdravotní pojišťovny. Že to přinese řadu problémových situací, to se dalo jistě předpokládat, nicméně čas neúprosně běží a konec roku se blíží mílovými kroky. Problematika dopadů nové legislativy byla samozřejmě na programu celé řady jednání a nevyhnula se ani společným jednáním s dalšími reprezentanty ambulantní sféry, a to nejen na půdě Koalice soukromých lékařů.

4.10. - společně se zástupci odborných společností a se zástupci ZP MV jsme se sešli nad možným projektem podchycení diagnostiky a možností léčby obezity u dětí školního věku. Projekt tak dostal konkrétnější podobu a pravděpodobnost jeho spuštění od ledna 2012 nabrala konkrétní podobu.

5.10. - spolu s dalšími zástupci Koalice soukromých lékařů jsme se zúčastnili vypořádání připomínek k návrhu vyhlášky o zdravotní dokumentaci. V nebývale přátelské atmosféře byla většina připomínek vypořádána kladně. Asi nejdůležitějším momentem bylo připuštění textu, který by srovnal elektronickou verzi se současnou praxí papírové formy. Jenže vyhláška ještě putovala do vnějšího připomínkového řízení (poznámka: jde o připomínková místa na jiných úřadech, ministerstev apod.) a také musí být text odsouhlasen legislativní radou vlády. Nicméně zůstalo i tak několik otazníků, tím největším je asi zaznamenávání použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotních služeb, mezi něž se z titulu zákona počítá i úchop. Bližší podrobnosti – návrh vyhlášky i připomínky naleznete na www.detskylekar.cz.

13.10. - na půdě MZ ČR proběhl seminář, který si kladl ambice vysvětlit jednotlivým skupinám poskytovatelů problematiku digitalizace Seznamu výkonů. Přes dobrý záměr se ukázalo, že problematika digitalizace tohoto Seznamu je teprve na začátku cesty.

13.10. - s ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc. se sešli zástupci pediatrické obce, aby diskutovali navržené možné rušení kojeneckých ústavů. I tady se ukázalo, že rozhodnutí od zeleného stolu s sebou nese nejeden otazník.

14.10. - spolu s MUDr. Ilonou Hülleovou, 1. místopředsedkyní Sdružení, jsme se sešli s náměstkem ministra zdravotnictví Ing. Petrem Noskem, abychom s ním projednali řadu problematik týkajících se činnosti PLDD. Na programu byla samozřejmě plná kompenzace za zrušené regulační poplatky, ale i některé aspekty související s novým modelem hrazení očkovacích látek pro pravidelná očkování v roce 2012. Na přetřes přišla i problematika otevření alternativní cesty získávání vakcín pro nepovinná očkování bez finanční spoluúčasti PLDD. Na výstupy si ale budeme muset ještě počkat, jak dlouho....

18.10. - Koalice soukromých lékařů se sešla na svém pravidelném jednání. O výstupech informujeme na jiném místě.

19.10. - na půdě Svazu zdravotních pojišťoven jsme se se zástupci Koalice soukromých lékařů sešli nad problematikou vydávání číselníků léčiv a SZP ze strany tohoto Svazu, jako alternativy číselníku VZP. Výstupem bylo, že rok 2012 by měl být zkušebním rokem a hlavním cílem by mělo být nabídnout lékařům nějaké přidané hodnoty v tomto číselníku oproti číselníku VZP, přičemž pro oba číselníky platí, že základem je číselník vydávaný SUKLem.

19.10. - na půdě ČPZP jsme se sešli se zástupci Svazu zdravotních pojišťoven i VZP, abychom si vyjasnili postoje k problematice nového modelu úhrady očkovacích látek pro pravidelná očkování v roce 2012. Z diskuse vyplynulo, že ke shodě na řadě problematických bodů budeme muset obě strany vážit míru kompromisu....

25.10. - v Centru primární péče, resp. na adrese i našeho Sdružení jsme se sešli se zástupci ambulantních specialistů, abychom se pokusili zahájit dialog na téma mezioborových kompetencí. Při jednání se ukázalo, že ani tento dialog nebude vůbec jednoduchý, ambulantní specialisté se totiž jen obtížně smiřují s faktem, že by jim praktický lékař, resp. praktický lékař pro děti a dorost určoval, zda a koho budou dispenzarizovat. Jestli se nám podaří kráčet dál po cestě, po které jsme při občas poněkud emotivní diskusi vykročili, ukáže až další čas...

26.10. - Komise pro Metodiku VZP se sešla k řešení některých aktuálních oprav v souvislosti se změnou legislativy. Každopádně se na tomto jednání otevřela diskuse nad obsahem a možným dopadem formulářů 06, a to především ve vztahu k proplácení ze strany zdravotních pojišťoven. I tady se zdálo, že jsme otevřeli „Pandořinu skříňku".

26.10. - na půdě MZ ČR jsme se sešli v dalším kole nad problematikou nového modelu úhrady pravidelného očkování v roce 2012. K určitým kompromisům při tomto jednání sice došlo, řada otazníků však zůstala.

31.10. - spolu se zástupci SPL jsme se sešli s ředitelkou revize VZP, abychom diskutovali vazby mezi PL, resp. PLDD a ambulantními specialisty z pohledu revizní činnosti. Vše bylo vyvoláno informacemi, které jsme získali při jednání 25.10. v Centru primární péče.

Koalice soukromých lékařů

Koalice soukromých lékařů se v měsíci říjnu věnovala především rozboru legislativních norem, resp. prováděcích vyhlášek na činnosti jednotlivých zdravotnických zařízení. Je až s podivem, jak se řada problematických bodů, které byly již v minulosti řešeny a vyřešeny, stále vrací v nezměněné podobě. Jedním z těchto bodů je i otázka přeregistrace vyplývající ze zákona o zdravotních službách. Koalice se v této záležitosti obrátila na ministra zdravotnictví především s dotazem, zda naplní své sliby ohledně možného zjednodušení celého procesu. I kdyby k tomu nakonec i došlo, jak se k tomu postaví jednotlivé Krajské úřady ukáže až čas…

I. Výpis z jednání Koalice soukromých lékařů ze dne 18. října 2011

1. Úhrady zdravotní péče v roce 2012

• MZ ČR připravuje úhradovou vyhlášku a shromažďuje informace o možných aktivitách lékařů. Zubním lékařům byl i přes nedohodu ponechán způsob financování formou „Ceníku“ v korunách.

2. Legislativa MZ

Zákon o zdravotních službách

• Návrh Zákona o zdravotních službách Senát odmítl jako celek a lze očekávat, že PSP ČR jej odsouhlasí ve stávající podobě.

• Dr. Chrz navrhl oslovit ministra zdravotnictví s žádostí o písemné potvrzení, že po zdravotnických zařízeních nebude pro připravovanou přeregistraci požadováno předložení veškeré dokumentace, ale pouze doplnění chybějících údajů. Ideálním řešením by byla metodika MZ ČR (výklad zákona) závazná pro postup krajských úřadů. Mgr. Slavík připravuje v tomto smyslu ministru zdravotnictví dopis. Organizace Koalice mohou zvážit, zda se k ČSK připojí nebo dopis zašlou společně za celou Koalici soukromých lékařů.

• SAS ČR navrhuje oslovit po přijetí zákona všechny KÚ s žádostí o informaci, jakým způsobem budou k přeregistracím přistupovat.

Vyhláška o technickém a věcném vybavení

• Koalice se po přijetí vyhlášky obává zejména postupu orgánů ochrany veřejného zdraví, které pravděpodobně nebudou respektovat stávající provozní řády.

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

• Dr. Dvořák upozornil na nebezpečí zvýšené administrativy, pokud by se měla vyhláška dodržovat.

• Dr. Jojko sdělí písemně Dr. Sajdlové, že KSL podporuje připomínky SSG ČR.

Vyhláška hodnocení kvality a bezpečí

• Podle názoru členů Koalice otevírá přijetí této vyhlášky prostor pro soukromé podnikání externích subjektů a nežádoucí odčerpávání finančních prostředků ze zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že hodnotiteli nemohou být poskytovatelé zdravotní péče, je řešením založení vlastních akreditačních agentur, které budou hodnocení provádět.

• SPL ČR již ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství založení takové agentury připravuje a jejím prostřednictvím budou hodnotit kvalitu péče sami.

• SAS ČR několik let pracuje na akreditačním systému, spuštěný je od letošního jara.

• SPLDD ČR a ČSK vytvoření vlastních agentur zváží.

3. Krizový štáb

• Svolání Krizového štábu není zatím nutné, ale stále má své opodstatnění. ZZ hrozí zpožďováním plateb od zdravotních pojišťoven.

4. Jednání o Číselníku Svazu zdravotních pojišťoven ČR

• Ve středu 19. 10. 2011 se uskuteční jednání se zástupci Svazu zdravotních pojišťoven ČR, který podle svých nových číselníků postupuje již od 1. 7. 2011. Cílem schůzky je projednat účel číselníků, rozdíl proti číselníkům VZP a jejich užití v komunikaci se zdravotnickými zařízeními. Na jednání je třeba diskutovat o přípravě softwaru, včasné informovanosti ZZ a zjistit, zda číselníky SZP ČR budou součástí dodatků se ZP nebo zda bude možné i nadále postupovat podle platného číselníku VZP.

5. IZIP

• Stanovisko KSL k projektu se nemění. Dr. Jojko v tomto smyslu upraví lednové prohlášení Koalice, které bude začátkem příštího týdne zasláno MZ ČR a zástupcům sdělovacích prostředků.

II. Usnesení sjezdu Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. ze dne 21. 10. 2011

I. Sjezd schvaluje

- zprávu o činnosti rady za uplynulé období od minulého sjezdu,
- zprávu o hospodaření SAS ČR,
- zprávu revizní komise.

II. Sjezd vyzývá

MZ, aby v úhradové vyhlášce pro rok 2012 zajistilo přiměřené navýšení úhrad práce zdravotnických zařízení tak, aby nebyla zhoršena kvalita a dostupnost ambulantní zdravotní péče o občany v ČR. Sjezd žádá ministra zdravotnictví, aby i v úhradách ambulantních specialistů bylo zohledněno plánované navýšení DPH a růst nákladů na platy zaměstnanců. Jiný postup, resp. stagnaci nebo snížení příjmů ambulancí bude sjezd považovat za jednání v rozporu s článkem 2 a 3 Memoranda uzavřeného mezi MZ a Koalicí soukromých lékařů 30. 8. 2011. V době, kdy v systému veřejného zdravotního pojištění chybí prostředky, považuje sjezd SAS za zbytečné plýtvání investovat tyto peníze do projektů jako je IZIP, AKORD, Akord Max apod.

III. Sjezd žádá

VZP, aby konečně začala v jednáních o úhradách a regulacích respektovat úhradovými vyhláškami stanovenou lhůtu 120 dnů po ukončení období pro vzájemné vypořádání mezi VZP a zdravotnickými zařízeními.

IV. Sjezd důrazně odmítá

návrh Svazu zdravotních pojišťoven přesunout financování komplementu na zdravot-

nická zařízení.

Této případné zásadní změně financování komplementu musí předcházet jednání se všemi zainteresovanými, změna musí být připravena v dostatečném časovém předstihu a ambulantním specialistům musí být zajištěno za práci navíc přiměřené navýšení jejich finančního ohodnocení.

Sjezd v tomto vyjadřuje plnou podporu stanovisku Rady SAS ze dne 15. 9. 2011.

V. Sjezd důrazně nesouhlasí

s povinností plošné „přeregistrace“, jak je žádaná § 121 návrhu zákona o zdravotních službách. Sjezd toto ustanovení považuje za zbytečné obtěžování soukromých zdravotnických zařízení, jejich zbytečnou administrativní a finanční zátěž, za zásah do jejich dříve nabytých práv. Pro některá zdravotnická zařízení toto může znamenat i existenční ohrožení.

VI. Sjezd žádá

krajské úřady i ostatní orgány, aby při udělování pokut zdravotnickým zařízením přihlížely k jejich velikosti a výši hrubého obratu ZZ a aby jejich rozhodnutí nebyla v rozporu s dobrými mravy.

VII. Sjezd žádá

všechny kompetentní orgány ČR, aby v prosazování forem e.health respektovaly pravidlo, že elektronizace má být pomocníkem v komunikaci mezi zdravotníky, nikoli prostředkem ke shromažďování dat.

VIII. Sjezd považuje

IZIP za v praxi nepoužitelný systém, který by lékařům jen přidal práci bez jakéhokoli pospěchu pro kohokoli. Sjezd odmítá myšlenku vnutit IZIP zdravotnickým zařízením jako povinný.

Sjezd odmítá medializované stanovisko vedení VZP zdůvodňující nezbytnost existence IZIP jako nástroj pro odhalení podvodně vykazovaných a duplicitních výkonů. Prohlašujeme, že VZP již dnes má dostatečné softwarové vybavení umožňující tato jednání detekovat a řešit.

IX. Sjezd odmítá

jakoukoli formu i částečného gate-keepingu, žádá, aby vztahy mezi obory a skupinami zdravotnických zařízení byly postaveny na vzájemné spolupráci a respektování typů vzdělání, aby nedocházelo ke zbytečnému

- administrativnímu obtěžování pacientů,
- nárůstu jejich finanční zátěže,
- snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče o ně.

X. Sjezd vyzývá

všechny členy SASu, aby se odvolali proti uplatnění regulačních srážek od zdravotních pojišťoven vždy, pokud takovou srážku považují za nespravedlivou a vždy, pokud ze strany zdravotní pojišťovny nebylo provedeno řádné zdůvodnění regulační srážky a/nebo pokud není respektována lhůta 120 dnů po ukončení období pro vzájemné finanční vypořádání.

XI. Sjezd SAS odmítá

připravované zvýšení členských příspěvků v ČLK pro příští období a doporučuje sjezdu ČLK tuto změnu neschválit.

XII. Sjezd SAS vyzývá

své členy, aby informovali své kolegy o členství v SASu a možnosti dát SASu plnou moc k zastupování na jednáních. Na počtu plných mocí závisí, jakou váhu na jednáních segmentu SAS ČR má.

Kongresové centrum hotelu Floret,
Průhonice u Prahy 21. 10. 2011

III. Dopis Koalice soukromých lékařů ministru zdravotnictví

Vážený pane ministře,

již v průběhu projednávání návrhu zákona o zdravotních službách odborná veřejnost široce diskutovala problém tzv. přeregistrace, tedy otázku zániku oprávnění poskytovat zdravotní služby na základě stávajícího rozhodnutí o oprávnění, vydaného podle dosavadních právních předpisů, a s tím související povinnost stávajících provozovatelů nestátních zdravotnických zařízení požádat o udělení oprávnění podle zákona o zdravotních službách. Koalice soukromých lékařů, která reprezentuje lékaře a zubní lékaře, kteří vykonávají své zdravotnické povolání svým jménem a na vlastní odpovědnost, se těchto diskuzí aktivně účastní, neboť má za to, že tzv. přeregistrace přinese poskytovatelům neodůvodněnou administrativní zátěž a ve svých důsledcích může i přispět ke zhoršení dostupnosti zdravotní péče.

Návrh zákona o zdravotních službách tak, jak byl schválen Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR, upravuje tzv. přeregistraci v § 121 odst. 5 takto: *„Pokud poskytovatel uvedený v odstavci 1 hodlá poskytovat zdravotní služby po uplynutí 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, požádá do 9 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb obsahuje náležitosti uvedené v § 18 odst. 1. Příslušný správní orgán je povinen vydat rozhodnutí o žádosti nejpozději do 36 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona“.* Citované přechodné ustanovení podle názoru Koalice soukromých lékařů nezavádí pro stávající provozovatele zdravotnických zařízení žádný zvláštní režim v porovnání s jinými žadateli o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb s výjimkou toho, že jim ve spojení s ust. § 121 odst. 4 zaručuje udělení oprávnění tak, aby bezprostředně navazovalo na zánik dosavadního rozhodnutí o registraci. V každém případě však rozhodnutí o žádosti o udělení oprávnění je rozhodnutím ve správním řízení, které správní orgán může vydat pouze na základě řádně zjištěného skutkového stavu. Tomu odpovídá i ust. § 121 odst. 1 poslední věta návrhu zákona o zdravotních službách, podle kterého *„Držitelé registrace podle dosavadních právních předpisů mají právo na vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona za předpokladu, že doloží náležitosti nutné k udělení registrace podle tohoto zákona“.* Podle názoru Koalice soukromých lékařů tak správní orgány budou v rámci „přeregistrace“ povinny vyžadovat od stávajících provozovatelů zdravotnických zařízení podklady ve stejném rozsahu jako u jiných žadatelů o udělení oprávnění. Obdobně se vyjadřují v médiích i někteří představitelé krajů, jejichž úřady budou ve smyslu zákona o zdravotních službách příslušnými správními orgány. Ze strany ministerstva zdravotnictví i některých představitelů zdravotního výboru Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR však v médiích i při jiných příležitostech opakovaně zaznívá ujištění, že „přeregistrace“ znamená pouze vyplnění formuláře s pěti základními údaji o poskytovateli.

Uvedený rozpor mezi vyjádřeními představitelů příslušných správních orgánů na jedné straně a prohlášeními zákonodárce na straně druhé provozovatele zdravotnických zařízení zneklidňuje. S ohledem na výše naznačený výklad zákonného textu, který, jakkoliv dosud prochází legislativním procesem, velmi pravděpodobně nabude účinnosti, pak Koalice soukromých lékařů dospívá k závěru,

že tzv. přeregistrace bude skutečně znamenat plnohodnotné správní řízení, ve kterém bude stávající provozovatel povinen správnímu orgánu prokázat splnění všech podmínek pro udělení oprávnění stejně jako jiný žadatel. Takový závěr diskuze a jednání o tom, co přeregistrace má a bude obnášet, by však byl pro Koalici soukromých lékařů obtížně akceptovatelný a podle mého názoru též velmi nešťastný.

S odkazem na výše naznačené stanovisko ministerstva zdravotnictví si Vaším prostřednictvím, vážený pane ministře, dovoluji požádat Váš úřad o výklad ust. § 121 odst. 1, 4, 5 navrhovaného zákona o zdravotních službách, zejména pak o sdělení, které konkrétní údaje a podklady (důkazy) budou podle názoru ministerstva zdravotnictví stávající provozovatelé ambulantních zdravotnických zařízení povinni předkládat příslušným správním orgánům v rámci tzv. přeregistrace, a dále o informaci, zda ministerstvo zdravotnictví předpokládá, že jako nadřízený orgán státní správy poskytne krajským úřadům ohledně tzv. přeregistrace metodické pokyny, které budou v souladu s jeho výše naznačeným, veřejně prezentovaným názorem. Poskytnuté informace Koalice soukromých lékařů zprostředkuje svým členům v zájmu usnadnění procesu přeregistrace.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem

V Praze dne 3. 11. 2011

MUDr. Zorjan Jojko
mluvčí Koalice soukromých lékařů

■

Pro VOX připravil:
MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR

Lesk a bída české pediatrie

MUDr. Josef Havlík
pracoviště PLDD, Karlovy Vary

Obdrželi jsme materiál hodnotící čsl. pediatrii vypracovanou MUDr. Josefem Havlíkem, pediatrem, který okusil prostředí švýcarské pediatrie. Kolegy z České pediatrické společnosti jsme byli pověřeni zveřejněním tohoto materiálu, který by měl vyvolat diskusi v našich řadách. Pokud Vás některé části zaujmou, překvapí či naštvou, zašlete svou reakci na adresu redakce a my ji rádi zveřejníme.

Rozhodl jsem se napsat těchto několik řádek o koncepci zejména ambulantní pediatrie trochu jinou, snad lehce nadnesenou a provokativní formou, abych tak vyjádřil moje mínění o české pediatrii a povzbudil mnohé zúčastněné k diskuzi o koncepci ambulantní pediatrie „ještě před jejím skonem"?!?

Mnohé mi po téměř 55leté praxi připadá jako román. Jako román Honoré de Balzaca: „Lesk a bída kurtizán". Snad proto jsem tento článek nazval: „ Lesk a bída české pediatrie. Nabízí se také přirovnání diskuze o koncepci čs. zdravotnictví a tím i české pediatrie k biblickému Babylonu, kde bylo příliš mnoho stavitelů bez architekta s jasným plánem, kteří se jen těžko domlouvali, přičemž jeden stavěl přes druhého. Jsem přesvědčen, že onoho architekta dnes konečně máme. To je povzbuzující.

Je tomu již mnoho, opravdu mnoho let, kdy jsem jako mladý lékař zápasil na dětském oddělení v Karlových Varech s neuvěřitelně těžkými patologickými stavy mně svěřených dětských pacientů. Psal se tehdy rok 1956 a mnozí z vás mladších si tuto situaci neumí ani představit. Kojenecká úmrtnost v kraji se pohybovala kolem 35 promile a nebylo žádnou zvláštností vidět na dětském 60lůžkovém oddělení (zůstává i dnes stejně velké) současně akutní tuberkulózní meningitidu, nejtěžší formy pneumonií, plicních abscesů, rheumatických karditid a nově a nově se objevujících atak rheumatické horečky, vedle nejtěžších stádií křivice, pyodermií a podobně. Obdivoval jsem starší kolegy sekundáře, kteří vedle mého primáře mě s bravurou, bez možností dnešních laboratorních vyšetření, přístrojů a s minimálními možnostmi zobrazovací techniky, vedli trnitou cestou klinických poznatků, a připomínali nutnost důkladného klinického vyšetření u lůžka pacienta. Vštěpovali mě karteziánské myšlení, které vybízí ke správné interpretaci klinického vyšetření a optimálnosti vyšetřovacího postupu. Obdivoval jsem pediatry pracující v ambulancích, kteří zavalení neuvěřitelnou patologií pracovali s entusiasmem a pro mne až s neuvěřitelnými vědomostmi, které získali od svých profesorů a klinických asistentů na dětských klinikách fakulty dětského lékařství během studia a později během postgraduálního vzdělávání.

Můj pozdější pobyt na primariátě v Poličce a Českém Krumlově pak ukázal nutnost spolupráce s ambulantními pediatry, kteří intenzivně rozvíjeli preventivně-sociální složku ambulantní pediatrie „Jejich snahu a cestu k úspěchu doplňovala pak stále se zvyšující životní úroveň obyvatelstva, vedle stoupajícího uvědomění a informovanosti zdravotnické což všechno vedlo k onomu magickému číslu 2 promilové kojenecké úmrtnosti v české republice a přispěl k lesku naši pediatrie. Ano, dosažení této kojenecké úmrtnosti patří k neuvěřitelnému lesku české pediatrie a budiž na tomto místě vysloven vřelý dík a obdiv našim gynekologům a neonatologům, jejichž práce není doceněna, i když plody jejich práce této úmorné zodpovědné práce, si nechávají ověnčit hlavy naši poličtí a správní organizátoři.

Můj pobyt na klinice profesora Fanconiho ve švýcarském Curychu byl pak korunován v moji pediatrické výuce a vzdělávání systematičností vlastní starému pánovi, jehož slova vedle mnoha jiných mě utkvěla v paměti a stále a stále se vrací.

„Pořádný klinický pediatr musí být hotov se svoji prací u lůžka nemocného dítěte do oběda proto, aby mohl po obědě studovat v knihovně a konfrontovat přečtené s nabytou klinickou denní zkušeností".

Konečně i po dlouholeté práci jako praktikující pediatr s možností hospitalizace a ústavního léčení mých pacientů v nízkonákladovém lůžkovém zařízení se domnívám, že mohu vyjádřit můj názor na některé problémy denní praxe v pregraduální, ale především v postgraduální pediatrické výuce v několika zkratkách či bodech ještě „před skonem české pediatrie“ půjde-li tato stále stejnou, po mém soudu nešťastnou cestou.

Pregraduální výuka

Je dětské lékařství dost atraktivní pro studenty, kteří by se chtěli věnovat pediatrii?

Naleznou v této pediatrii, respektive v její ambulantní složce dostatečné medicínské „vyžití"? Mají studenti medicíny, zejména jejich posledních semestrů, dostatečnou představu o praktickém provozu lůžkové či ambulantní medicíny v jednotlivých oborech? Nevím. Opravdu nevím. Obávám se, že zde je ještě obrovská práce před našimi lékařskými fakultami. Vím však, že ve Švýcarsku ke mně do ordinace chodili mladí studenti obvykle v devátém semestru v tzv. „Wahljahr", aby se ještě v rámci studia seznamovali v praxi s chodem ordinace mj. i praktikujícího odborného dětského lékaře. Myslím tím skutečnou ordinaci a nikoliv „sociálně-preventivní očkovací agenturu“, jak lze mnohá česká pediatrická zařízení nazvat.

Nevěřím, že tato, nebo jim podobná česká zařízení by zlákala příliš mnoho adeptů. Pediatrie věnující se od 60. až do 90. let minulého století především sociálně preventivní složce, přenechala celou řadu svých „činností" v oblasti diagnosticko-léčebné s neuvěřitelnou lehkostí jiným oborům, aby se tak stala neatraktivní pro mladé lékaře. Stala se příliš jednotvárnou a šedivou. Stále se nemohu vyrovnat s otázkou moderátorky pořadu „Sama doma" vznesenou jednomu z našich vedoucích pediatrů a šéfovi pediatrické kliniky, která se dotazovala, jak se pozná dobrý dětský lékař.

Celá řada mladých pediatrů, se kterými hovořím, říkají, že takovou ordinaci, jakou vedu, by si nechali také líbit pro svoji rozmanitost na rozdíl od neuvěřitelné šedi sociálně preventivní medicíny. Není to snad jeden z možných důvodů, proč je nedostatek mladých pediatrických adeptů?

Nalézají studenti posledních medicínských semestrů dostatečný prostor k praktikování na ambulancích? Zde musí zásadní slovo pronést lékařské fakulty a jejich profesoři a docenti.

Postgraduální výuka

Kde má být absolvována? Na jak dlouho a na kolika pracovištích? Měla by zahrnovat vedle pobytu po stanovenou dobu na akreditovaném pracovišti (ne všechna pracoviště by musela mít stejné hodnocení) pediatrickém, vedle pobytu na pracovišti lůžkovém i jistou dobu pobytu na ambulanci tohoto lůžkového zařízení, které by mělo v základní etapě zahrnovat i vzdělávání na jiném frekventovaném a dobře vybaveném pediatrickém ambulantním pracovišti (to by proboha nemělo být – jak je tomu snad ještě dnes pracoviště mající tolik a tolik pacientů, vybavené počítačem, a basta). Vedle tohoto základního pediatrického pracoviště by měl k atestaci se připravující mladý lékař absolvovat jistý čas na jiných pro pediatrické vzdělání nezbytných odděleních, včetně práce na ambulanci a to především orthopedickém (zejména se zaměřením na vyšetření klinické a sonografické), otolaryngologickém (zejména ve výcviku otoskopie), dermatologickém apod., kterýchžto styčných oborů se pediatrie vzdala. To považuji za nesmírnou chybu, čímž neuvěřitelně zchudla výuka v otorhinolaryngologii zaměřená především na otoskopii ve smyslu diagnostiky tubotympanální spoluúčasti při téměř každém virovém infektu horních dýchacích cest u kojenců, batolat a malých předškoláčků je přece neodmyslitelnou doménou pediatrie a nikoliv otolaryngologie a vyšetřovací technikou v tomto smyslu by měl erudovaný pediatr ovládat. Tlak na tragus opravdu nestačí k tomu, aby pacient byl odeslán na ORL vyšetření, pokud je to možné. Takto nemocní pacienti by měli být – a já to tak v moji praxi provozuji a na uvedeném postupu trvám – primárně zcela zásadně vyšetřeni nejprve pediatrem a potom event. odesláni ke konsiliu k jinému odborníkovi.

Udivuje mě, že při diskuzi s některými vedoucími funkcionáři pediatrického sdružení jsem při vyslovení mého názoru dotazován, zda jsem to již prodiskutoval s příslušným styčným oborem. Mělo by to být snad obráceně. Stále a stále slyším o primárním ošetření dětí na nepediatrických ambulancích při bolestech ucha, které – jako takové jsou jen důsledkem a nikoliv příčinou infektu horních nebo dolních dýchacích cest Stejně je tomu tak při bolestech břicha (chirurgie).

Nechtěl bych ani zapomenout na problematiku kožní, zejména v kojeneckém věku. Pobyt na ambulanci kliniky, či ve velké dobře vedené ordinaci dětského lékaře, která se zabývá nikoliv jen nutričními a vakcinačnímu problémy, vedle problematiky sociální a preventivní, ale také diagnosticko–léčebnou pediatrickou problematikou, které je přece součástí ambulantní pediatrie. Nenalézám žádný prostor pro celou řadu mě ve své podstatě nejasných poraden gastroenterologických, nefrologických, rizikových, kardiologických, orthopedických a já nevím jakých ještě, které disponují v každém menším městě, obvykle při nemocnici malým množstvím trochu více méně nemocných dětí (Josef Gut), které sice kontrolují lékaři tzv. pediatričtí specialisté, kde ale efektivitu jejich konání nevidím – někdy dokonce tyto poradny provádějí kolegové, kteří jsou zastřešeni skutečnými odborníky z míst desítky kilometrů vzdálených. Co to je zastřešení? Nevyznám se v tom. Nemohu se zbavit dojmu, že tyto poradny vznikly proto, a jenom proto, že mnozí praktikující dětští lékaři se této diagnosticko-léčebné složce pediatrie vyhýbají (proč?) a mám dokonce obavy, že když jen slyší, že by měli v rámci svoji ordinační činnosti provozovat i diagnosticko-léčebnou složku, dostávají kopřivku. A nebo je k tomu svádí Seznam výkonů ... ?

Myslím, že si pediatrie nechala vzít příliš mnoho ze své substance, rozrostla se do nesmyslné šířky zcela neefektivně a tedy logicky i neproduktivně. Řada těchto sociálně preventivních očkovacích center je živa z kvantity a nikoliv z kvality. Je živa především z prevence a kapitace, což je myslím i další důvod, proč je pediatrie při svém „úzkém profilu" pro mladé lékaře neatraktivní. Zatím co celý demokratický svět jde cestou zlepšování, prohlubování a zvyšování úrovně pediatrické primární péče, a to nejen zvyšováním odbornosti praktikujících lékařů, zdokonalováním jejich diagnostických možností a metodik, jde česká pediatrie cestou právě opačnou, tomuto cíli se stále vzdalujíc. Nepůjdeme-li jinou cestou, dočkáme se ještě i my, starší, kolapsu ambulantní pediatrie. Postgraduální výuka by měla být vedena tak, aby středem veškerého medicínského dění u dítěte se stal dobře erudovaný pediatr, jehož vyšetření by mělo být v téměř všech případech primární a od něho by se měla odvíjet konsiliární vyšetření. A nebo tomu tak snad v nějakém dokumentu je, ale prostě se nedodržuje? Jak vlastně vznikly tyto výše zmiňované „poradny"? Podle jakého nařízení, podle jakých směrnic. Nevznikly tak trochu spontánně pod heslem „že by to nebylo špatné" ?

Jak vlastně pracuje pediatrická pohotovostní služba v této její neefektivní a tedy neproduktivní formě? Já ji považuji dokonce za nevhodnou pro pacienty, nebezpečnou a rizikovou pro službu konajícího léka-

ře. Nevhodnou pro pacienta proto, že dítě je vyšetřováno v nemoci cizím lékařem, který má vyšetřit neznámého pacienta za pomoci fonendoskopu, kupeckých vah, na přebalovacím stole. Co všechno vyšetřuje pohotovostní služba vedle klinického vyšetření? Jak podporuje svoje vyšetření lékař pohotovostní služby laboratorně? Spokojí se tlakem na tragus, aby pacient byl odeslán na ORL konsilium a odtud při negativním nálezu ORL ještě na chirurgii a ev. i neurologii? Je to snad proto, že v některých ordinacích pohotovostní služby není otoskop? Nebo snad proto, že jej pohotovostní lékař nemá? Nevím.

Vím jen, že takováto medicína je medicínou neefektivní, neproduktivní, protože je minimální a v podstatě nic neřešící. Zrušme ji proto v pracovních dnech, je neproduktivní, je nevhodná pro pacienty a nebezpečná pro službu konající lékaře.

Žil jsem 29 let v zemi, kde každý z nás 4 praktikujících pediatrů ve stotisícové oblasti pro pohotovostní službu střídavě jednou za čtvrt roku napsal rozpis čtyř dětských lékařů s místem jejich ordinace a telefonu pro městskou policii s kopiemi nemocnicím, kde sice byl pro každý den jeden z nás uveden, ale bylo zcela výjimečné, aby vyšetřoval cizího pacienta.

Mám podezření, že lékaři některých dětských oddělení nemocniční sice hubují, když musí vyšetřit v pozdních – nebo dokonce i ranních a odpoledních hodinách na ambulanci přicházející pacienty, ale myslím, že na druhé straně mnozí primáři nacházejí v těchto příchozích docela dobrý zdroj při přijetí na lůžková oddělení.

Jakou medicinu bychom měli v rámci naší ambulantní činnosti praktikovat ?

Medicinu maximální? Medicinu minimální nebo snad dokonce medicinu agresivní? Proč u kataru horních dýchacích cest vyšetříme celou biochemii, virologii a bakteruologii, abychom v konečné diagnoze četli: Chřipkové onemocnění.

Nikoli, tudy cesta nevede

Měla by to být medicina optimální,ale tu nám musí především pojišťovna a ministerstvo zdravotnictví umožnit a nikoliv znemožnit, dobře honorovat a některými pozicemi neproletarizovat a neurážet lékařský stav. Ani nechci vědět kdo vymyslel honorář pro praktického dětského lékaře za návštěvu nemocného dítěte v rodině v hodnotě necelých 65 korun českých.

V celém světě se lékařský stav dostává do značného konfliktu s Hippokratovým slibem. Zatímco možnosti lékařské vědy rostou řadou geometrickou rok od roku, jsou prostředky věnované vládami jednotlivým zemí velmi omezené a buď stagnují a nebo se zvyšují nejvíce řadou aritmetickou. Zde se zejména české zdravotnictví dostává do nepředstavitelného dilematu. Nemůže nejen nabízet pacientů všechno to co ví a umí, tedy maximální medicinu, nýbrž musí řešit i otázku dostupnosti zdravotní péče na zcela jiné úrovni. V českém zdravotnictví jsou pak ještě neuvěřitelné nesrovnalosti v tom, že nejsou vyčleňovány z celkových finančních prostředků částky, které by měly být použity jen na mzdové fondy a někteří zdravotničtí funkcionáři na všech úrovních ve své megalomanii obětují značnou část finančních prostředků na nákup naprosto zbytečných a notabene ještě předražených zařízení léků a zejména vakcín jenom proto, aby okolnímu světu dokázali, jací že jsme kabrňáci a co všechno umíme. Tím si potom tito funkcionáři a politici věnčí svoje hlavy slávou, aby na úkor mezd zdravotnických pracovníků si zajišťovali opětovné zvolení při příštích volbách.

Jak máme zabránit obrovskému konsumu zdravotnických služeb? A nejen to. Jak máme zabránit neuvěřitelným nabídkám ze strany zejména některých klinických oddělení, která inzerují na svých webových stránkách, co všechno umějí a kde se mají pacienti s těmi či onakými potížemi hlásit. Je to osvěta nebo reklama? A jak se bránit neuvěřitelným šotům televizního vysílání, kde kulturní a političtí představitelé našeho státu vyslovují slova „paciente vyžaduj to a to" ? Nešlo by to vyjádřit trochu jinak, aby si i pacient uvědomil, že to co žádá něco také stojí?.

Jak tedy odstranit tento nepříznivý stav, jak odstranit tento neuvěřitelný konsum veřejnosti všeho, co poskytuje zdravotnictví na jedné straně neboli jinými slovy v řadě případů jak zabránit zneužívání možných výhod a na druhé straně jak zabránit nepředstavitelným nabídkám, při kterých se řada zdravotnických zařízení doslova předstihuje, co všechno mohou při tom či onom příznakosloví vyšetřit a zdůrazňují veřejnosti ve všech mediálních prostředcích, že jejich ordinační hodiny jsou tam a tam a tehdy a tehdy, aby v tom případě konsultovali svého lékaře, který je jistě na tato vyšetření odešle. Toto využívání nedokonalých a velmi liberálních, možná i nikým nekontrolovaných předpisů a směrnic vedou v řadě případů k maximální a nebo někdy i agresivní pediatrii, kterou myslím nepotřebujeme. Jak často se setkávám při čtení propouštěcí zprávy některých dětských oddělení s celou stránkou laboratorních vyšetření včetně elektrolytů a magnetické resonance, aby v závěrečné diagnoze stálo chřipkový infekt. Proč děláme v našich ordinacích primární péče tolik bakteriologických vyšetření, která nám v okamžiku rozhodování mnoho nepomohou. Není to alibizmus nebo jistá forma navýšení našeho honoráře, když jiná forma či vyšetření jsou nám zakazována ?

My potřebujeme v primární péči opravdu medicinu optimální

Jak vymyslet ony „optimální standardy" na které má pacient nárok? Nač jsou vlastně všechna tato snažení? Je těch standardů v primární péči opravdu třeba? Nešlo by to zařídit ku příkladu pacientovou spoluúčastí na diagnosticko-léčebném vyšetřovacím postupu?

V žádném případě bych nechtěl spoluúčast pacienta na jakémkoliv preventivním vyšetřovacím systému. To je a musí zůstat prioritou a starostí státu. Jinak je tomu ale u složky léčebně–diagnostické, která je ale v primární péči neuvěřitelně zanedbávána a všemi zodpovědnými i opomíjena, ba dokonce omezována. Nedovedu si vůbec představit dětskou lékařskou ordinace, kde dětský lékař nesmí provést malý krevní obraz ve své ordinaci ihned, když jej potřebuje, a musí se uchylovat k všemuspasitelnému CRP, které prý rozhoduje o užití antibiotik a pediatra samo o sobě zdaleka tak neorientuje jak někteří tvrdí a je mimo jiné i dražší. Docela dobře chápu údiv přijímacího lékaře pediatrické kliniky, který přijímá pacienty s diagnozou akutně vzniklý infekt močových cest a není vyšetřena bakteriologie moči. Nechápal bych ale takovou ordinaci dětského lékaře, která tuto diagnozu bez bakteriologie stanovuje, kdybych nevěděl, že toto vyšetření nesmí ve své ordinaci provést, protože mu to někdo nedovoluje. Chápu i podiv klinických pediatrů nad diagnozou spálová angina, ale nechápu praktikujícího lékaře, který tuto diagnozu stanovuje bez možnosti bakteriologického rychlotestu v ordinaci kdybych opět nevěděl, že mu to kdosi zakazuje. Chápu rozhořčení klinického otolaryngologa nad diagnozou sekretorická otitis media uvedená v „Poukaze na vyšetření/ošetření" (jak hrozný a neuctivý je tento starožitný formulář), kde diagnoza byla stanovena tlakem na tragus, kdybych

nevěděl, že v celé řadě pediatrických ordinací dobré otoskopy chybí a kdybych nevěděl, že výuka mladých dětských lékařů v tomto smyslu i na akreditovaných pediatrických pracovištích je zanedbávána. Chápu empiricky stanovenou diagnozu „sekretorická" otitis, když vím, že téměř žádná pediatrická ordinace nemá tympanometr, protože toto přístrojové vyšetření bylo svěřeno jinému odborníkovi, který je pak i s příslušnou konzultací pojišťovně vyúčtuje.

Je taková ordinace atraktivní pro dětského lékaře?
Není.

Bylo by nanejvýš vhodné, aby ordinace dětského lékaře byla uvedena rozšířením a zejména prohloubením diagnosticko-léčebné složky konečně na úroveň efektivní ordinace a opustila úroveň očkovací, preventivně sociální agentury. Jenom tak se stane tato ordinace atraktivní pro dětského lékaře, stane se efektivní a tedy produktivní pro český stát a já napíši ihned nový článek nazvaný „ Lesk české pediatrie". Snad by mnohé ekonomy a finanční odborníky mohlo zajímalo, kolik činí ty hrůzné náklady pro náš stát plynoucí z takto neefektivních zařízení nařízení a předpisů a nesmyslů. Kolik dětí nechodí do školek, škol, kolik rodičů nechodí do práce, kolik rodičů má OČR jenom proto, že lékař je nucen čekat – byť už nikoliv tak dlouho jako dříve - na jakýsi výsledek z laboratoře, který by podpořil jeho klinické, diagnostické úsilí.

JAKÉ MOŽNOSTI BY PROTO MĚLA MÍT VELMI LIBERÁLNĚ FUNGUJÍCÍ PRIMÁRNÍ PEDIATRICKÁ PÉČE VE SMYSLU DIAGNOSTICKO-LÉČEBNÉM ?

Smlouva s lékaři v primární péči má kapitolu kapitační platby a kapitolu výkonnostní, která výrazně zvýhodňuje výkony preventivní a opomíjí až zanedbává výkony diagnosticko-léčebné. Zatímco k možnostem vyšetřovacím a honorářům v preventivní složce výkonnostní smlouvy celkem žádné výhrady nemám (zdravotní pojišťovny budou jistě k datu X + 1 zvyšovat hodnoty bodu) mám zcela zásadní námitky proti nesmyslným omezením efektivity práce v oblasti diagnosticko-léčebné. Vedle dostupnosti dětského lékaře v odpoledních (i pozdních odpoledních) hodinách což považuji za zcela elementární záležitost, neboť celá řada dětí přichází do našich ordinací odpoledne s teplotami, bolestmi a jinými akutními příznaky, kde vyšetřující lékař vedle svého umění klinického musí zapojit některé laboratorní vyšetřovací metodiky ihned ve své ordinaci, aby během několika minut dospěl ke správné rámcové diagnoze a odpovědně zahájil léčbu či doporučil další postup. Nepovažuji za efektivní takovou ordinaci,které není umožněno ihned v ordinaci vyšetřit malý krevní obraz, CRP, sedimentaci krevní, glykaemii, zbytkový dusík, transaminazy či provést kožní alergologický test, či zašít malou tržnou ranku a nebo vyšetřit kyčelní kloub sonograficky u malých kojenců. A má či bude-li mít možnost provést u katarru horních dýchacích cest s tubotympanální spoluúčastí i tympanometrii, budu psát výše zmiňovaný článek o lesku české pediatrie do mezinárodních časopisů velkými písmeny.

Na všech těchto vyšetření by se měl potom pacient přirozeně finančně podílet a to ve výši 30% z hodnoty příslušného vyšetření. Administrativní a technické okolnosti těchto plateb přímo u lékaře,stejně jako jejich zdanění je myslím samozřejmostí a v podstatě okolností sice důležitou, ale podružnou. Preventivní a diagnosticko-léčebná část smlouvy lékaře se zdravotní pojišťovnou by byla potom vyvážená, v podstatě fifty:fifty s preventivní kapitolou. Lékař – pediatr by přestal konečně žít z prevence a jeho práce by dostala trochu jiný smysl. Zatížení pacienta – a každý si může na svém modelu vlastní praxe ze statistiky vlastní všechno vypočítat, by nezatížila pacienta víc než 25 korun měsíčně v průměru na 1 pacienta. Odpadlo by vymýšlení poplatků, standardů, pacient by se konečně dozvěděl, co kolik stojí a možná by s větší rozvážností souhlasil či nesouhlasil s navrženým výkonem. Praktikující lékaři a celý lékařský stav by se konečně začal pomalu, velmi pomalu oprošťovat z hanlivého označení moderní proletariát, i když vím, že se to mnohým rovnostářům možná nebude líbit.

Chápu i to, že ne všechny ordinace (venkov, město, stáří praktikujícího pediatra) nebudou souhlasit s takovýmto provozem a zařízením. Nechci nikomu nic nařizovat, ani zakazovat. Prodělal jsem si v Karlových Varech svoje. Chci jen každému dětskému lékaři umožnit, aby vedl svoji ordinaci tak, aby to vyhovovalo jeho pacientům a jemu samému.

Pomozme proto naší diskuzí k zdokonalení primární pediatrické péče jejím především prohloubením a dostupností, vybídněme naše pacienty k spoluúčasti na naši činnosti diagnosticky léčebné a zachraňme náš obor před jeho kolapsem.

Revoluce v pojišťovnách: vedení si zvolí sami lidé ve volbách

Revoluce v pojišťovnách: jejich manažery si budou volit sami lidé. Hlasy jim budou dávat podle časopisu TÝDEN ve volbách. Aktivněji se tak zapojí do rozhodování o tom, jak pojišťovny hospodaří a co klientům nabízí, slibuje si od změny ministerstvo zdravotnictví.

Zdravotní pojišťovny čeká spousta změn. Ministerstvo zdravotnictví je chce překlopit na nezisková zařízení a vyhnat z jejich správních rad politiky. „Politici ve správních radách jsou vystavováni konfliktu zájmu, navíc se do toho montuje poslanecká imunita. Politici by měli připravovat dobré zákony a řídit chod státní a veřejné správy. Do chodu jednotlivých institucí by měli zasahovat co nejméně," vysvětluje poradce ministra zdravotnictví Pavel Vepřek. Nové patnáctičlenné vedení by se mělo rekrutovat jen z řad zástupců zaměstnavatelů, pojištěnců a státu - u každého po třetině. Mělo by mít hmotnou odpovědnost za hospodaření instituce a ručit svým majetkem, stejně jako je tomu v obchodních společnostech.

Volby podobné těm do parlamentu

A jak budou volby do pojišťoven vypadat? „Ještě úplně nevíme, ale třeba na západě to mají tak, že jsou pojištěnci akcionáři své pojišťovny - každý má jeden hlas a volí svou reprezentaci," popisuje Pavel Vepřek a pokračuje: "Jednou za čas si každý pojištěnec vybere svého delegáta za region a pošle ho na konferenci. Na ní se pak probere hospodaření pojišťovny a zvolí nová správní rada."

Lidé se tak podle něj aktivněji zapojí do rozhodování o tom, jak jejich pojišťovna hospodaří a co svým klientům nabízí. Třeba jak hustá bude síť nemocnic a ambulancí - tedy jestli je dostatek lékařů ve všech regionech.

První „volby" se budou konat v roce 2014.

„Pro všechny zdravotní pojišťovny vznikne jedna volební vyhláška a k převolení všech členů správních rad dojde, až vejde v platnost nový zákon o pojišťovnách," dodává k tomu náměstek ministra zdravotnictví Petr Nosek. Jeho představa je ta, že se budou zástupci pojištěnců volit v rámci malých voleb, které odpovídají těm do parlamentu či místních samospráv. Podobně prý fungují pojišťovny v Německu či Holandsku.

Pojišťovny budou také zřizovat dceřinné obchodní společnosti, které se budou starat o komerční připojištění. Nově by měl vzniknout i úřad, který bude zdravotní pojišťovny hlídat. Platit jej podle náměstka Noska budou samy pojišťovny povinnými odvody.

Zdroj: Týden, 10.11.2011

Právní rubrika:
Kdy, jak a co sdělovat nebo oznamovat policii a proč...

Mgr. Jakub Uher
právník SPLDD ČR

V první řadě je třeba uvést, že dle zákona (je a rovněž i bude, neboť žádná novela změnu v tomto nechystá) spadají do povinné mlčenlivosti všechny skutečnosti, o kterých se zdravotník dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Tedy nikoli pouze informace o zdravotním stavu.

Povinná mlčenlivost a Policie ČR

Policie nemá sama o sobě pravomoc tuto mlčenlivost prolomit – tedy vyžadovat informace spadající do povinné mlčenlivosti bez dalšího. Toto jasně vyplývá jak ze zákona o policii (např. §61 - Podání vysvětlení nesmí být od osoby požadováno, pokud by tím porušila zákonem stanovenou nebo státem uznanou povinnost mlčenlivosti), tak z trestního řádu (§8, odst.4, odst.5 – ..plnění povinnosti vyhovět dožádáním orgánů činným v trestním řízení lze odmítnout s odkazem na zákonem uloženou povinnost mlčenlivosti..., ...nestanoví-li zvláštní zákon podmínky, za nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, které jsou podle takového zákona utajovány, nebo na něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce....).

Tedy pokud policie žádá jakékoli informace spadající do povinné mlčenlivosti, musí buď doložit souhlas soudce, nebo doložit souhlas zákonného zástupce (rodiče). Za dostatečné je praxí považováno i to, když policie písemnou formou (zpravidla v rámci dožádání informací) prohlásí, že příslušný souhlas byl udělen a kým.

Pro úplnost uvedu dvě výjimky, kdy má policie právo na informace i bez tohoto souhlasu – vyplývají ze zákona o policii, ovšem v praxi se nebudou příliš často vyskytovat. V případě, že je nějaká osoba hledána nebo pohřešována má policie právo na informaci od zdravotnického zařízení o době a místě poskytnutí zdravotní péče této osobě. Druhá výjimka je v případě zjišťování totožnosti neznámé mrtvoly žádat o poskytnutí údajů ze zdravotnické dokumentace, a to za účelem jejího ztotožnění. Tolik tedy povinnost vyhovět dožádání policie.

Oznamovací povinnost – spáchání trestního činu

Druhou oblastí s první úzce související je tzv. oznamovací povinnost. Existují totiž situace, kdy je povinnost bez jakéhokoli dožádání aktivně jednat a aktivně oznamovat policii určité skutečnosti.

První skupinou jsou trestné činy, kde je povinnost oznámit skutečnost, že byly spáchány v minulosti.

Protože naprostá většina trestných činů z výčtu v zákoně nepřichází reálně v úvahu (např. válečná zrada apod.) dovolil jsem si vybrat ty trestné činy, se kterými má praktický lékař snad teoretickou možnost se setkat, tučně pak vyznačuji ty, kde je možnost nikoli teoretická ale reálná.

Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin vraždy (§ 140), **těžkého ublížení na zdraví** (§ 145), mučení a jiného nelidského a krutého zacházení (§ 149), obchodování s lidmi (§ 168), zbavení osobní svobody (§ 170), **zneužití dítěte k výrobě pornografie** (§ 193), **týrání svěřené osoby** (§ 198).

Oznamovací povinnost – zabránění spáchání trestního činu

Druhou skupinou jsou trestné činy o něco méně závažné, než trestné činy ve skupině první. Zde je povinnost oznámit ne to, že trestný čin již byl spáchán, ale oznamováno je podezření, že spáchán bude v budoucnosti – tedy účelem je zabránění spáchání tohoto trestného činu. Výčet je uveden v ust.§ 367 trestního zákona. Jedná se o všechny trestné činy uvedené ve skupině první plus další trestné činy – uvádím tedy pouze ty trestné činy, které nejsou obsaženy ve výčtu prvním, obdobně jako u první skupiny vybírám dále pouze ty, kde je nějaká představitelná možnost se s nimi setkat, tučně vyznačuji ty, kde je možnost reálná.

Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin zabití (§ 141), **nedovoleného přerušení těhotenství bez souhlasu těhotné ženy** (§ 159), neoprávněného odebrání tkání a orgánů (§ 164), **zbavení osobní svobody** (§ 170), loupeže (§ 173), **znásilnění** (§ 185), **pohlavního zneužití** (§ 187), nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy (§ 283).

Zde je na místě zdůraznit, že oznámení u druhé skupiny trestných činů lze učinit pouze v případě, když je podezření, že čin **bude** spáchán. Pokud tedy lékař zjistí, že došlo k pohlavnímu zneužití (např. soulož s dítětem mladším patnácti let) a není podezření, že se toto bude opakovat, tak **policii nesmí oznámit.** Pokud mu je ovšem například dítětem sděleno, že je zneužíváno příbuzným, tak je celkem logická obava, že k tomuto bude **docházet i nadále** a proto se oznámí.

V případě oznamovací povinnosti není vůbec relevantní souhlas či nesouhlas pacienta, nebo zákonného zástupce, povinnost je přímo ze zákona a bez ohledu na názor pacienta.

Povinná mlčenlivost a orgán sociálně-právní ochrany dětí

V této souvislosti je třeba upozornit na další instituci, kam případné spáchání trestných činů na dětech je povinně oznamováno, a tím je orgán sociálně-právní ochrany dětí. Zde je oznamovací povinnost výrazně širší, než vůči policii – zde řešíme ovšem pouze problematiku trestných činů – takže je třeba zmínit oznamovací povinnosti vůči orgánu sociálně-právní ochrany dítěte, kdy je **povinnost oznámit případy dětí,** na kterých **byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu.**

Tedy například u výše uvedeného - již proběhlého pohlavního zneužití, kdy není důvodné podezření na jeho opakování, se sice neoznamuje policii (již není co překazit), ale oznamuje se orgánu sociálně-právní ochrany dítěte.

Obecně lze tedy říci, že orgánu sociálně právní ochrany dítěte hlásíme v podstatě všechny trestné činy spáchané na dětech, policii pak pouze některé a to ještě je třeba rozlišit, zda trestný čin již byl spáchán (menší skupina), nebo teprve (a) spáchán má být (větší skupina).

Usnesení XX. Celorepublikové konference SPLDD ČR

konané dne 5.11.2011 v aule Masarykovy univerzity v Brně

- Konference se zúčastnilo 155 mandatářů
- Konference zvolila:
- Návrhovou komisi ve složení: Nulíčková, Kozderka, Gricová, Kulhánková, Matoušková, Hrunka, Verdánová, Kuběnová, Zemánková, Němeček
- Mandátovou komisi ve složení: Štrobachová, Rút Adamová, Schwarzová
- Konference schvaluje navržený program.
- Konference bere na vědomí zprávu předsedy o činnosti SPLDD ČR.
- Konference bere na vědomí zprávu MUDr. Hülleové o legislativních změnách
- Konference SPLDD bere na vědomí zprávu MUDr. Kubátové o činnosti v rámci evropských organizací pediatrické primární péče a proběhlých i plánovaných aktivitách těchto organizací.
- Konference bere na vědomí zprávu o hospodaření SPLDD ČR v roce 2010, informace o průběžném čerpání rozpočtu na rok 2011 a schvaluje návrh rozpočtu na rok 2012.
- Konference bere na vědomí zprávu revizní komise
- Konference opětovně ukládá VV a jeho řečníkům, aby při sestavování programu Konference dbali na dodržování časového harmonogramu a po dopoledním bloku jednání umožnili minimálně 30 minutovou diskuzi.
- Konference navrhla a odsouhlasila navýšení řádného členského příspěvku na 2150 Kč.
- Konference vyjadřuje znepokojení nad legislativní změnou posilující sankční roli KÚ, zejména při zajištění LPS.
- Konference doporučuje Předsednictvu a Výkonnému výboru, aby i nadále usilovaly o otevření alternativní cesty zajištění vakcín pro nepovinné očkování hrazené z v.z.p. proti pneumokokovým nákazám, HPV a ev. dalším infekcím, bez finanční účasti PLDD.
- Konference podporuje Předsednictvo a VV v jeho snaze o prosazení co nejjednodušší-ho vykazování aplikovaných vakcín pro povinné očkování.
- Konference ukládá Sněmu 2012 a Regionálním konferencím 2012, aby připravily úpravy Stanov SPLDD a předložily je na jednání Konference 2012.
- Konference ukládá VV a Předsednictvu prosazovat přehlednost zúčtovacích zpráv VZP a to včetně přehledu vykázaných ZULP, ZUM, a dořešení zpětné platby kapitace za novorozence.
- Konference ukládá VV a Předsednictvu dále organizovat semináře na téma Management lékařské praxe.
- Konference souhlasí se stanoviskem KSL o IZIPu.
- Konference podporuje přesunutí péče o pacienty z lůžkových ZZ do primární a ambulantní péče, pokud to stav pacienta umožňuje, pochopitelně musí být tato náročná zdravotní péče adekvátně finančně ohodnocena a to i s úpravou nastavení regulačních mechanismů.
- Konference vyjadřuje nesouhlas s povinností přeregistrace našich ZZ, kterou nám ukládá nově přijatá legislativa a doporučuje spolu s KSL koordinovat společný postup.
- Konference ukládá VV dále sledovat legislativní změny a dle potřeby na ně aktivně reagovat.
- Konference děkuje MUDr. Hülleové za její práci nad legislativou.
- Konference děkuje všem členům VV za jejich neúnavnou práci.
- Konference opět doporučuje Předsednictvu a VV vytvořit databázi juniorů, seniorů a zastupujících lékařů a pověřit někoho z vedení SPLDD organizací generační výměny.
- Konference doporučuje Předsednictvu a Výkonnému výboru i nadále prosazovat a rozvíjet PedAkord.
- Konference doporučuje Předsednictvu a Výkonnému výboru usilovat o sjednocení a zjednodušení elektronické komunikace a vyúčtování u všech zdravotních pojišťoven.
- Konference doporučuje Předsednictvu a Výkonnému výboru spolupracovat s OSPDL na vytvoření standardů a nadstandardů v ambulancích PLDD.
- Konference doporučuje VV jednat se ZP a MZdr. o zapojení pacienta do systému úhrady zdrav. péče.
- Konference SPLDD nesouhlasí s plánovaným asymetrickým navýšením příjmů lůžkové péče proti sféře ambulantní.
- Konference žádá prolomení věkové hranice 19 let tak, aby pacient měl možnost zůstat v registraci u stávajícího PLDD až do ukončení vzdělávacího procesu, a to zejména u závažně chronicky nemocných, maximálně do věku 26 let.
- Konference se obává monopolizace na trhu s lékařským softwarem pro PLDD a ukládá VV ve spolupráci s KSL sledovat aktivity firem na tomto trhu a sledovat vývoj cen za softwarové služby, případně zvážit podnět pro ÚOHS.
- Konference doporučuje aktivity týkající se ambulantní sféry koordinovat s ostatními členy KSL.
- Konference vyzývá MUDr. Kudyna, aby jako vrcholový funkcionář SPLDD zvážil svoji účast v redakční radě časopisu První linie.

Zapsal: MUDr. Jan Němeček

Navštivte aktualizované webové stránky **www.detskylekar.cz**

Zpráva ze zahraniční cesty

Zasedání VV a předsednictva ECPCP Budapešť 22.10.–23.10.2011

K dnešnímu dni má ECPCP 19 členů. Jsou to národní organizace primární pediatrie.

Zasedání zahájila prezidentka Dr. Elke Jaeger - Roman a Dr. Andás Huszar - předseda maďarské společnosti pro primární pediatrii.

Noví členové: Švédsko, Belgie, Polsko. Delegáti z těchto zemí přiblížili situaci a organizaci primární pediatrické péče. V Polsku se připravuje návrat k modelu, jaký byl před revolucí 1989. Po revoluci byl systém primární péče v pediatrii zrušený. V současnosti je nutné změnit legislativu a vzdělávání.

Dr. Gilbert Danjou, který vede legislativní agendu, informoval o možnostech změny ve stanovách a dodatku ke stanovám v souvislosti otevřít možnost i ne EU státům, být členy ECPCP (Izrael).

Dr. Gottfried Huss – předseda pracovní skupiny pro primární pediatrii v EAP informoval o činnosti pracovní skupiny po meetingu ve Vilnjusu. Běží příprava kongresu EAPS (Evropská akademie pediatrických společností - EAP, ESPNIC, ESPR), který bude v Istanbulu v roce 2012. Dr. G. Huss je členem přípravného výboru za primární pediatrii. Na tomto kongresu bude mít EAP i primární pediatrie své prezentace.

Dr. Huss informoval o meetingu ohledně vzdělávání - sylabus pro společný pediatrický kmen, který se bude konat 7.12.2011 před výročním meetingem EAP. Je nutné harmonizovat přípravu sylabu pro vzdělávání EAP - ECPCP a GPEC (Global Pediatric Education Consortium). V Německu plánují zavést vzdělávání primárních pediatrů přímo v ordinacích PLDD. V diskusi jsem krátce informovala o našem systému postgraduálního vzdělávaní na akreditovaných pracovištích PLDD a systému rezidenčních míst.

V dalším bloku programu byly podány informace o průběhu příprav kongresů v roce 2012, na kterých bude ECPCP participovat. Kongres AFPA - ECPCP ve Štrasburku (červen 2012), 2. Global congres CIP v Moskvě (květen 2012) a Kongres EAPS Istanbul (říjen 2012).

Dr. Jaeger – Roman informovala o stavu příprav k aktivitám Strategic Aliance for the Future of Primary Health Care for children. Je to společná aktivita velkých evropských pediatrických organizací. Pracuje se na přípravě dotazníku, který se rozešle do jednotlivých evropských států. Prezident EAP - Dr. A. Tenore se rozhodl zaslat pediatrickým společnostem států, které nejsou členy žádné z Evropských pediatrických organizací a do států, kde je problém s pediatrickou péči, dopis s popisem situace v pediatrii v Evropě a výzvou ke spolupráci a začlenění se do těchto organizací. Slíbil, že v době jeho funkce posune EAP do strategických struktur v Evropě jako obhájce péče o děti v Evropě.

Odsoudil, že FIMP (jedna z italských společností primární pediatrie), která s myšlenkou Aliance přišla, není členem ECPCP, která je pro EAP partnerem pro spolupráci.

Dr. Gilbert Danjou detailně informoval o přípravách kongresu AFPA - ECPCP ve Štrasburku. Kongres ECPCP bude probíhat současně s kongresem francouzských primárních pediatrů. ECPCP bude mít samostatné přednáškové bloky.

Byla řešena otázka budoucích kongresů ECPCP. Již na předchozích zasedáních bylo navrženo, aby kongres ECPCP, který se koná každoročně, probíhal vždy s národním kongresem některého z členských států. Je větší zájem o kongresy primární péče, než o kongresy pediatrické. Na základě mé informace, že SPLDD organizuje již tradičně úspěšné kongresy primární péče, vedení ECPCP projevilo zájem o organizaci kongresu ECPCP v Praze v roce 2015. Po schválení orgány SPLDD se návrh předloží k definitivnímu schválení na kongresu ve Štrasburku.

Německý delegát Dr. D. Ewald prezentoval „Quality management systém“, který má v Německu implementované každé zdravotnické zařízení. Je to internetový systém, do kterého mají možnost lékaři nebo zdravotní sestry napsat zkušenosti z kritických situací v praxi - „Critical incident reporting systém“. Další lékaři se můžou z daných případů poučit a vyvarovat se chyb. Každá kasuistika má přidělené kódové číslo, takže je anonymní. Web adresa www.cirsmedical.de. Ve Francii se konají „Quality circles“, jsou to pravidelná setkání lékařů, kteří osobně referují o kritických situacích, ale je tam již lidský faktor - konkurence, nevraživost apod.

Zprávy o činnosti pracovních skupin (PS):

PS pro výzkum - plánované prezentace a témata - „CIRS - bezpečnost pacienta“ (kongres ve Štrasburku) – návrhy - prevence úrazů v dětském věku, práva dětí a sociální pediatrie v ambulancích PLDD.

PS pro vzdělávání a vědu - připravovat náplně vzdělávání na třech úrovních - studenti, rezidenti, primární pediatři - spolupráce s GPEC - Konsorciem pro globální (celosvětové) vzdělávání. Vytvořit model komplexního vzdělávání (rodinná, sociální problematika). Nutné připravovat kvalitní prezentace na kongresy, kde je součástí programu i primární pediatrie. Hlavními tématy: Kvalita péče, studie z primární péče, sbírat argumenty pro zachování primární péče pro jednání na politické úrovni.

Dr. G. Huss informoval o průběhu projektu COSI - projekt financovaný EAP ohledně posuzování kvality péče v primární pediatrii. Momentálně probíhá sumarizace proveditelných a relevantních indikátorů kvality v praxích PLDD. Předložena tabulka navrhovaných indikátorů. 8.12.2011 se koná workshop v Bruselu. Pracovní skupina pro tuto problematiku je otevřena všem zájemcům.

PS pro strategii: Je nutné propagovat primární péči pro děti prováděnou pediatry jako nejefektivnější. Dosáhnout, aby politici akceptovali zástupce primární pediatrie jako poradce. Otázka, jestli obhajovat naši profesní specializaci, nebo obhajovat péči o děti.

Dr. P. Altorjai je správce web stránek, informoval o otázce povoleného a nepovoleného přístupu k informacím.

MUDr. Gabriela Kubátová
Zahraniční komise, 6.11.2011

Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Hana Cabrnochová
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

ZÁPIS ze zasedání Národní imunizační komise (NIKO) konaného dne 6.9.2011 na MZ ČR.

Přizvaní hosté:

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA (ředitel VZP), Doc. MUDr. Karel Němeček, CSc. (Svaz zdravotnických pojišťoven), MUDr. Jiří Wallenfels (Národní jednotka dohledu nad tuberkulózou), MUDr. Viera Šedivá (vrchní ředitelka pro ochranu veřejného zdraví a řízení hygienické služby), MUDr. Sylvie Kvášová (OVZ/1)

I. Stav přípravy změn ve financování očkovacích látek od roku 2012

1) Změna financování očkovacích látek pro pravidelná očkování s plánovanou účinností od 1. ledna 2012 je legislativně upravena v návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Návrh zákona byl vrácen Senátem a opětovnému projednání na schůzi Poslanecké sněmovny, kde byl dne 6. září 2011 většinou hlasů přijat. Z diskuse na jednání NIKO vyplynulo, že zdravotní pojišťovny s financováním očkovacích látek v rámci zavedení nového systému počítají. Nyní je nezbytné, aby bylo jasně definováno, kdo bude zadavatelem výběrového řízení, zda budou vakcíny cestou zdravotních pojišťoven hrazeny nebo nakupovány, kdo a s jakým časovým vymezením bude vlastníkem vakcín. Při výběrovém řízení nelze opomenout některé očkovací látky, jejichž spotřeba je s ohledem na indikační spektrum nízká.

Závěr: NIKO navrhuje, aby výše uvedené podmínky zajištění vakcín v rámci nového systému od roku 2012 a jejich legislativní zakotvení byly co nejdřív projednány na schůzce hlavního hygienika, náměstka ministra pro zdravotní pojištění, zástupců zdravotních pojišťoven a zástupců praktických dětských lékařů.

2) Členové NIKO se vyjádřili k návrhu *Sdělení Ministerstva zdravotnictví o antigenním složení očkovacích látek pro pravidelná, zvláštní a mimořádná očkování pro rok 2012* (dále jen „sdělení“). Povinnost vyhlášení sdělení na základě doporučení NIKO vyplývá z doprovodné novely zákona č. 258/2000 Sb. k novele zákona o zdravotním pojištění

Závěr: Ve sdělení bude uváděno pouze antigenní složení bez adjuvans a bez dalších komponent vakcín, sdělení se bude týkat očkovacích látek pro pravidelné, zvláštní a mimořádné očkování. V navrhovaném sdělení bude výčet vakcín ve věkové kategorii 10-10 let u vakcíny dTaP rozšířen o antigenní složení obou dostupných vakcín, neboť svým složením (jak rozhodla NIKO již dříve) jsou pro tuto věkovou kategorii vzájemně zaměnitelné. Další rozšíření se týká očkovací látky proti vzteklině. U mimořádného očkování bude vždy uváděn pouze název antigenu bez jeho kvantifikace.

3) NIKO diskutovala otázku kalkulace potřebného počtu vakcín pro očkování nepojištěných osob.

Závěr: Podklady ke kalkulaci počtů očkovaných nepojištěných osob poskytne VZP. NIKO navrhuje, aby úhrada pravidelného očkování byla začleněna do všech pojistných produktů zdravotního pojištění v souvislosti s pobyty nad 90 dní.

II. Problematika očkování proti TBC

1) Novela zákona č. 258/2000 Sb.

V zákoně č. 151/2011 (platnost od 7. 6. 2011), kterým byl novelizován zákon č. 258/2000 Sb., byl oproti původnímu znění v § 47a odst. 1 ve větě první, text *„očkování novorozenců proti tuberkulóze a“* zrušen a věta druhá byla nahrazena větou *„Očkování proti tuberkulóze u dětí s vyšším rizikem získání této infekce provádějí na kalmetizačních pracovištích odborní lékaři pneumoftizeologové.“*.

2) Nedostatek vakcíny BCG, dosavadní kroky MZ ČR a možnosti řešení.

- V červnu 2011 obdrželo MZ cestou ČPFS ČLS JEP a SÚKL informace o nedostatku BCG vakcíny z důvodu výpadku dodávek do ČR s předpokladem jejich znovuobnovení v září 2011.

Kongres primární péče

**Sdružení praktických lékařů ČR,
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
ve spolupráci
s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP**

si Vás dovolují pozvat na

6. kongres primární péče s mezinárodní účastí

Motto: Lékař první volby

24. až 25. února 2012

TOP HOTEL Praha, Congress Hall, Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4

Registrační formulář, informace, program i abstrakta najdete na internetových stránkách www.splcr.cz, www.detskylekar.cz a www.ahou.cz.

Akce je určena pro lékaře a sestry v primární péči a je zařazena do kreditovaného systému celoživotního vzdělávání.

Pozor: Zvýhodněná registrace do konce prosince 2011.

Páteřní vzdělávací témata OSPDL na rok 2012:

- **Zobrazovací metody v pediatrii, diagnostika**
- **Dyspnoe a jiné akutní stavy v pediatrii**

• Dle sdělení Phoenix z 31. 8. 2011 je objednáno dodání 145 balení tuberkulínu (inj. 10x1.5ml/0.6RG) s termínem dodání v 1. polovině září 2011 a 100 balení v 1. polovině listopadu 2011. Dále byla objednána BCG vakcína (inj. plv. sus.10x10dáv+sol.) v počtu 110 balení a s termínem dodání v 1. polovině září 2011 a 100 balení s termínem dodání v 1. polovině listopadu 2011.

III. Různé

1) Vyjádření NIKO k materiálu do porady vedení MZ ČR, jehož obsahem je informace o vývoji v jednáních ad-hoc pracovní skupiny Evropské komise ke společnému nákupu pandemické vakcíny

Vzhledem k tomu, že se jedná o závažné rozhodnutí s předpokladem nezanedbatelných finančních dopadů, NIKO při současných limitacích a za současných podmínek (není známá výše rezervačního poplatku, jsou ve vývoji nové univerzální vakcíny na jiném principu než je pomnožování viru na vejcích) nedoporučuje zapojení ČR do společného nákupu pandemické vakcíny v rámci EU. Z pohledu NIKO je v podmínkách ČR nutno zaměřit pozornost a soustředit prostředky prioritně na řešení otázek spojených se zvýšením proočkovanosti proti sezónní chřipce.

2) Projednání návrhu změny doporučeného postupu pro očkování proti meningokokovým onemocněním

• NIKO projednala návrh na změnu doporučení ve smyslu možnosti použití meningokokové konjugované tetravakcíny A, C, Y, W135 u dětí před nástupem do kolektivu, zpravidla ve věku 2 - 6 let s ohledem na zvážení individuálního rizika . Vzhledem k tomu, že dosud nebylo provedeno rozšíření evropské registrace této vakcíny pro danou věkovou skupinu, není možné stanovisko v současnosti upravovat.

• V případě doporučení pro použití vakcíny MenB je nutné postupovat obdobně, tedy nejprve vyčkat na dokončení registračního procesu a teprve následně je možné diskutovat použití v podmínkách ČR.

3) Sérologické přehledy.

Původní doporučení NIKO ze dne 1. června 2011 k provedení sérologických přehledů parotitidy a pertuse je nyní s ohledem na nepříznivý vývoj epidemiologické situace v Evropě rozšířeno o spalničky a vzhledem k nutnosti komplexně vyhodnotit efekt zavedení vakcinace dětí, taktéž o virovou hepatitidu B. Z reakcí pediatrů vyplývá, že budou požadovat, aby výkony spojené se sérologickými přehledy byly finančně refundovány.

Závěr: NIKO žádá, aby SZÚ do týdne předložilo k posouzení MZ dokumentaci k sérologickým přehledům pro stanovení dalšího postupu.

4) Rozšíření aplikace Prevenar 13

Doporučení NIKO k aplikaci rozšiřující dávky Prevenar 13 pro děti ve věku 2-5 let se zdravotními indikacemi dle vyhlášky č. 537/2006 Sb. bude urychleně dopracováno do podoby prezentovatelné na webu NIKO.

5) Stanovisko NIKO k používání PRIORIX-TETRA

Na základě stanoviska NIKO bylo doporučeno používat vakcínu PRIORIX-TETRA ve schématu á 6 měsíců v případě alternativního použití místo vakcíny PRIORIX. Toto stanovisko bylo vydáno v souladu s možností uvedenou v SPC vakcíny, tedy na základě národního doporučení z důvodu zachování intervalu u očkování proti MMR uvedeného ve vyhlášce o očkování. SÚKL však ve svém stanovisku trvá na dodržení intervalu 3 měsíce, nepovažuje stanovisko NIKO v daném kontextu za národní doporučení a trvá na úpravě vyhláškou o očkování. Tento postup však z důvodu přítomnosti varicelové složky není možný, neboť očkování proti této nemoci není v ČR povinné.

Závěr: NIKO doporučuje, aby MZ oslovilo v dané věci SÚKL.

6) Stanovisko NIKO k žádosti HS hl. m. Prahy

HS. hl. města Prahy požádala o sdělení jak postupovat při očkování MMR u dětí, které spalničkami onemocněly ještě před zahájením pravidelného očkování proti uvedeným nemocem. Dotaz je orientován především na potřebný časový odstup očkování od onemocnění a na počet nutných dávek vakcíny.

Závěr: Celosvětově není k danému problému jednoznačný konsensus v podobě expertního doporučení. Vzhledem ke klinicko – epidemiologickým charakteristikám onemocnění spalničkami a s přihlédnutím k požadavkům na očkování proti infekčním onemocněním v obecném měřítku, lze očkování proti spalničkám zahájit za 3 týdny po ukončení nemoci u nekomplikovaných případů. V případě komplikovaného průběhu onemocnění spalničkami, zejména pokud se jedná o neurologické komplikace, je možné na základě souhlasu příslušného lékaře – specialisty, zahájit očkování nejdříve za 3 měsíce po ukončení nemoci. Po základním očkování je v obou případech nutno provést přeočkování aplikací druhé dávky vakcíny v souladu s platnou vyhláškou o očkování proti infekčním nemocem.

PŘÍSPĚVKY POJIŠŤOVEN na očkování proti klíšťové encefalitidě pro rok 2011

Kód pojišťovny	Název pojišťovny	Výše příspěvku na klíšťovou encefalitidu	Poznámka
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	**500 Kč (do 14 let)**	Od 15 let Klub pevného zdraví (min. příspěvek 250 Kč)
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	**500 Kč**	
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	**1000 Kč**	1 - 18 let
217	Metal-Aliance pojišťovna	max. **600 Kč**, min. **300 Kč**	Dle délky pojistného vztahu
211	Pojišťovna ministerstva vnitra ČR	**500 Kč**	Do 10. 10. 2011
213	Revírní bratrská pojišťovna	**300 Kč** (na kteroukoliv dávku)	
205	Česká průmyslová pojišťovna	**300 Kč**	
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	do **300 Kč** – na každou očkovací látku v rámci očkovacího schématu, včetně přeočkování	

7) Stanovisko k doporučením ambulance očkování FN Motol

Ambulance očkování FN Motol doporučuje očkování proti spalničkám u dětí s alergií na vaječný bílek vakcínou TRIVIVAC. Tento postup je nereálný, protože uvedená vakcína není předmětem kupní smlouvy a navíc je tento postup v rozporu se stanoviskem SÚKL. Je nutné postupovat s souladu s SPC dostupné očkovací látky Priorix, kde se doporučuje zvýšená opatrnost při očkování v případě prodělané závažné anafylaktické reakce po požití vajec, tedy ani v těchto případech se nejedná o skutečnou kontraindikaci, natož v případech kde se jedná pouze o laboratorní detekci suspektní alergie bez jasné klinické anamnézy.

Závěr: V případech suspektní alergie na vaječný bílek (vejce) je možné očkovat dostupnou očkovací látkou proti MMR.

8) Stanovisko k publikaci „Doba jedová“ autorů Strunecká, Patočka

Vzhledem k nepravdivým tvrzením uvedeným v této knize a také v souvislosti s tvrzením autorů (prof. Strunecké) o případech úmrtí po aplikaci HPV vakcíny, NIKO příjme oficielní stanovisko, které bude zveřejněno na webu.

Očkování proti klíšťové encefalitidě

Nový program očkování proti klíšťové encefalitidě nazvaný „Jedna dávka zdarma“, je určen pojištěncům VZP ve věku od 16 let, kteří si vyzvednou na kterékoliv pobočce VZP příslušný voucher/certifikát a nechají se naočkovat u svého lékaře. Za první dvě dávky, které si klient kupuje najednou, zaplatí maximální cenu 750 Kč. Třetí dávku vakcíny si klient koupí na základě voucheru za zlevněnou cenu 549 Kč. Podmínkou je předložení druhé části voucheru. Očkovací schéma lze zaplatit i celé najednou, přičemž příspěvek VZP se vztahuje pouze na úhradu očkovací látky nikoliv na náklady spojené s aplikací.

Inzerovanou „jednu dávku zdarma“ získá klient součtem slevy od farmaceutické firmy, kterou VZP vyjednala oproti obvyklé ceně, a příspěvkem 300 Kč, který je klientovi, na základě vyplněného voucheru, vyplacen už po nákupu prvních dvou dávek vakcíny a potvrzení o aplikaci první dávky lékařem.

Program „Jedna dávka zdarma“ bude spuštěn dne 7. 11. 2011.

Podmínky účasti v projektu - pro LÉKAŘE

- lékař nahlásí distributorovi heslo/název akce: **„AKCE FSME VZP“** (na základě Ev. listu č. 1)
- distributor dodá lékaři balíček vakcín FSME-IMMUN 0,5 ml BAXTER (vždy po 2 ks) rovnou za sníženou cenu
- lékař garantuje prodejní cenu **max. 750 Kč** při zakoupení 2 dávek současně, pokud zákazník předloží **Certifikát VZP**
- lékař garantuje cenu **max. 549 Kč** u třetí dávky, pokud klient předloží: **Evidenční list č. 2 potvrzený razítkem daného lékaře (klient zde dříve zakoupil i první 2 dávky)**
- lékař garantuje prodejní cenu **max. 1 299 Kč** v případě, že klient má zájem o koupi najednou 3 dávek FSME-IMMUN 0,5 ml BAXTER a předloží **Certifikát VZP**

Pozn.: *(3. dávka musí být zaplacena do 31. 12. 2012, aby cena v maximální výši 549 Kč byla garantována)*

Tento program se nás, praktických lékařů pro děti a dorost týká jen okrajově, je zaměřen především na podporu očkování dospělých a limitován věkem od 16-ti let. Pro děti i nadále trvá program podpory očkování proti klíšťové encefalitidě v různé výši úhrady od jednotlivých zdravotních pojišťoven - viz tabulka na straně 16.

ZKRÁCENÉ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: FSME-IMMUN 0,5 ml BAXTER/ FSME-IMMUN 0,25 ml BAXTER. Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcíny proti klíšťové encefalitidě (celý inaktivovaný virus). **Složení:** Léčivá látka: Virus encephalitidis inactivatum purificatum 2,4 µg/1,2 µg v jedné dávce. Pomocné látky: lidský albumin, chlorid sodný, dihydrát hydrogenfosforečnanu sodného, dihydrogenfosforečnan draselný, voda na injekci, sacharóza a hydratovaný hydroxid hlinitý.
Indikace: K aktivní (profylaktické) imunizaci osob starších 16 let (FSME-IMMUN 0,5 ml BAXTER) a dětí starších 1 roku a mladších 16 let (FSME-IMMUN 0,25 ml BAXTER) proti klíšťové encefalitidě (KE).
Dávkování a způsob podání: Základní očkovací schéma je stejné pro všechny osoby, skládá se ze tří dávek vakcíny. První dávka se podává ve zvoleném termínu a druhá dávka se aplikuje o 1 až 3 měsíce později. Pokud je třeba dosáhnout imunitní odpovědi rychle, může být druhá dávka podána za dva týdny po první dávce. Třetí dávka se podává za 5–12 měsíců po druhé vakcinaci. Přeočkování: První přeočkování by se mělo provést nejpozději za 3 roky po aplikaci třetí dávky. Následná přeočkování mají být prováděna podle oficiálních doporučení, avšak ne dříve než za 3 roky po předchozím přeočkování. U osob od 60 let věku by intervaly přeočkování neměly překročit 3 roky. Vakcína má být podávána intramuskulární injekcí do horní části paže (musculus deltoideus). U dětí do 18 měsíců věku, či v závislosti na vývoji a stavu výživy dítěte, se vakcína aplikuje do stehenního svalu (musculus vastus lateralis). Je zapotřebí vyvarovat se náhodné intravaskulární aplikace.
Kontraindikace: Přecitlivělost na léčivou látku, jakoukoli pomocnou látku či výrobní rezidua (formaldehyd, neomycin, gentamycin, protaminsulfát). Závažná přecitlivělost na vaječné či kuřecí bílkoviny. Vakcinaci proti KE je třeba odložit, jestliže osoba/dítě trpí akutní horečnatou infekcí.
Upozornění: Jako u všech injekčních vakcín, musí být i zde vždy pohotově k dispozici příslušná léčba a dohled pro akutní stavy a pro případ vzácné anafylaktické reakce po aplikaci vakcíny. Obal tohoto přípravku obsahuje latexovou pryž, která může vyvolat závažné alergické reakce u osob alergických na latex. Nezávažná alergie na vaječnou bílkovinu obvykle není kontraindikací vakcinace, přesto by takové osoby měly být očkovány pod klinickým dohledem. K intravaskulární aplikaci nesmí dojít, protože by to mohlo vést k těžkým reakcím, včetně hypersenzitivních reakcí spojených se šokem. V případě známého autoimunního onemocnění či při podezření na ně musí být riziko možné infekce KE zváženo vzhledem k riziku nepříznivého vlivu FSME-IMMUN 0,5 ml/0,25 ml BAXTER na průběh autoimunního onemocnění. Je třeba pečlivě zvážit indikaci očkování u osob/dětí s preexistujícím mozkovým onemocněním. V případě přísátí klíštěte před nebo během 2 týdnů po aplikaci první dávky nelze očekávat, že by jedna podaná dávka FSME-IMMUN 0,5 ml/0,25 ml BAXTER zabránila vzniku klinicky manifestní infekce KE. Stejně jako všechny další vakcíny nemohou FSME-IMMUN 0,5 ml/0,25 ml BAXTER zcela ochránit všechny očkované před infekcí, k jejíž prevenci jsou určeny.
Interakce: Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými vakcínami či léčivými přípravky. Podávání jiných vakcín ve stejnou dobu s vakcínami FSME-IMMUN 0,5 ml/0,25 ml BAXTER by mělo být prováděno pouze v souladu s oficiálními doporučeními. Pokud se mají podat současně jiné injekční vakcíny, musí být aplikace provedeny do jiných míst, nejlépe i do jiné končetiny.
Nežádoucí účinky: V kontrolovaných studiích bezpečnosti u dospělých ve věku od 16 a starších byly pozorovány velmi často (u více než 1 osoby z 10) bolest a otok v místě vpichu, často (u 1 až 10 osob ze 100) bolesti hlavy, nauzea, únava, malátnost, bolesti svalů a kloubů. V klinických studiích u dětí od 1 do 15 let byl aktivně dokumentován výskyt horečky. Výskyt horečky po druhé vakcinaci je v porovnání s výskytem horečky po první vakcinaci obecně nižší. Velmi často byla pozorována horečka, bolest hlavy a bolest v místě vpichu. Často otok, zatvrdnutí a zčervenání kůže v místě vpichu, nevolnost nebo zvracení, ztráta chuti k jídlu, únava nebo pocit nemoci, neklid a nespavost (u mladších dětí), bolesti svalů a kloubů.
Uchovávání: Uchovávejte v chladničce při +2 °C až +8 °C. Uchovávejte předplněnou inj. stříkačku v krabičce, aby byla chráněna před světlem. Chraňte před mrazem.
Držitel rozhodnutí o registraci: BAXTER CZECH spol. s r.o., Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praha 5, Česká republika.
Registrační čísla: 59/009/06-C, 59/010/06-C.
Datum revize textu: 2.9.2010.
Úplný text SPC naleznete na www.baxter-vpois.cz

Evidenční číslo 2011011

Výdej vakcín je vázán na lékařský předpis.
Vakcíny nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Informace o výši příspěvku na očkování poskytnou příslušné zdravotní pojišťovny.

BAXTER CZECH spol. s r.o., Karla Engliše 3201/6, Praha 5, 150 00
tel.: +420 225 774 111, fax: +420 225 774 250
BEZPLATNÁ LINKA: 800 202 010 (v pracovní dny Po – Pá 9 – 17 hod.)
www.baxter.cz, www.klistova-encefalitida.cz

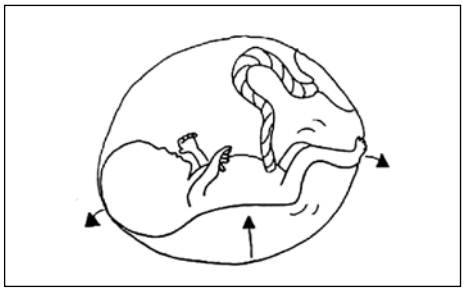
Baxter

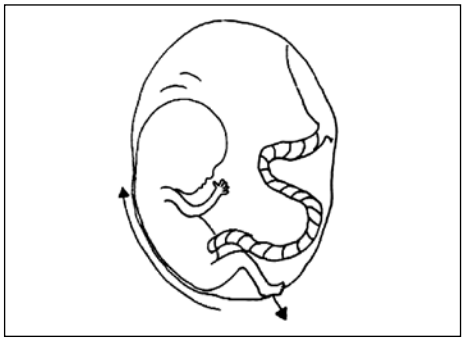
Významné mezníky ve vývoji dítěte v raném věku

Jana Knězová
dětský fyzioterapeut, FN Plzeň

Vývoj dítěte před porodem

Pohyb je výrazem života a začíná daleko před termínem porodu. Působí při formování tvořícího se těla, vývinu a udržení senzomotorického systému.





V první třetině těhotenství probíhají pohybové pochody, při kterých se vytvářejí smysly pro pociťování ploch, hloubek a rovnováhy. Pohyby a pocity jsou spolu úzce provázány.

Každý pohyb je snímán smyslovými orgány, zažit a uložen v tělíčku dítěte. V pohybové aktivitě se střídají pohyby flexční a extenční a tělíčko se posunuje zády po stěně děložní. V klidových okamžicích je ve flektovaném postavení, ruce má spojené a vede je k ústům. Vypadá to, že zpozornělo a intenzivně pociťuje. Zřejmě náhodou se ocitají ruce u sebe a u úst. Nyní nastává nejdůležitější fáze pro celý vývin. Ústa a ruce se potkávají, pohybují se ve vzájemném kontaktu a chápou se jedna druhé. Cumlá si palec nebo ostatní prsty, které se náhodou ocitnou v ústech nebo kolem úst. Připravuje si sací a hledací reflex důležitý pro kojení.

Současně s těmito aktivitami se probouzí smysl pro povrchovou citlivost. Naším prvním smyslovým orgánem je kůže. Taktilní smyslové zážitky začínají kolem úst. Taktilní čití se šíří od úst přes ruku a chodidlo nohy na celou tělní plochu. O něco později dítě vnímá vedle doteků také změny polohy svého tělíčka. To vše napomáhá k vývinu CNS.

Střední měsíce nitroděložního vývinu je pro dítě období, kdy má poměrně velkou možnost pohybu a shromažďuje velké senzomotorické zkušenosti. Hrubá stavba lidského těla je hotová okolo 10. týdne.

Dítě se odráží od stěny dělohy svýma nohama, které při tom cítí zřetelný odpor. Tlak, o kterém se dozvídá na svém distálním konci, je veden nahoru na svaly, šlachy a klouby jeho těla. Pociťuje kontrakci svého těla. Jak klouže podél děložní stěny vnímá doteky na zadečku, zádech, pletenci ramenním, zevní straně paží a zadní části hlavy.

Svým gravitačním smyslem pociťuje změnu polohy. Gravitační účinek je snížen plodovou vodou, dítě se vznáší a klesá dolů.

Jakmile malý človíček vyklouzne, odpadá veškeré tlumení, kterým děloha snižovala dráždění z okolí. Ztratilo se také ohraničení, ve kterém si dítě uvědomovalo své okolí i samo sebe. Vše je pryč a s tím i pocit jistoty a ochrany.

Gravitační síla ho přitahuje desetinásobně k zemi. Dotekové plochy, které se v poslední době rozšířily skoro po celém těle, jsou nyní redukovány na několik kontaktních bodů s podložkou.

Obvyklý pocit být oplachován příjemně teplou vodou zmizel a taktilní receptory na jeho těle jsou nyní dráždeny mnohem nepříjemněji a intenzivněji. Dítě vnímá teplo i chlad, pachy i zvuky jsou silnější a intenzivnější a světelná dráždění jsou různých odstínů.

Kromě toho se musí dítě vypořádat se ztrátou pupeční šňůry. Plynulý přísun kyslíku a výživných látek je přerušen. Vznikají potřeby, které musí dítě uspokojit a tím se stává aktivním.

Hned po porodu dítě dýchá, pátrá, náruživě hledá, saje a polyká. Projevuje potřeby a tím uvádí v chod komunikaci. Život po porodu je velmi komplikovaný a náročný. Zdravé novorozeně má obdivuhodné schopnosti, jak se vypořádat s danými okolnostmi.

Uplyne přesto několik měsíců po porodu, než dítě zvládne opět aktivity, které již v matčině těle umělo. Např. trvá asi čtvrt roku, než dítě umí zase spojit ruce uprostřed a vést je k ústům a půl roku než dokáže uchopit své nohy.

Pohybový vývoj dítěte po porodu do 1 roku

Novorozenecké období zahrnuje dobu od narození do 28. dne života.

Je to období velkých změn, kdy se mění životní podmínky a dítě se přizpůsobuje novému prostředí. Samostatně dýchá, saje, polyká, svoji nespokojenost projevuje pláčem a naopak spokojenost klidným spánkem, uvolněným svalovým napětím a prohloubeným pravidelným dechem. Jsou výbavné novorozenecké reflexy, pohybový projev je chaotický, nekoordinovaný a neúčelný. Posturálně se projevuje polohová asymetrie. V supinaci (poloze ne zádech) leží v poloze tzv. šermíře, v pronaci (poloze na břišku) si dokáže přetočit hlavičku.

Kojenecké období trvá do 1 roku života a dělíme ho na 4 trimenony

Pohybový a psychický vývoj dítěte je v této době velmi intenzivní a prochází několika fázemi. Během roku se dostává dítě ze stavu, kdy samo neudrží hlavičku a není schopno realizovat žádný motorický kontakt až k samostatnému stoji a chůzi. Je třeba si uvědomit, že dítě je od narození osobnost a nemůžeme očekávat, že se všechny děti budou v daném období pohybovat stejně. Důležité je, aby prošly všemi fázemi vývoje, aby tyto fáze provedly správně a navazovala jedna na druhou.

V tomto období se vytváří správný stereotyp dýchání, fyziologické zakřivení páteře (lordosa, kyfosa), postavení pánve a hrudníku, celkové držení těla a správný stereotyp chůze.

První trimenon odpovídá období
1. až 3. měsíce

Dítě přijímá informace o sobě samém a svém okolí. Ustupují novorozenecké reflexy, zaujímá středočarovou polohu hlavy a trupu, začíná sledovat okolí a fixovat pohled. Vyvíjí se souhra ruka – oko – ústa, je stabilní v poloze na zádech i bříšku. Celkově by se dalo říci, že je to příprava pro aktivní pohyb.

Druhý trimenon odpovídá období
4. až 6. měsíce

Dítě je aktivnější, pohyby jsou cílené, směje se, brouká si a rozpoznává hlas matky. Zlepšuje se kontrola hlavy a trupu jako příprava pro antigravitační aktivitu a vertikalisaci. Začínají rotace trupu (přetáčení) a rovnovážné reakce. V pronaci se zdokonaluje opora o horní končetiny. V supinaci si sahá na nožičky, dosahuje na věci ve svém okolí a objevuje je.

Třetí trimenon odpovídá období
6. až 9. měsíce

Dítě se pohybuje do stran a dopředu, přetáčí se, plazí se, začíná lézt a sedat si. Plynule přechází z jedné pozice do druhé. Je dostatečná kontrola hlavy a trupu, aby mohlo uvolnit ruce. Objevuje své okolí a hračky a pohybuje se za nimi.

Čtvrtý trimenon odpovídá období
9. až 12. měsíce

Je to období zkvalitňování a dolaďování pohybových i rozumových schopností. Dokončuje se vertikalisace, vytahuje se do stoje, začíná stát a chodit s oporou. Když si je jistý ve stoji pouští se do prostoru a zvládne samostatnou chůzi. Dítě je zvídavé, zkoumá více své okolí, je samostatné a je schopno řešit jednoduché problémy.

Od narození dítěte do samostatného stoje a chůze je složitá cesta, která ale ve srovnání s celým životem trvá pouze rok. Co si vytvoří v tomto období, nese si sebou celý život. K tomu přibývá další zátěž na tělo jako je sezení ve škole, těžké tašky, sport, sezení u počítače a podob-

ně. Na vše musí být tělo dítěte připraveno. Proto je důležité, abychom toto období nepodceňovali, ale pomohli mu vše zvládnout.

Co může pohybový vývoj dítěte zkomplikovat?

Hypertonické dítě

Nebudeme se věnovat vážným problémům jako je morfologické poškození mozku apod., které vyžadují intenzivní rehabilitaci, ale dětem s tzv. hypertonem, způsobeným jinými důvody.

Příčiny zvýšeného svalového napětí – hypertonu, mohou být způsobeny stresem matky v těhotenství, partnerskými problémy, obavami o osud dítěte, strachem z porodu, nepříjemnými zážitky v těhotenství osobními i pracovními, zdravotními potížemi matky, komplikacemi při porodu (protrahovaný, překotný, klešťový), porodní asfyxií, nedonošeností, špatnou manipulací s dítětem apod. Čím je dítě neklidnější, je neklidnější i matka a naopak.

I hypertonus, který není způsobený poškozením CNS je třeba odstranit, aby se dítě mohlo dobře vyvíjet. Pokud dítěti nepomůžeme, projeví se to i na dalším pohybovém vývoji např. dítě se přetáčí se záklonem hlavy, nevydrží na bříšku a nezvládne plazení a lezení. Když se postaví, stojí na špičkách nebo vytáčí nožičky. V pozdějším věku se objevují poruchy aktivity (hyperaktivita) a porucha pozornosti.

Hypertonus je zvýšené svalové napětí, není to síla svalu. Vychází z oblasti šíje a krční páteře. Ramena jsou vytažená k hlavičce, ručky drží v pěstičce, jsou napnuté do stran nebo skrčené u hrudníčku, nožky natažené, vše je ve velkém napětí. Hrudník je v nádechovém postavení, dítě rychle a povrchově dýchá. Hlava je v záklonu nebo v predilekci – stočená k jedné straně. Dítě odmítá polohu na bříšku, kde se vytvoří velký záklon hlavy, ručky napíná do strany a udělá tzv. letadélko. S hypertonem je spojený i velký neklid, dítě je plačtivé, rychle a nekoordinovaně pohybuje s ručkama i nožičkama. Má bolesti bříška, které stav dítěte ještě zhoršují. Z tohoto důvodu je neklidné i při kojení, špatně usíná a často se budí. Oči jsou roztěkané a špatně fixuje pohled.

Je třeba si uvědomit, že dech, svalové napětí a psychika jsou spolu úzce spojeny. Čím je dítě neklidnější, tím má vyšší svalové napětí a rychle a povrchově dýchá. Velmi důležité je dítě správně chovat, dotýkat se ho a manipulovat s ním. Vše pomalu a klidně. Není třeba se obávat, že chováním (správným chováním) dítě rozmazlíme, ale naopak mu pomůžeme k samostatnosti. Chování a kontakt s dítětem (tzv. handling) je důležitý zvláště v období od narození do třetího měsíce. Dítě nerozumí, co mu říkáme, ale vnímá náš dotyk. Hmat je jeden ze základních komunikačních smyslů, které se u novorozence vytváří nejdříve. Správný dotyk zlepšuje psychický i fyzický stav dítěte. Důležité je, abychom dítěti pomohli do inhibiční klidové polohy, ve které bylo devět měsíců v děloze. Pak následuje aktivní pohyb, ve kterém dítěti pomáháme a stimulujeme.

Dítě nejlépe zklidníme tím, že pokrčíme nožičky, neklidné ručky uvolníme a šetrně položíme vedle těla, jednu ruku položíme na hrudníček a druhou pod hlavičku. Vytvoříme tak inhibiční polohu, ve které bylo devět měsíců a má v ní pocit jistoty a ochrany. Hypertonickému dítěti je třeba věnovat dostatek času a klidu a pohody. Pokud se hypertonie odstraní, objeví se pohodové, klidné dítě, které si beze spěchu projde správně celým pohybovým vývojem.

Je důležité rozpoznat, jaké pohyby dítě chce dělat a jaké způsobuje hypertonus. Napětí ve svalech způsobuje rychlé a nekoordinované pohyby rukou a nohou a ty je třeba uvolnit a zklidnit. Děti si pak mohou hrát s hračkami, zkoumat svoje tělíčko, sahat si na nožičky a hrát si s nimi.

V poloze na bříšku je známkou hypertonu velký záklon hlavy, vázne opora o ručky a dítěti se na bříšku nelíbí. V tomto případě dítě do této polohy nedáváme, protože záklon hlavy hypertonus ještě zvyšuje. Dítě si nechce prohlížet strop nebo obrázky na stěně, ale dívá se tam, kam ho záklon hlavy způsobený napětím nutí. Každé dítě si oblíbí polohu na bříšku, ale musí se umět opřít o ručky a držet hlavičku volně bez napětí. Je důležitá pro začátek lokomoce (plazení, lezení).

Stočení hlavičky k jedné straně (predilekce)

není způsobena tím, že se chce dítě dívat stále např. doprava (jak si vysvětlují často rodiče), ale napětím v šíji a stažením ramen. Přitažením nožiček a uvolněním ruček uvolníme šíji a dítě je schopno přetáčet hlavičku, kam potřebuje.

Dalším projevem hypertonu jsou ručky sevřené v pěst. Jedná se reflexní tonický úchop, který přetrvává i do 4. až 5. měsíce. Podrážděme-li dlaň, ručka se automaticky pevně sevře. Proto nedáváme dítěti hračky ani své prsty do jejich ruček, ale snažíme se jemným pohlazením přes prstíky ruku otevřít.

Odstranění hypertonu a neklidu dítěte není otázkou týdne, ale jednoho až tří měsíců. Důležité je, aby rodiče pochopili problém a věděli, jak svému dítěti pomoci. Když se naučí správně pozorovat svoje dítě, to jim samo řekne (svým úsměvem, klidem a pohybem), co mu dělá dobře. Kolem třetího měsíce začíná aktivní pohyb a je třeba na toto období připravit a dále mu pomáhat.

Správným chováním, manipulací s dítětem a znalostí pohybového vývoje pomáháme dítěti se osamostatnit. Když se dítě naučí samo pohybovat, a to již přetáčením nebo plazením, je schopno se samo dostat za hračkou, přiblížit se k mamince nebo rozpustile utéct.

Nedonošené dítě

Již v období, které dítě prožívá v inkubátoru a je hospitalizované na neonatologickém oddělení musíme myslet na to, aby jeho život byl co nejkvalitnější. Je to příprava na období, kdy nastupuje správný pohybový vývoj a tím správné držení těla. Je zde ale důležitá i stránka citová a psychická.

Při předčasném porodu je nejdůležitější záchrana života. Další důležitou složkou je nahradit dětem to, co ztratily. To znamená dva až tři měsíce vývoje v klidu pod ochranou matky. Dítě se v děloze pohybuje, ale ta ho vrací do flekční fyziologické polohy. Dotýká se dělohy a tím si uvědomuje své tělíčko, dotýká se pusinky a svých nožiček.

Dětem chybí 4 základní věci – klid, dotek, pohyb a fyziologická poloha.

Klid - Dítě nemá v děloze žádné rušivé impulsy. Maminka by se měla naučit manipulovat s dítětem tak, aby ho nerušila. Naučit ji jak a proč dítě správně polohovat.

Dotek - Kontakt s dítětem by měl být příjemný, uklidňující a uvolňující. Vždy je třeba zajistit polohu hlavy. Při záklonu se dráždí symetrické a asymetrické šíjové reflexy a tím je dítě napnuté a neklidné. Při správné poloze hlavy dostaneme dítě do tzv. motorického klidu. Správný dotek uvolňuje svalové napětí, prohlubuje dech a zklidňuje dítě.

Pohyb - Maminka se v těhotenství pohybuje – chodí, sedá si a mění polohy vleže. Proto je třeba se s dítětem pohybovat, ale zároveň mu zajistit fyziologickou polohu a nerušit ho.

Fyziologická poloha - Zajišťuje dítěti klid, připomíná polohu v děloze, zajišťuje nástup správného pohybového vývoje a brání vzniku patologií jako je opistotonus a predilekce hlavičky.

V čem můžeme dítěti i maminkám pomoci.

Lékaři zachraňují život a všichni na oddělení se snaží, aby se dítě cítilo co nejlépe. Dalším naším úkolem je pomoci maminkám navázat s dítětem kontakt, který byl předčasně přerušen. Pro dítě i matku je předčasný porod tělesné i psychické trauma, které musí překonat. Je třeba maminku naučit se dítěte dotýkat, nebát se ho chovat a manipulovat s ním. Uvědomit si, že hmat je první komunikační smysl.

Nesmíme maminku kritizovat, že to dělá špatně, ale poradit ji, jak to udělat lépe. Dobrý psychický stav matky pomáhá zlepšit kontakt s dítětem. Důležitá je uvolněná poloha matky při handlingu (připravené a uvolněné ruce). Ruce vedou dítě, dávají mu pocit bezpečí, uvolňují svaly, prohlubují dech a jeho úsměv je tou nejlepší odpovědí, že to dělá správně. Přes tělo se přenášejí informace do mozku, kde se ukládají.

Pohyb je jeden z nejdůležitějších projevů života. Je spojen s naší citovou a psychickou stránkou a zlepšuje dech.

Fotografie jsem získala během své praxe, děkuji rodičům i dětem za spolupráci.

Vývojová neurologie

MUDr. Ladislava Rennerová

Novorozenecké oddělení Masarykovy nemocnice, Ústí nad Labem

Demosthenes – dětské centrum komplexní péče, Ústí nad Labem

V článku jsou uvedeny základní principy vývoje vzpřimování a základní mezníky vývoje v 1. polovině 1. roku života s jejich logickou posloupností s cílem, aby se diagnostika odchylek a patologických nálezů stala jednodušší pro praktického dětského lékaře, urychlila neurologickou diagnostiku a následnou terapii, a tak ulehčila vývoj dětí s neideálním či patologickým nálezem.

Vývojová neurologie se logicky prolíná všemi ostatními obory dětské neurologie a samozřejmě i pediatrií. Znalost vývojové problematiky raného věku umožní časnou diagnostiku poruch psychomotorického vývoje a ulehčí neurologickou diagnostiku celého dětského věku. Včasná diagnostika rizikového či patologického vývoje může být následně výrazně ovlivněna terapií. Výrazné pokroky v neurologii posledních let, zejména v pomocných vyšetřovacích metodách, ovlivnily i vývojovou neurologii, i když fyziologický vývoj jedince je stejný jako před lety. To znamená, že **hlavními principy vývoje jedince** (ontogeneze) jsou:

1. vývoj je určen geneticky a ovlivněn vlivy prostředí - zevními a vnitřními
2. závislost vývoje na vyzrávání nervového systému - morfologicky i funkčně
3. vývojový gradient:

a. vývoj vzpřimování je kraniokaudální - nejprve napřímení hlavy... trupu... dolních končetin
   b. vývoj svalového tonusu je kaudokraniální - nejprve narůstá na DKK... následně na trupu a HKK
   c. vývoj hybnosti na končetinách je proximodistální - od pletence směrem k akru
   d. vývoj úchopu je ulnoradiální

Ontogeneza samotná začíná oplozením. Vyvíjející se embryo a plod se vznáší v plodové vodě bez zásadního vlivu gravitace, a proto v popředí nestojí jistota držení těla, ale pohyb. Např. asi od 9. týdne gestačního věku začíná ve vývoji jedince vnímání jeho tělesného schématu (somatognozie), zprvu velmi nedokonale, mezi 12.-16. týdnem se začíná vyvíjet vestibulární aparát a embryo začíná vnímat vibrace.... S rostoucí velikostí v děloze je stále menší prostor na pohyb a děloha vytváří odpor proti pohybu, ale současně poskytuje i oporu. Po narození (ať už předčasném nebo ne) začíná novorozence ovlivňovat gravitace, již bez opěrného působení dělohy, v těchto náhle změněných podmínkách prostředí novorozenci chybí zajištění regulace držení těla (postury). Toto se ale rychle mění, novorozenec se adaptuje na nové prostředí a na konci 1. trimenonu se zdravý donošený kojenec napřimuje a udrží napřímenou páteř až do poloviny hrudních obratlů. Opěrná plocha se samozřejmě také mění během vzpřimování a pohybu vpřed. Postupně se opěrné plochy zmenšují a kladou větší nároky na rovnováhu těla a celý senzomotorický systém. Senzomotorický systém zahrnuje taktilní čití, propriocepci, vestibulární systém, okulomotorický systém, sluchové vnímání, chuťové a čichové vnímání, motorické plánování s jeho kontrolou, diadochokinezu, překřížení střední čáry a koordinaci. Představa o vlastním těle vyplývá ze zkušenosti s tělem a s ním spojeným vnímáním, ta se také postupně vytváří a zdokonaluje (viz. výše). Utváří se představa vlastního těla a jeho polohy v prostoru - tělesné schéma. Variačně široký senzomotorický vývoj dítěte je nutný pro vytvoření správného tělesného schématu, jinak je představa omezená a následně i další pohybové vzorce, tak jako např. u dětí s DMO. Ve spontánním vývoji jsou zvědavost a zájem dítěte o okolní prostředí (motivace) hnací silou pro použití senzomotorických vzorců. Tyto vzorce umožní reakce na prostředí a komunikaci s prostředím. Vrozené hybné programy poskytují genetický nástroj, aby byl k dispozici hybný vzorec pro vyrovnání se s gravitací, dojde-li ale k poruše struktury, rozvíjí se změněně či chybně i funkce a následně změněná funkce ovlivní zpětně i vývoj struktur CNS.

V současnosti se ve vývojové neurologii hodnotí anamnéza, následuje somatické vyšetření - zhodnocení stavu výživy, změření základních růstových parametrů (obvod

Tabulka 1: Primitivní reflexy a jejich výbavnost dle Vlacha a Vojty

Novorozenecký reflex	Trvání	Dle Vlacha	Dle Vojty
FOL	Do	3 měsíce	4 týdny
Babkinův r.	Do		4 týdny
R. hledací	Do	2-3 měsíce	3 měsíce
R. sací	Do	3-4 měsíce	3 měsíce
R. úchop na HK	Do	4-5 měsíce	3 měsíce
R. úchop na DK	Do	12. měsíce	9 měsíce
R. chůzový	Do	2-3 měsíce	4 týdny
R. Galantův	Do	2-3 měsíce	4 měsíce
Moroův r.	Do	3-4 měsíce	
R. patní	Do	2 měsíce	4 týdny
R. suprapubický	Do	2 měsíce	4 týdny
R. zřížené extenze	Do		6 týdnů
R. optikofaciální	Od	3-4 měsíce	3 měsíce
R. akustikofaciální	Od	10. dne	

hlavy, hmotnost, event. délka těla), posouzení jejich dynamiky a vyšetření velké fontanely, dále se posuzuje topický neurologický nález- novorozenecké (primitivní) reflexy- zejména s hodnocením dynamiky jejich vývoje (viz. tabulka 1), posturální aktivita- vyšetření spontánní hybnosti a to jak po stránce kvantity, tak kvality, posturální reaktivita- hodnotí se motorické odpovědi při jasně definovaných provokovaných změnách polohy, tonus- zvýšený či snížený ve srovnání s normou pro dané věkové období.

Pro klinickou praxi je velmi důležité naučit se posoudit spontánní projevy dítěte, nabídnout k vyšetření klidné, vstřícné prostředí s dostatkem času (zejména u starších dětí kolem 3. TRM), aby dítě během vyšetření mohlo předvést co nejvíce ze svých dovedností. Observace u pohodového dítěte tvoří až 80 % vyšetření. Ne vždy jde všechno hladce, a pak je třeba obzvlášť pečlivě během vyšetření posoudit zejména provokované odpovědi. Dle Prechtla se rozlišuje 5 stadií v chování nedonošence či novorozence, s výhodou je vyšetřovat ve stadiu 3, kdy je dítě klidné, nepláče (viz tabulka 2).

U nedonošených novorozenců a novorozenců je postura (držení těla), tedy funkce, ale i anatomie jednotlivých kostí, kloubů, CNS, značně nezralá. Tak, jak dozrává struktura, dozrává i funkce a zpětně funkce ovlivňuje strukturu. V průběhu zrání CNS(myelinizace, synaptogeneze, reorganizace...), které je mimo jiné závislé na senzorických informacích, uzrává naše postura a objevuje se přesně definované, cílené pohybové chování. Posturální ontogeneze a s tím spojená lokomoce se vyvíjí v čase v kvantitě, ale i v kvalitě. U nedonošených novorozenců přepočítáváme kalendářní věk (kdy se dítě narodilo) na věk korigovaný (odečítáme týdny, o které se narodilo dříve) a to až do věku 2 let. Klinický nález nedonošeného novorozence ve věku termínu porodu není totožný s nálezem u donošeného novorozence po porodu (viz. tabulka 3).

Z hlediska možnosti ovlivnění terapií (plasticita mozku) je pro pediatra nejdůležitější raný věk, věk do 6. měsíce. Z hlediska diagnostiky, je zásadní 1. trimenon - věk od narození do 3. měsíce. U nedonošence se tento věk ještě více posouvá vpřed - až k plánovanému termínu porodu. Proto se na tomto místě zaměříme na I. a II. trimenon. Pro praktického dětského lékaře jsou pro posouzení nejranějšího vývoje nejdůležitější 2 polohy- poloha na zádech a poloha na břiše. Vždy je třeba zhodnotit každou polohu zvlášť.

Tabulka 2: Stadia chování novorozence dle Prechtla

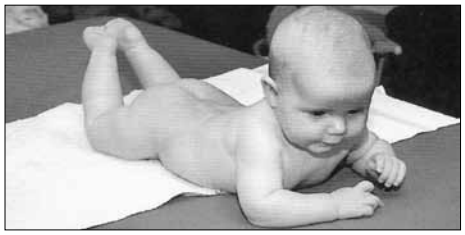
1. stadium	oči zavřené, pravidelné dýchání, žádné pohyby
2. stadium	oči zavřené, nepravidelné dýchání, malé pohyby
3. stadium	oči otevřené, malé pohyby
4. stadium	oči otevřené, velké pohyby, nekřičí, nepláče
5. stadium	oči otevřené, křičí, pláče

Tabulka 3: Porovnání nedonošence a donošeného novorozence v termínu porodu

Nedonošený novorozenec	**Donošený novorozenec**
Porod do ukončeného 37.GT	Porod po 38.GT
Kompletní přítomnost novorozeneckých reflexů	Kompletní přítomnost novorozeneckých reflexů
Svalový tonus dobrý, spíše normotonie	Flekční hypertonie
Vzpřimovací reakce slabší, méně trvalé	Silné vzpřimovací reakce
Pohyby o velké amplitudě	Hybnost tlumena flekční hypertonií
Časté a rozmanité spontánní pohyby	Hybnost tlumena flekční hypertonií
Nižší svalová síla	Silná svalová síla
Digitigrádní chůze při chůzovém automatismu	Plantigrádní chůze při chůzovém automatismu
Dorsální flexe nohy 40-60 st.	Dorsální flexe nohy 0 st.
Schopen sledovat světlo	Začíná postupně (během dnů) reagovat na světlo, po porodu není schopen sledovat světlo
Reaguje na hluk-přerušení pohybů	Začíná postupně reagovat na hluk
Reaguje na lidský hlas	Začíná postupně reagovat na lidský hlas

I. trimenon

Novorozenec v poloze na břiše

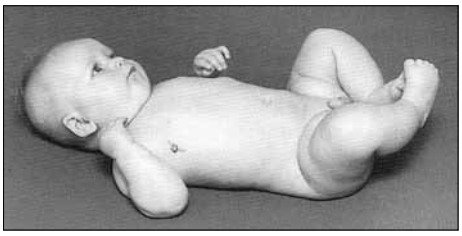


Kojenec ve věku 3 měsíce v poloze na břiše

Novorozenec - v poloze na břiše dominuje nejprve silné flekční držení pánve, kyčlí a kolen. Hlava je na podložce uložena k jedné straně, zdravý donošený novorozenec je schopen ji přetočit ze strany na stranu a uvolnit dýchací cesty. Naléhá na prsní kost a předloktí blízko zápěstí. Horní končetiny jsou těsně u těla, lokty nad podložkou, ruce jsou volně v pěst. Lokty zůstávají za linií ramen. DKK se opírají hlavně o kolena. V závislosti na okolí, optické orientaci a následně fixaci (nastupuje do 4.-6. týdne) se začínají horní končetiny posouvat vpřed, povoluje inertní flekční držení pánve, opora se ze sterna přenáší do nadbřišku, k pupíku a postupně dále kaudálně až k symfýze. Na konci 1. trimenonu je zavedena opora o předloktí a symfýzu - je vytvořen opěrný trojúhelník. Kojenec již udrží hlavu mimo tento opěrný trojúhelník. To znamená, že je napřímena krční a polovina hrudní páteře. Již nemůže být zaznamenána reklinace hlavy!

Do 6 týdnů v poloze na zádech kojenec vědomě fixuje očima a sleduje. Fixování očima je spojeno s pohybem celého těla a připomíná držení šermíře - horní končetina na straně, kam se dívá, je v semiextenzi, na ruce je volná pěst, dolní končetina na této straně je

Novorozenec v poloze na zádech



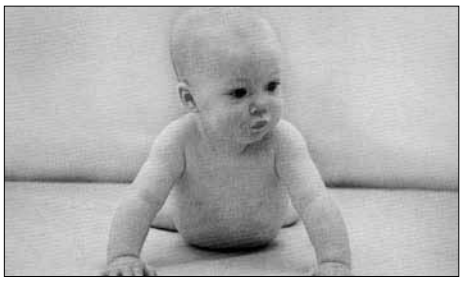
Kojenec ve věku 3 měsíce v poloze na zádech

také v semiextenzi. Důležité je, že všechny pohybové vzory zdravý kojenec provádí v zevních rotacích. Na záhlavních končetinách jsou flexe. Při změně polohy hlavy se změní celé držení těla. Hybnost je holokinetická. V 8 týdnech v poloze na zádech objevuje dítě své ruce, začíná koordinace ruka-ruka a udrží již hlavu v ose. Koordinace rukou s ústy a očima je důležitým předpokladem pro pozdější funkci rukou, protože cílené uchopování je zpravidla provázeno očima. Tento hybný vzorec se označuje koordinace ruka-oko- ústa. Ve 3 měsících dítě dokáže zpravidla nezávisle na pohybu hlavy a těla hýbat očima, vždy asi o 30 stupňů. Na konci I. trimenonu je v poloze na zádech opěrná plocha od lopatek po pánev. Dítě může udržet posturu dolních končetin ve středním postavení kloubů asi 90 stupňů v kyčlích, kolenou a nohou (tedy nad podložkou).

II. trimenon

V poloze na břiše se hybný vzorec symetrické opory o předloktí rozšiřuje k opoře na jednom lokti, tělesná hmotnost se přenáší na loket, pánev a stehno stejné strany a na koleno protější strany. Uvolněná horní končetina může tedy uchopovat. Hlava a uchopující končetina jsou drženy mimo opěrnou plochu. Na konci 2. trimenonu je zajištěna opora o extendované horní končetiny s oporou až o horní třetinu stehen.

V poloze na zádech v 1. polovině II. trimenonu uchopuje dítě předmět jen v kvadrantu příslušné horní končetiny. (Lateralita horních končetin ještě není vůbec vytvořena.) Nohy doprovází uchopování - zpravidla obě. Přejde-li předmět střední čáru horní končetiny se vymění, úchop je z ulnární strany ruky. Od 2. poloviny II. trimenonu již dokáže horní končetina k úchopu křížit střední čáru a druhé rameno přebírá oporu. Kojenec se začíná přetáčet na boky a dále. Na konci II. trimenonu se již přetočí přes oba boky na bříško a zpět, eventuelně válí sudy. Je vytvořeno napřímení páteře až k přechodu hrudní a bederní páteře. Nohy se dostávají do zorného pole dítěte, jsou uchopeny rukama a strčeny do úst, je vytvořena koordinace ruka-noha-ústa.



Kojenec ve věku 6 měsíců v poloze na břiše

Kojenec ve věku 6 měsíců v poloze na zádech

Indikacemi k neurologickému vyšetření jsou odchylky od tohoto stavu, ať už v kvantitě, tak v kvalitě, zástava nebo regres ve vývoji, asymetrie v postuře i motorice, přetrvávající reklinace hlavy přes konec I. trimenonu, změny tonusu.

Indikací k zahájení rehabilitace je v zásadě abnormální neurologický nález.

1. abnormální postura
   a. spontánní
      i. fixované predilekční držení hlavy k jedné straně
      ii. asymetrické držení trupu a končetin
      iii. reklinace, opistotonické držení
   b. provokovaná - abnormální polohové reakce
2. abnormální reaktivita
   a. hyperexcitabilní syndrom
   b. apatický syndrom
3. abnormální svalový tonus
   a. hypotonický syndrom
   b. hypertonický syndrom
   c. hemisyndrom
4. abnormální hybnost
   a. hyperkinetický syndrom
   b. hypokinetický syndrom
   c. dyskinetický syndrom

Pro dětského neurologa není synonymem rehabilitace a Vojtova metoda. Často odesílá na začátku sledování na rehabilitaci rodiče s jejich dítětem jen k správnému nácviku handlingu, polohování a stimulace - zejména u lehkých odchylek. U těžších nálezů dominuje Vojtova reflexní terapie, ale předchozí krok (handling, polohování a adekvátní stimulace) jsou samozřejmostí, protože tvoří většinu času během dne. Kromě Vojtovy reflexní rehabilitace se uplatňují i jiné metody např. Bobath koncept a další. Kromě fyzioterapie se v rehabilitaci od raného věku zásadním dílem uplatní i ergoterapeut. Cílem jeho terapie je posílit soběstačnost a samostatnost dítěte, což znamená v raném věku zejména kvalitní příjem potravy a zajištění polohy. Oblastí intervence u ergoterapeuta jsou nejen motorické funkce (hrubá, jemná motorika), senzorické funkce, kognitivní, komunikační a sociální funkce, aktivity běžného dne. Ideální je, je-li možná u starších a těžších pacientů spolupráce ergoterapeuta s rodiči a jejich dítětem současně i v součinnosti s dětským klinickým psychologem a logopedem. V péči o rodiny těchto dětí se může významně uplatnit i sociální služba - raná péče.

Závěr

Při posuzování PMV je vždy s respektováním určité vývojové variability vhodné hodnotit nejen kvantitu, ale i kvalitu vývoje. Je třeba děti správně stimulovat, ale nepředbíhat a nevhodnou motivací přeskakovat jednotlivá vývojová období. Při zjištění odchylného vývoje včas odeslat k odbornému vyšetření, aby byl dle aktuálního nálezu stanoven postup eventuelní další diagnostiky a terapie. Vývojová neurologie je velmi zajímavá a poučná.

Literatura:

1. Zezuláková J. Přednášky z vývojové neurologie
2. Vlach V. Vybrané kapitoly kojenecké neurologie. Praha:Avicenum, 1979: 240s
3. Vojta V. Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Praha:Grada Publishing.1993:384s
4. Vojta V., Peters A. Vojtův princip. Praha. Grada Publishing. 1995:: 181s
5. Orth H. Dítě ve Vojtově terapii. České Budějovice. KOPP nakladatelství.2009: 216s
6. Kolář P. Rehabilitace v klinické praxi. Praha. Galen.2009: 713 s

Hero - Sunar mlíčko s kaší

Význam a možnosti klinicko-logopedické diagnostiky raného věku

PaedDr. Lenka Pospíšilová

ředitelka DEMOSTHENES, dětské centrum komplexní péče v Ústí nad Labem

členka Rady Asociace klinických logopedů ČR

Nelze pochybovat o správnosti současného trendu včasné diagnostiky. Jakou úlohu sehrává v diagnostickém procesu řeč a nelékařský obor klinická logopedie?

Raný vývoj jazykových schopností dítěte kopíruje křivku nárůstu váhy mozku a diferenciaci v růstu různých jeho částí. Za významné jsou považovány myelinizační cykly (např. diskrepance mezi brzkým ukončením myelinizace vizuální arey v okcipitálním laloku a pozdním dozráváním auditorního kortexu laloku temporálního aj.). Více než sty lety osvědčený Wernickeho model centrálního komunikačního mechanismu (objevený díky zkoumání získaného narušení komunikační schopnosti při ložiskových poškozeních mozku) a přístupy kognitivní neuropsychologie - Lurijovo chápání získaných poruch vyšších psychických funkcí, kde je řeč považována za významnou komponentu kognitivních procesů a dále pak ve spojení s morfologickým podkladem pro ranou lateralizaci (u většiny novorozenců větší planum temporale a delší Sylviova rýha v levé hemisféře) nám zřetelně sdělují: **dokážeme stále více pochopit vztah mozku a řeči, stižení hlubokých struktur řeči, a z těchto poznatků máme větší klinický užitek.**

Klinická logopedie je interdisciplinární obor (propojující speciální pedagogiku, neuropsychologii a vývojovou psychologii, lingvistiku a medicínské obory – neurologii, foniatrii, psychiatrii, pediatrii, rehabilitační lékařství, gerontologii aj.) historicky spjatý zejména s foniatrií a mající od roku 1992 autonomii. Vývoj mladé vědní disciplíny dosud vyústil v primariát v rámci Fakultní nemocnice Olomouc a v dosažení první vědecko-pedagogické hodnosti vysokoškolského pedagoga na úrovni docenta v Hradci Králové. **Kliničtí logopedi procházejí specializačním vzděláváním s atestací pod IPVZ – Subkatedrou foniatrie, pedaudologie a klinické logopedie** a spolu s klinickou psychologií patří mezi jediné dva nelékařské obory ve zdravotnictví, které mají ve svých řadách pouze absolventy VŠ. Sdružují se v Asociaci klinických logopedů České republiky, kde se aktuálně řeší zaměření pregraduálního vzdělávání (pětiletého magisterského studia) a uskutečňují mezirezortní jednání k vymezení kompetencí mezi školstvím a zdravotnictvím. Klinická logopedie je zdravotnický obor aplikovaný do medicínské oblasti – viz specializační vzdělávání a školská logopedie je aplikovaný obor do edukačního systému uskutečňovaný ve školách, SPC a PPP (péče se uskutečňuje na různých úrovních vzdělání s absencí postgraduálního vzdělávání). Absence kompetencí a neerudovanost školské legislativy (např. se kliničtí logopedi distancují od lingvisticky nesmyslného názvu „logopedické školy“, neboť nerozumějí tomu, pro koho jsou určené – lze snad zřizovat školy gynekologické či psychologické?) vyvolávají zmatek u laické i odborné veřejnosti a nekoordinovanou, nekvalifikovanou a ve finále také dražší péči. Ve svých prvních autonomních a zároveň porevolučních letech se obor nasměroval k získaným organickým poruchám řečové komunikace – tedy k afáziím (později rovněž k syndromu demence) u dospělých pacientů. Poznatky z rehabilitace získaných centrálních poruch potvrdily nezbytnost vlastní kvalitní diagnostiky a její zaměření nejen na funkce fatické, ale rovněž na vyšetření praxie a gnozie. Dnešní **klinicko-logopedická metodika vyšetřování afázií na neuropsychologické bázi je uznávaným diagnostickým nástrojem a klinický logoped uznávaným specialistou neurologických klinik.**

Jak je tomu u dětských pacientů? Díky úzké spolupráci foniatrů a klinických logopedů z foniatrické kliniky a ORL kliniky je **dlouhodobým kvalitním standardem péče o děti raného věku se sluchovým postižením (včetně dětí před a po CI) a při anomáliích orofaciálního systému.** Klinicko-logopedická diagnostika zde navazuje na foniatrickou a je zásadní pro korektnost výběru terapeutických technik. Standardem není klinicko-logopedická péče o děti raného věku s DMO, která je podmíněna specializací pracovišť a týmovou prací klinického logopeda, dětského neurologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta... aj. **Studie foniatrické kliniky prokázaly vztah centrálních poruch řeči a sluchu:** *při vyšetření kmenových evokovaných sluchových potenciálů je nález stranově symetrický, někdy s mírně prodlouženými latencemi (vlny III a V), u korových potenciálů se objevuje absence primárního korového komplexu na slovní podnět, přičemž na tónový je zachován* (Dlouhá, Jedlička, 2003). Klinicko-logopedická diagnostika zde dotváří celkový obraz schopností dítěte a zjišťuje stupeň poruchy (Škodová, 2007), napomáhá ji i stanovit v případě, kdy nález audiologických metod a evokovaných potenciálů poruchu centrální funkce CNS neobjasňuje. Neurologický nález může být zcela negativní, jindy se objevuje komplex vlna-hrot. Zkušený dětský neurolog si všimne centrální koordinační poruchy, a když vyloučí DMO a postupně genetické a metabolické vady, stanovuje vývojovou dyspraxii (vzhledem k délce genetického vyšetření malému dysfatikovi zbytečně utíká čas, pokud ještě není v klinicko-logopedické péči), oprávněně však neurolog stanovit diagnózu vývojová dysfázie nemůže (proto jsou také často v jeho zprávách zaměňovány termíny – dysfázie, dysartrie, dyslalie aj.). Lze říci, že při vyšetřování vývojových poruch řeči spolu **neurologické a foniatrické nálezy spíše nekorelují.**

V terénu se řada dětí s centrální vývojovou poruchou řeči ke specializovanému a vybavenému foniatrovi nedostane (běžný foniatr bez evokovaných potenciálů a bez znalosti problematiky vývojovou dysfázii neidentifikuje), neurovývojové onemocnění má

zmiňovaný „neviditelný“ – EEG neprokázaný - difúzní ráz, kde lze symptomy označit jako „soft signs“ – tedy mírné a ne zcela jasné neurologické postižení. V centru je řeč jako významná součást vyšších psychických procesů, tentokrát ještě k tomu v rámci dynamiky vývoje. Z neuropsychologie víme, že se především jedná o generalizované postižení, ale že mohou existovat i děti s deficitem pouze v jedné oblasti. Jedním ze základních rozdílů neuropsychologie dětského věku a tradiční klinické neuropsychologie je v tom, že jde o nedokončený charakter vývoje jak mozku, tak i jiných různých systémů vyšších psychických funkcí. To nás přivádí k tomu, že narušení nebo opoždění rozvoje jedné funkce vede i k narušení vývoje druhých, navázaných na danou funkci (Tsvetkov, 2011). Máme poznatky, že psychická funkce se může dezintegrovat v důsledku poškození různých oblastí mozku – tedy z různých příčin a porucha jedné funkce tak může mít jinou vnitřní strukturu, což vypovídá o **syndromovém pojetí. Kliničtí logopedi denně ve svých praxích ošetřují řadu těchto dětí** a právě manifestující se rezistentnost vůči terapii (zejména exekutivních funkcí a pracovní paměti) potvrzuje centrální poruchu, což sice vysvětluje možné celoživotní dopady onemocnění a dlouhodobou logopedickou péči (zejména v komorbiditách, nejčastěji s ADHD) a do určité míry i znevažuje terapeutické snahy, avšak až do té chvíle než si uvědomíme **existenci mozkové plasticity – která nás jasně vybízí k časným intervencím.** Existují studie, které potvrzují, že pokud se dětem s lehčím stupněm poruchy dostává včasná klinicko-logopedická péče (= erudovaná diagnostika + terapie dítěte a podpora rodiny), projevy vývojových obtíží se zmírňují.

Právě proto členové Rady AKL ČR a odborné kapacity oboru apelují na nutnost včasné a odborně prováděné diagnostiky a terapie, a také **na potřebu odborných diskusí se zástupci stavovských obcí souvisejících oborů.**

Jaký důležitější argument může být pro časnou diagnostiku než tato teze slovenské uznávané autority z oblasti logopedie a psychologie: ***„60 – 90% dětí s poruchami v oblasti duševního zdraví má narušenou komunikační schopnost.*** *Proto prvořadou úlohou je prevence, raná intervence a péče o vývoj řeči všech dětí, které to potřebují.“* (Mikulajová, 2009). Pokud máme prokázáno, že *„Fonologický deficit je univerzálním kognitivním mechanizmem na pozadí dyslexie v každém jazyce.“* - dokonce i ve vizuální čínštině (Caravolas, 2005) a pokud se shoduje uvedená slovenská autorka s českou autoritou v oblasti pedopsychologie a neuropsychologie že ***„SPU je reziduálním obrazem základní poruchy řeči.“*** (Krejčířová, 2008) a že 75 – 80% dětí s SPU jsou děti s vývojovou dysfázií (Borkowski, 1996 - Mikulajová, 2008).

Možná není známo, že **klinický logoped je právně odpovědný za stanovení diagnózy a za průběh léčby** – terapie stejně, jako jiný odborník. Jinými slovy, pokud např. zanedbá zjištění sluchové vady (orientační screening je součástí každého vyšetření, v rámci některých pracovišť existuje i screeningová audiometrie) či zjištění submukózního rozštěpu patra, je to odpovědnost klinického logopeda. Specializované klinicko-logopedické vyšetření dítěte raného věku se opírá o vývojové hodnocení a zahrnuje:

- zhodnocení podrobně snímaných anamnestických dat – zejména hereditární zátěž fatických funkcí v rodině, prenatální či perinatální riziko, PMV a závěry dosavadních vyšetření (zejména neurologické, foniatrické či klinicko-psychologické), pokud existují
- schopnost adekvátní koncentrace pozornosti
- stav řečové percepce: slyšení a porozumění řeči = fonologické uvědomování a rozumění mluvním sekvencím
- stav řečové exprese: tvorbu řeči – obsah a forma (např. morfologie vět, motorické řečové funkce jako respirace, fonace, artikulace, prozódie atd.)
- užívání neverbální komunikace = gest
- zhodnocení komunikační funkce, kontextu (patologické zejména u PAS)
- zhodnocení krátkodobé verbální paměti a verbálního úsudku
- zhodnocení abstraktně vizuální percepce
- vyšetření stavu orofaciálních motorických funkcí, včetně příjmu stravy
- vyšetření grafomotoriky.

Metody: Rozhovor s rodiči, pozorování volné hry a kvalitativní vyšetřování dítěte, analýza vzorků spontánní řeči – sociolingvistický přístup, vývojový screening na neuropsychologické bázi.

Čím je pacient diagnosticky méně zřetelný, měly by být zprávy více popisné bez jednoznačných závěrů, zato se zřetelným doporučením pro rodiče a pro pediatra, a pokud klinický logoped uzná za správné, s iniciací dalších vyšetření. U dítěte raného věku to platí stejně. V rámci svých diagnostických úvah vychází specialista z faktu, že narušený vývoj řeči se vyskytuje jako:

1) Symptomatická porucha – při mentální retardaci, v rámci poruch autistického spektra, periferních sluchových vad, DMO, při orofaciálním rozštěpu, při genetických a metabolických postiženích.

Příklad: Dívka s DMO a dysartrií ve věku 3 let – v kojeneckém věku potíže se sáním, nápadně tichý pláč, aktuálně holé věty, nápadně obtížná motorická realizace řeči, včetně polykání, žvýkání, respirace, fonace, rozumění odpovídá věku; vlivem motorické poruchy se vlastní řeč rozvíjí opožděně a bude dlouho i při dobré slovní zásobě špatně srozumitelná, významně je narušena plynulost. Jedná se o příklad čisté dysartrie, tedy dítě nemá jiný než těžký motorický deficit (není mentálně, sluchově či jinak postiženo), což není u DMO typické, neboť většinou se jedná o kombinaci postižení.

2) Nozologická jednotka - dle MKN–10: specifická porucha artikulace, expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči, dle DSM – IV: fonologická porucha, narušený vývoj expresivní řeči, smíšený receptivně-expresivní typ. Důležitá je znalost klasifikace narušeného vývoje řeči dle Rapinové a Allenové (1996): verbální sluchová agnózie, verbální dyspraxie, syndrom deficitního fonologického programování, fonologicko-syntaktický syndrom, lexikálně-syntaktický syndrom a sémanticko-pragmatický syndrom. Slovenská (Gúthová, 2009) a naše klinickologopedická literatura (Neubauer, 2011) začíná upouštět od termínu dyslalie a ve shodě se zahraniční užívat **fonetické a fonologické poruchy** – tato klasifikace přesněji vymezuje kritéria poruch a vzbuzuje naději efektivnějších terapií. Pro potřeby pediatrických praxí je na místě zdůraznit, že čistá porucha fonetická (zvuková) či fonologická (rozlišování řečových zvuků sluchem) je považována za deficit periferní, za deficit dílčích funkcí, nikoliv za centrální vývojovou poruchu. To znamená, že tyto poruchy nemají souvislost s poruchami učení – dítě hlásky sluchem dobře rozlišuje, ve spontánní řeči je nezaměňuje a chybný je pouze způsob vytváření některých řečových zvuků. V případě kombinace těchto poruch či rezistentní poruchy fonologické lze zvážit, zda se ještě jedná o prostou dyslalii či o některý typ vývojové dysfázie *„Je-li přítomna i porucha fonologická, nejedná se již o prostou dyslalii, ale nejspíše o některý typ vývojové dysfázie lehčího stupně.“* (Krejčířová, 2006). Nutno dodat, že diferenciální diagnostiku může erudovaně provést pouze ten, kdo se těmito dětmi každodenně zabývá – tedy zkušený klinický logoped.

Do této skupiny však především patří **syndromové variace vývojových dysfázií** - expresivní porucha řeči a receptivní porucha řeči, které se ve skutečnosti velmi často prolínají (vyjadřuje klasifikace dle DSM – IV).

Příklad:

Dívka s vývojovou dysfázií s převahou poruchy exprese ve věku 36 měsíců – v RA: matka SPU, v OA neurologický a foniatrický nález negativní, aktivní slovní zásoba 20 slov, užívá gesta, chce komunikovat. Po vyšetření je zřejmé, že má lehký deficit i v rozumění řeči, že je zpomalen rozvoj symbolického myšlení (názvy barev, vztahové pojmy), obtíže v motorické koordinaci zejména ruky a oromotoriky při adekvátní vizuální percepci a konstruktivní činnosti – vysoká pravděpodobnost SPU po zaškolení.

3) V komorbiditách – s ADHD a ADD, DMO, s periferní sluchovou vadou, s orofaciálním rozštěpem i s lehkou mentální retardací.

Příklad: Chlapec ve věku 30 měsíců se suspektní komorbiditou vývojová dysfázie s převahou v oblasti recepce a ADHD syndromem. V RA suspektní SPU a ADHD, v OA mírné perinatální riziko. Cca 2 slůvka dle matky, hyperaktivita se střídá s netečností, impulzivita, menší reaktivita na řeč - zvažována vada sluchu či porucha autistického spektra, poruchy pozornosti zejména k verbálním podnětům při přiměřené pozornosti vizuální, v abstraktně vizuální percepci nadprůměrný. Přes vizuální podněty startuje spolupráce, navazuje kvalitní oční kontakt, užívá gesta. Rozumění řeči je dle vývojové škály deficitní. Rodičům doporučeny komunikační strategie pro rodiče, hravou stimulaci dítěte přes zrakovou percepci, režimová opatření a pedopsychiatrické vyšetření. SPU po zaškolení.

Doba, kterou charakterizuje sdělení typu: „Počkejme do 3 let, ten vám toho ještě namluví.“, již skončila. **Moderní trend včasnosti** apeluje i na včasnost klinicko-logopedické diagnostiky a odpovídá na otázku, kdy má pediatr poslat dítě k vyšetření:

a) ihned:
- pokud je stanovena diagnóza, u které je ze své podstaty očekávána symptomatická porucha řeči;
- u rizikových dětí po zjištění rizika - po propuštění z perinatologických center, přičemž potenciálně rizikoví jsou i děti dyslektických rodičů a s ADHD (Rossetti 2001 - Mikulajová 2009);

b) ve 2 letech (stačí 1 z možností):
- pokud chybí komunikační záměr, pokud neužívá gesta
- pokud aktivní slovník je menší než 50 slov a chybí holá věta
- pokud má výrazně lepší porozumění než řečovou expresi
- pokud nerozumí řeči
- pokud je řeč zcela nesrozumitelná (Mikulajová, 2009).

Pediatr by měl vyslechnout rodiče, neboť *„až 80% rodičovských obav je oprávněných“* (Mikulajová, 2009), aby se mohl rozhodnout, kam zašle svého malého pacienta, který buď vůbec nemluví, anebo mluví málo, nebo mluví nesrozumitelně, má nepřirozené zabarvení hlasu či se zdá, že neslyší.

Pokud má pediatr možnost výběru klinického logopeda, měl by dát přednost ve svém doporučení takovému, který **píše srozumitelné zprávy**, ze kterých **je zřejmé, o jakou diagnózu se jedná či jaká je zvažována** a co je třeba ještě potvrdit či vyloučit, kde nastiňuje prognózu – tzn. že např. zprávou sděluje, **že se jedná či nejedná o centrální poruchu** a že tedy očekává či neočekává dlouhodobost terapie, provázení rodiny předškolním a školním vzděláváním aj. Pediatrovi tak bude zřejmé, proč péče trvá dlouho, proč jsou terapie tak intenzivní (terapeutické stimulace nahrazují medikaci, která neexistuje – kromě pedopsychiatrické u dětí v komorbiditě s ADHD či neurologické, pokud je dysfázie v komorbiditě s epilepsií), a naopak, proč klinický logoped dítě pouze sleduje v delších intervalech.

Účelem je, aby praktický dětský lékař a klinický logoped se stali komunikačními partnery. Přičemž produktor – tak, jak je popsáno v komunikačním modelu – signál vysílal a recipient signál přijímal, dekódoval, zachytil obsah a význam informace. A aby následně docházelo ke střídání rolí... Profit z jejich komunikace budou mít potřebné děti s rodinami.

Literatura:
1) Dlouhá, O.: Vývojové poruchy řeči. Praha: UNITISK, 2003.
2) Kapalková, S. a kol.: Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku. Bratislava: SAL, 2010.
3) Kerekrétiová, A. a kol.: Základy logopédie. Bratislava: UK, 2009.
4) Lechta, V. a kol.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003.
5) Lechta, V.: Symptomatické poruchy řeči u dětí. Praha: Portál, 2008.
6) Love, R.J., Webb, W. G. Mozek a řeč. Neurologie nejen pro logopedy. Praha: Portál, 2009.
7) Mikulajová, M., Rafajdusová, I: Vývinová dysfázia. Bratislava, 1993.
8) Neubauer, K.: Artikulace a fonologické rozlišování hlásek. Jak předcházet rozvoji odchylek výslovnosti u dětí. Tobiáš, 2011.
9) Papoušek, M. Paul, K. Dittrichová, J.: Chování dítěte raného věku. Praha: Grada, 2004.
10) Pospíšilová, L.: K otázkám diagnostiky vývojové dysfázie. VOX PEDIATRIAE, 2005/1/5
11) Pospíšilová, L.: K obtížím ve vývoji komunikačních schopností od teorie k praxi. VOX PEDIATRIAE, 2010
12) Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2006.
13) Smolík, F.: Vývojová dysfázie a struktura raných jazykových schopností. Československá psychologie 2009, ročník LIII/číslo 1
14) Škodová, E., Jedlička, I.: Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003.
15) Tcvetkov, A.: Příspěvek k dětské neuropsychologii, 6. klinicko-psychologické dny, Banská Bystrica, 2011

Nestlé - Beba HA

Chřipka a její prevence

MUDr. Irena Martinková

Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě

MUDr. Hana Tkadlecová

Krajská hygienické stanice Zlínského kraje se sídlem ve Zlíně

SOUHRN: Chřipka způsobuje každoročně epidemie, které mají velký dopad na zdravotnictví a přinášejí značnou socioekonomickou zátěž. Dle údajů WHO ročně onemocní chřipkou 10-20% celosvětové populace, 5 milionů osob má těžký průběh onemocnění a 500 tisíc tomuto onemocnění podlehne. Nejúčinnější prevencí proti chřipce je očkování, které je bezpečné a četnost nežádoucích účinků se nijak neliší od četností nežádoucích účinků po očkování proti jiným nákazám. V ČR jsou k dispozici štěpené (splitové) a subjednotkové vakcíny. Očkování snižuje nejen riziko hospitalizace, ale i riziko komplikací a úmrtí.

KLÍČOVÁ SLOVA: chřipka, prevence, vakcinace, bezpečnost, rizikové skupiny

Úvod

Chřipka patří k velmi závažným, vysoce kontagiózním nákazám, které se šíří vzdušnou cestou. Koluje o ní spousta polopravd a mýtů. Název „chřipka“ berou často nadarmo nejen laici, ale i odborníci (prof. Pelnář, 1933). Předcházet závažnosti tohoto onemocnění očkováním nelze podceňovat.

Tabulka č. 1: Přehled komplikací chřipky

Primární (virové)	Sekundární (bakteriální)
intersticiální pneumonie	bronchopneumonie
u kojenců akutní stenozující laryngotracheobronchitida	sinusitida
myositida	otitis media
karditida	exacerbace chronické bronchitidy
postižení CNS	syndrom toxického šoku

Virus chřipky má neuvěřitelnou schopnost měnit svou strukturu, podléhá průběžným mutacím, což mu umožňuje vyvolávat onemocnění u vnímavých osob a také se šířit po celé Zemi. Virus chřipky způsobuje každoročně se opakující epidemie, které probíhají zpravidla v období od října do března, v posledních letech vrcholily na přelomu ledna a února. Přestože, účinná prevence – očkování existuje, každoročně v ČR v souvislosti s chřipkou předčasně zemře 2500 osob.

Klinický obraz

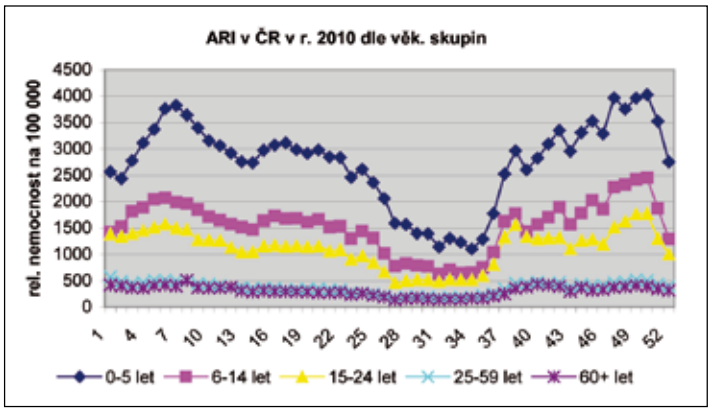
Chřipka má ve většině případů náhlý nástup. Z plného zdraví se objeví horečka, cefalea, třesavka, zimnice, myalgie, artralgie, suchý dráždivý kašel, u dětí občas průjem a zvracení. Do klinického obrazu chřipky nepatří rýma a bolest v krku. Tyto příznaky se mohou přidat až za několik dní, pokud se onemocnění zkomplikuje. Chřipka může probíhat pod obrazem mírného onemocnění nebo jako těžká forma, tzv. SARI (Severe Acute Respiratory Illness), kdy dochází k virové pneumonii, ARDS, sekundární infekci plic, zejména u dětí a mladistvých. Naproti tomu 30-50% onemocnění probíhá pravděpodobně bezpříznakově. U chřipky A(H1N1) dochází ke komplikacím v podobě akutního respirační distress syndromu či multiorgánového selhání častěji. Jako nejčastější etiologické agens komplikující bronchopneumonie se uplatňuje *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae* (děti). Komplikace mohou nastat u každého, prevalují však ve vyšším věku a u osob s chronickým onemocněním. Asi 80 % všech akutních respiračních onemocnění (dále jen ARI) tvoří jiná virová respirační onemocnění (např. RSV, adenoviry). Jejich průběh bývá mírnější, mohou proběhnout i bez horečky a pacient se do týdne úplně uzdraví.

Epidemiologie

Oba viry chřipky typu A i B mohou vyvolat epidemii, epidemie vyvolané virem chřipky B jsou však obvykle mírnější a spíše lokální. Chřipka postihuje všechny věkové skupiny, nejvyšší specifická nemocnost je zaznamenávána ve věkové skupině 0-5 letých dětí (viz graf č.1). Zdrojem je člověk. Nejvíce zdrojů se nachází v dětské populaci. Nakažlivost u sezónní chřipky Ro = 1,1-1,2, u chřipky (A H1N1) je nakažlivost vyšší a od jednoho nemocného se nakazí cca 2 osoby. 1-10% pacientů s chřipkou vyžaduje hospitalizaci, z toho 10-25 % péči na JIP. 7-10% nemocných tvoří gravidní ženy, u kterých onemocnění probíhá velmi závažně (ECDC). K rizikovým faktorům těžkého průběhu onemocnění, kromě chronických kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění dýchacích cest, ledvin, jater a imunitního systému, patří i obezita (zejména BMI nad 30). Přesto 20 % fatálně probíhajících případů tvoří osoby bez jakýchkoliv rizikových faktorů onemocnění.

Z hlediska protiepidemických opatření je důležitá znalost přežívání virů v prostředí. Na tvrdých bezporézních površích chřipkový virus přežívá 24-48 hodin, na oblečení, na papírových kapesníčcích 8-12 hodin, na rukou < 5 minut při vysoké virové dávce (Bean B, et al. JID 1982;146:47-51).

Protiepidemická opatření: Kromě očkování, které je specifickou ochranou, patří mezi základní nespecifická opatření dodržování hygieny rukou, tzv. respirační hygiena (kýchá-



Graf č. 1 (Zdroj: registr ARI, ÚZIS)

ní, kašlání, smrkání do papírových kapesníků), izolace nemocného, udržování si, pokud možno, odstupu od nemocného 1,8-2 m.

V letošní sezóně 2011/2012 již NRL pro chřipku SZÚ Praha prokázala 4 kmeny chřipky A, ve dvou případech se jednalo o subtyp pandemic A H1N1 2009 (u onemocnění SARI), u dalších dvou subtyp zatím nebyl určen.

Očkování proti chřipce

Studie jednoznačně prokázaly prospěšnost očkování proti chřipce, a to jak z pohledu dopadu na zdraví lidí, tak z pohledu ekonomických úspor. Proočkovanost populace ve vyspělých státech světa se pohybuje mezi 20 až 60 %. Posledně zveřejněné informace Centra pro kontrolu nemocí v Atlantě (USA) hovoří o 49% proočkovanosti v populaci od 6 měsíců – 18 let za sezónu 2010/2011 v USA. V České republice je proočkovanost žalostně nízká. V letech 2003-2009 činila 7,9 %, nyní se pohybuje kolem 5 %. Nejvhodnější termín pro očkování je od září do nástupu epidemie. Epidemický výskyt chřipky není však kontraindikací očkování, v tomto období však existuje riziko, že očkovaný již může být v inkubační době, případně si nestihne před akvirací viru chřipky vytvořit protilátky. Výjimečně se může stát, že se naočkovaný člověk virem chřipky nakazí, ale průběh onemocnění je pak mnohem lehčí a k uzdravení dochází za pár dnů. Očkování je většinou nutné opakovat každý rok. Důvodem je zmiňovaná genetická nestabilita lidských chřipkových virů a také pokles hladiny protilátek, ke kterému dochází za 6-12 měsíců po vakcinaci. Složení očkovací látky pro danou očkovací sezónu určuje WHO, složení letošní vakcíny je identické jako v sezóně 2010/2011.

V ČR je registrováno 8 druhů vakcín. S ohledem na mírnější lokální reakce jsou pro děti vhodnější vakcíny subjednotkové, pro osoby starší 65 let subjednotková adjuvantní vakcína nebo štěpená intradermální vakcína.

Kdo má na očkování nárok?

Na očkování proti chřipce zdarma mají nárok klienti některých sociálních zařízení, léčeben dlouhodobě nemocných, lidé nad 65 let věku, osoby s některými vybranými chorobami. Chřipka u nich může mít závažnější průběh nebo zhoršit existující chronické onemocnění.

Komu očkování doporučit?

Očkování by mělo být doporučeno všem, rozhodnutí je ale na každém z nás. Zejména by se očkování měly podrobit tyto skupiny osob:

- dospělí a děti, oslabení nějakým chronickým onemocněním, např. astmatem, alergií, diabetem, ICHS
- osoby, které přicházejí do styku se svými blízkými, kteří jsou chronicky nemocní (onkologičtí pacienti, pacienti s autoimunitními onemocněními atd.)
- zdravotníci, aby v případě chřipkové epidemie neohrozili vnímavé pacienty a své spolupracovníky

Očkování proti chřipce provádějí za úhradu buď ošetřující lékaři nebo v očkovacích centrech. Cena očkování se pohybuje od 200 - 300 Kč.

Legislativa

Vyhláška č. 233/2011 o systému epidemiologické bdělosti, příloha č. 5

Vyhláška č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Doporučený postup pro očkování proti chřipce Národní imunizační komise (NIKO) http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/doporuceny-postup-pro-ockovani-proti-sezonni-chripce_5194_1985_5.html

Pandemický plán České republiky: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/pandemicky-plan-ceske-republiky_5520_5.html

Závěr

Hlavním cílem zvýšení proočkovanosti je snížit následky chřipky v populaci. V zemích s vysokou proočkovaností (Velká Británie, Finsko) nemají chřipkové epidemie v té podobě jako je známe my. Nejvyšší počet zdrojů onemocnění a nejvíce vnímavých jedinců je v dětské populaci, proto zvýšení proočkovanosti v této věkové skupině by se mohlo pozitivně promítnout do průběhu sezónní epidemie i do nemocnosti na chřipku v ostatních věkových skupinách.

Ze světa odborné literatury...

Spotřeba „těžkého" alkoholu u dětí a adolescentů

V práci je pojednáváno o několika studiích od roku 2000. Byly většinou provedeny v Německu. Přibývá dětí a dospívajících přijatých s těžkou alkoholovou intoxikací do nemocnic, probírají klinické obrazy dříve a nyní, zvláště ovlivněné těžkými alkoholy. Rozebírají terapii. Všímají si skupiny zvláště mezi 13-17 roky. Procento přijatých alkoholem intoxikovaných dívek stouplo ze 34 % v roce 2000 na 41 % v roce 2001 a 49 % v roce 2002.

Všímají si velké diference mezi rodinami.

Eur.J.Pediatr / 2011,170,951-952.

***

Nadváha, obesita a obraz metabolického syndromu u dětí s diabetem léčených insulinovými pumpami

Zatím není specifické ohodnocení aterosklerotických rizikových faktorů u dětí s 1. typem diabetu, kteří jsou léčeni s kontinuální infusí pomocí insulinových pump. Proto sledovali prevalenci nadváhy a obezity s metabolickým syndromem u těchto pacientů. Zavzali 500 pacientů s DM prvého typu léčených pomocí infusních pump a druhou skupinu s klasickým podáváním insulinu v několika dávkách. Ve skupinách byl prováděn glykémický i lipidový profil. Prováděno vzájemné srovnávání. Bylo konstatováno, že přes 1/3 dětí mělo nadváhu nebo bylo obézních. BMI v čase hodnocení byl vyšší signifikantně než hodnoty BMI 3 měsíce po narození. Dyslipidémie byla u pacientů na pumpách nalezena v 51 %, hypertenze v 5%. Metabolický syndrom mělo více než 3% pacientů. Děvčata vykazovala větší prevalenci nadváhy i obezity a vyšší BMI než chlapci. Děti léčené na pumpách měly stejnou prevalenci nadváhy i obezity, ale nižší incidenci dyslipidémie a lepší hodnoty metabolických kontrol ve srovnání s dětmi léčeným standardním způsobem. Ale stejně se ukazuje, že u dětí s DM léčených standardně či pomocí pump je patrná nadváha i porucha metabolismu tuků. Tak jako na celém světě, tak i u Poláků se zvyšuje incidence tohoto autoimunního onemocnění. Insulinová terapie je v asociaci s váhovými příbytky, které představují vysoké riziko vývoje kardiovaskulárních onemocnění. Jasný mechanismus tohoto působení insulinu není jasný. Může to být s redukcí krevní glukosy pod renální prah, zvýšením kalorického přísunu zapříčiněného strachem z hypoglykémie nebo nefysiologickým metabolismem insulinu, po kterém následuje jeho subkutánní podávání. Terapie pomocí pump samozřejmě redukuje hypoglykémické stavy. Všechny sledované děti se pohybovaly věkem mezi 4-18 lety a u všech trval diabetes přes rok. Střední doba sledování diabetu se pohybovala kolem 4,4 roku. Glykovaný hemoglobin byl určován chromatograficky. Pacienti byli rozděleni podle citlivosti k insulinu do tří skupin, méně než 1j/kg/den, dále mezi 1-1,8 j/kg/den a do třetí skupiny více než 1,8 j/kg/den. Pacienti s vyšší insulinovou rezistencí měli vyšší hodnoty glykovaného hemoglobinu HbA1c.

Eur.J.Pediatr /2011/170, 891-898

***

Spinální epidurální absces u mladého děvčete bez rizikových faktorů

Jedná se o vzácnou infekci ve spojení s rizikovými faktory. Popisují 11leté děvče s teplotami a lokalizovanou spinální citlivostí v lumbální oblasti. Diagnosa byla provedena pomocí NMR, byl lokalisován útvar mezi Th 11- L 4. Léčba byla prováděna pomocí intravenosních a perorálních antibiotik a minimálním invasivním zákrokem bez laminektomie. Jako patogen izolován methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus*. Celá záležitost skončila velmi dobře, autoři vyzdvihují uvážlivý postup. Z klinického obrazu vyzdvihují poměrně chudé příznaky spojené jen s teplotami a bolestmi v kříži. Lokálně v oblasti svaloviny u L 3 patrný edém. Nebyly přítomny žádné meningeální příznaky ani problémy s defekací a močením. Nebyly přítomny žádné motorické abnormality. Zánětlivé ukazatele středního stupně. Při neurochirurgické operaci po incisi lumbosakrální fascie nalezena u procesus spinosus pod dura mater velká kolekce tekutiny. Použitá terapie vankomycin a clindamycin.

Eur.J.Pediatr./2011/170, 945-948.

***

Insulinová rezistence je asociována s trojnásobným rizikem pro protrombotické stavy u těžce obesních mladistvých

Obesita u dětí zvyšuje riziko časných kardiovaskulárních onemocnění. Mechanismus ale není zcela znám. Účelem studie bylo ohodnotit hladinu protrombotických faktorů a určit jejich možnou asociaci s obezitou a inzulinovou rezistencí Do studie zavzato 313 obesních dětí. Měřeny byly koagulační faktory, glukosa i inzulinová rezistence. U chlapců prezentována vyšší hladina plasminogenního aktivátoru než u děvčat. Všechny tři protrombotické faktory byly v pozitivní korelaci s BMI a hladinou insulinu. Narušený protrombotický stav může vysvětlit uvedené zvýšené riziko. Dětská obezita je asociována s endoteliální dysfunkcí. Ukazuje se role adiposní tkáně jako endokrinního orgánu. Chronický subklinický zánět s vaskulární endoteliální dysfunkcí je pak podkladem aterogenního procesu. Inzulinová rezistence zvyšuje abnormality protrombinového komplexu. Inzulinová rezistence zvyšuje hladinu protrombotických faktorů.

Eur.J.Pediatr./2011/170, 879-886.

■

Ve spolupráci s firmou Mucos Pharma zpracoval MUDr. Jiří Liška, CSc.

Aktuality...

Heger vyměřil časy na péči.
Revoluční nařízení může zavírat nemocnice

Cesta k praktickému lékaři musí trvat nejdéle 25 minut, čekání na operaci křečových žil čtyři měsíce. Ministerstvo zdravotnictví poprvé sepsalo limity dostupnosti lékařské péče. Redakce iDNES.cz získala dokument, který má posílit práva pacientů. Kritici ale varují, že poslouží likvidaci lůžek nebo celých zařízení.

Ministerstvo zdravotnictví sepsalo limity do čtyřstránkového návrhu nařízení vlády. V minutách stanovuje, dokdy se pacient musí dočkat ošetření, v týdnech pak čekání na operace a složitější zákroky. Zdravotním pojišťovnám ukládá, aby se o dodržování časů postaraly.

"Stanovené dojezdové doby a lhůty znamenají povinnost zdravotních pojišťoven zajistit takovou síť zařízení, která jejich pojištěncům umožní definovanou dosažitelnost péče," stojí v odůvodnění nařízení, které má iDNES.cz k dispozici.

Dokument říká, že například v dojezdové vzdálenosti 25 minut musí být praktický lékař, zubař a gynekolog. Nikdo by taky neměl jet déle, aby si vyzvedl léky. Nejvýše o 10 minut více má trvat cesta k chirurgovi, neurologovi nebo fyzioterapeutovi.

Podle náměstka ministra zdravotnictví Petra Noska to v praxi znamená, že pokud pacient sedne za volant nebo půjde na autobus či vlak, měl by být například u obvodního lékaře do 25 minut.

To ale nebude platit ve chvílích, kdy půjde o život. V takových situacích se péče bude řídit pravidly záchranné služby. Nebo když si pacient vyhlédne pro operaci jinou nemocnici, než kterou mu doporučí jeho zdravotní pojišťovna.

Seznam zatím prochází připomínkami lékařů a zdravotních pojišťoven. "Je to návrh, který je k diskusi a může se ještě změnit," zdůraznil mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň. Nařízení ovšem začne platit už v lednu a pojišťovny budou mít rok na to, aby ho uvedly do praxe.

Odbory: Seznam dává prostor pro rušení nemocnic

Lhůty mají už nyní odpůrce. Odbory v něm vidí útok na lékaře v nemocnicích, které příští rok čeká velká revize smluv se zdravotními pojišťovnami. Na jejím konci bude zeštíhlení o 10 tisíc lůžek (více o výpovědích smluv čtěte tady).

"Je to alibi pro redukci sítě nemocnic," míní místopředseda Lékařského odborového klubu Miloš Voleman. "Když říká, že traumacentrum musí být přístupné do čtyř hodin, tak to znamená, že pojišťovny mohou platit tato specializovaná pracoviště už jen v Praze, Brně nebo Ostravě. A nic se nestane, protože za čtyři hodiny se

Orion Diagnostica uvedla na trh
novou generaci přístroje *QuikRead go*®

Nejrychlejší CRP na trhu !

kvalita rychlost snadné použití

ORION DIAGNOSTICA

ISO9001 CERTIFIED ISO13485

Orion Diagnostica Oy, Finland

Zastoupení pro: ČR, HU, PL, SR
Bělohorská 57, 169 00 Praha 6, tel.: +420 233 350 533, fax: +420 233 350 532
e-mail: orion@oriondiagnostica.cz, **www.oriondiagnostica.cz, www.quikread.cz**

Přejeme Vám krásné prožití vánočních svátků, hodně pracovních i osobních úspěchů, pohodu a hlavně zdraví v roce 2012.

tam dostane sanitka snad i z druhého konce republiky," kritizuje Voleman.

Pojišťovny potvrzují, že seznam bude vodítkem pro revizi sítě zdravotních zařízení. "Ukáže se, že síť zařízení je zbytečně hustá," je přesvědčený šéf Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček.

S argumentem odborů Gajdáček ovšem nesouhlasí. "Balík peněz je omezený, takže se budeme muset rozhodnout. Buď budeme mít zdravotní péči na nízké úrovni v každé Horní Dolní. Nebo bude vysoce specializovaná, koncentrovaná jen na některá pracoviště. A pak se budeme muset smířit s tím, že holt někteří lékaři o tu práci přijdou," dodal.

Proti vypsání lhůt se ohrazuje také občanské sdružení Platforma zdravotních pojištěnců. "Podstatným způsobem zhoršují postavení pojištěnce," domnívá se právník Ondřej Dostál. "V současné době není čekací doba v zákoně stanovena, lze však snadno dovodit, že péče musí být poskytnuta řádně a včas vzhledem k medicínské potřebě pacienta. Nová právní úprava opravňuje pojišťovny, aby omezily časovou dostupnost péče až do limitů stanovených nařízením," míní Dostál.

Čekací doby v nařízení jsou podle něj přitom absurdně dlouhé. "Doufá, že zdravotní pojišťovny nebudou takto ke svým pojištěncům přistupovat a nasmlouvají péči v rozumnějších lhůtách. Právně vymahatelné to však již kvůli ´reformní´ legislativě nebude," dodal Dostál.

Jenže podle ministerstva je takový názor přesným opakem výkladu nařízení. "Je to doplnění nároku na poskytovanou zdravotní péči. Nikoliv její omezování," řekl iDNES.cz náměstek Petr Nosek. Podle něj nařízení zlepší postavení pacientů a nepovede k radikální změně sítě zdravotnických zařízení. Vypsané lhůty totiž vycházejí ze současného stavu.

Operace velkých kloubů se zkrátí zhruba o polovinu

Nemocnice ujišťují, že limity jsou schopné dodržet. Zároveň poukazují na dva možné zádrhele: napjaté hospodaření pojišťoven a tlak nemocničních lékařů na zvyšování platů. "Pokud nám pojišťovny nedají peníze nebo pokud se zvyšováním platů lékařů tyto prostředky budou ztenčovat, potom bude obtížné lhůty zajistit," varovala Jaroslava Kunová, předsedkyně asociace fakultních nemocnic a ředitelka Fakultní nemocnice v Plzni.

Fakultní nemocnice nedávno musely zveřejnit čekací lhůty na některá vyšetření a operace. Vyšlo najevo, že na operaci kyčle nebo kolena se čeká i dva a půl roku (více o lhůtách tady). Návrh nařízení vlády ale počítá s tím, že pacient se na operaci velkých kloubů musí dostat podstatně dříve. U kyčle je maximální možná čekací doba o něco delší než jeden rok, u kolene zhruba rok a půl.

Pokuty za miliony a přesuny pacientů

V případech nedodržení limitů se lidé mohou domáhat nápravy. Pojišťovny a ministerstvo nevylučují, že po vydání nařízení přibude sporů. "Cokoliv je napsáno v zákonu, je vymahatelné. S tím se budeme muset nějak poprat. Pacient má být informován, má vědět, jaké má povinnosti i jaká má práva," míní Gajdáček.

"V první fázi určitě stoupne administrativa, protože pacienti se se stížnostmi budou obracet na své zdravotní pojišťovny. Pokud pojišťovna nesplní požadavek, pojištěnec má možnost obrátit se na ministerstvo zdravotnictví. To jí může uložit pokutu až do výše 10 milionů. Žaloba je ale poslední řešení," upozornil Nosek.

Pacienti ale musí počítat s tím, že pokud chtějí, aby pojišťovny limity dodržovaly, budou muset respektovat jejich pravidla. Ne vždy se proto mohou na zákrok dostat do nejbližší nemocnice nebo čerpat péči v místě, které má ty nejlepší reference. V opačném případě se čekání lidé nemusí vyhnout.

"Je otázkou, zda si pacient řekne: Ne, já chci tuhle nemocnici, protože na ni mám optimální reference a nevadí mi, že si počkám. Nebo si naopak řekne: Ano, vítám nová pravidla a péči budu čerpat jinde," dodal Nosek.

Zdroj: iDnes, 10.11.2011

Někteří nemocní si budou za dlouhodobou péči platit, rozhodli ministři

V Česku by měl od roku 2013 fungovat nový systém dlouhodobé péče, který zkombinuje zdravotní a sociální služby. Z LDN a léčebných ústavů by se do něj mělo papírově přesunout 26 tisíc lidí. Za pobyt a stravu si budou muset dlouhodobě nemocní platit.

Zatím poslední pacientkou, které ostravští lékaři léčí popáleniny s pomocí nové metody, je jednaosmdesátiletá Libuše Pinkavová.

Od roku 2013 vstoupí některé léčebny dlouhodobě nemocných a domovy důchodců do společného systému dlouhodobé péče. Rozhodli o tom ministr zdravotnictví Leoš Heger a ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek, kteří společně připravují zákon o dlouhodobé péči.

Část lidí je totiž umístěná v zařízení pro důchodce či seniory, ale potřebuje trvalou zdravotní péči. Asi 30 procent pacientů naopak zůstává ve zdravotnických zařízeních, protože pro ně není vhodná sociální péče.

Všichni pacienti, kteří budou dlouhodobou péči užívat, si za ni také připlatí. Hradit by si měli stravu a ubytování. Zdravotní péči jim zaplatí pojišťovny, na provoz zařízení přispěje také stát prostřednictvím ministerstva práce a sociálních věcí.

"U lidí, kteří se rozhodnou, nebo to bude třeba, aby byli v těchto pobytových zařízeních, tak si budou na tento pobyt připlácet úplně stejně, jako si dnes připlácí v zařízeních pro seniory," upřesnil poradce ministra práce a člen meziresortní pracovní skupiny Pavel Hroboň.

Podle něj se to týká všech pacientů, která zařízení dlouhodobé péče využijí, tedy i těch nejvíce nemocných. "Je to z toho důvodu, že se sem lidé přestěhují napořád. U lidí, u kterých to je ještě možné, bude na jejich rozhodnutí, zda budou užívat péči v takovém zařízení či využijí možnosti péče domácí. V obou případech obdrží určitou finanční pomoc," dodal Hroboň.

Podle ČTK si bude na dlouhodobou péči připlácet nově asi 26 tisíc lidí, zbývajících 10 tisíc pacientů ze současných LDN by pak putovalo do domácího opatrování. Dalších 30 tisíc klientů sociálních ústavů a domovů pro seniory si bude nadále připlácet na stravu a ubytování, ale ošetření jim budou nově hradit zdravotní pojišťovny.

V současné době je to tak, že v domovech může klient platit denně až 330 korun za stravu a pobyt - od ledna by to mohlo být až 360 korun. Další částku pak vydá za péči. V léčebnách pacient hradí poplatek 60 korun za den, od prosince to bude stokoruna. Péči proplácejí zdravotní pojišťovny. Problém je ovšem v tom, že ne každý pacient či senior má správné umístění. Nový zákon by měl celý systém sjednotit.

"Zákonem je dáno, že těmto lidem musí zůstat 15 procent příjmů. Pokud částka od nich na zaplacení ubytování a stravy stačit nebude,

doplatí to stát," dodal poradce.
Trvalou péči nyní v Česku potřebuje 150 až 170 tisíc lidí. Náklady na ni ročně činí asi 30 miliard korun, tedy jedno procento hrubého domácího produktu. Společnost ale stárne a život se prodlužuje. Klientů tak bude přibývat. Návrh zatím počítá s několika variantami. Ministerstvo financí už se nechalo slyšet, že podpoří tu, která nezatíží rozpočet.

Zdroj: iDnes, 10.11.2011

Lékaři by měli mít příští rok na péči stejně peněz jako letos

Nemocnice, praktičtí lékaři, specialisté i lázně a ozdravovny by měli dostat od zdravotních pojišťoven příští rok zhruba stejně peněz jako letos. V platbách bude zohledněn růst DPH. Počítá s tím návrh úhradové vyhlášky, kterou představil ministr Leoš Heger (TOP 09).
Změnou financování a racionalizací péče by měly nemocnice mít od ledna na plánovaný růst platů o 6,25 procenta. Odbory chtějí od ledna celých deset procent dohodnutých pro příští rok v memorandu.
"Zatím je opravdu nedostanou. Uvidíme, jak se bude situace vyvíjet v půlroce," řekl Heger. Od pololetí by zdravotníkům chtěl přidat dalších 3,75 procenta. Celý nárůst, na němž se ministr s odbory v únoru dohodl pod tlakem protestní akce Děkujeme, odcházíme, není od ledna kvůli vývoji ekonomiky podle Hegera možný. Ministr připomněl, že experti s hospodářským růstem pro příští rok nepočítají.
Podle ministrova náměstka Petra Noska by "více méně stejně" měli dostat příští rok od pojišťoven praktici. Stejný objem peněz by měli mít i specialisté, gynekologové, zubaři, lázně, záchranné služby a ozdravovny či domácí péče. Mírný pokles prostředků může nastat u laboratoří a radiodiagnostiky.
"Pacienti by neměli pocítit nedostatek péče, to je vůbec nejklíčovější bod, ze kterého vycházíme, že péče i při menších financích, než bychom si všichni přáli, nebude krácena," zdůraznil ministr. Nemocnice mají podle něj stejně jako všichni poskytovatelé prostor pro racionalizaci péče tak, aby každý pacient dostal, co potřebuje.
V nemocnicích a lůžkových zařízeních se má financování změnit. Přejdou z rozpočtů na platbu za diagnózu DRG, budou placeny podle počtu pacientů. To má přinést peníze nemocnicím, o které je zájem. Velká, střední i malá zařízení budou nově dostávat za stejné výkony také stejně peněz.
Pokud nemocnice zvýší výkonnost, může podle Noska získat od pojišťoven v platbách až o pět procent více. Pokud racionalizační kroky neprovede, navýšení nedosáhne, uvedl. "Tam, kam pacienti nepřijdou, těžko může zařízení očekávat, že bude dostávat peníze jen za svou existenci," řekl.
Celkový odhad příjmů do zdravotnického systému pro příští rok činí za podmínky udržení dosavadního růstu 226 miliard, je to zhruba o pět procent víc než letos. Jako referenční období pro stanovení cen vyhlášky je použit rok 2010, kdy celkové náklady na zdravotní péči činily 215 miliard.
Ministerstvo dá nyní vyhlášku k připomínkám. Očekává, že se na případné úpravě budou podílet zdravotníci. Nosek doufá, že nepřijdou jen se stížnostmi typu: "všichni máme málo a chceme přidat", ale představí i návrhy, kde by bylo možné další peníze vzít. "V každém segmentu určitě je část péče, která není poskytována efektivně, která je poskytována zbytně," řekl. Pokud budou chtít zdravotníci platby zvýšit, musejí sdělit, kterému druhu péče se mají peníze ve vyhlášce snížit.
Připravovaná vyhláška vychází z toho, že zdravotní pojišťovny by mohly vybrat v příštím roce více na pojistném. Podle propočtů by to mohly být oproti letošku dvě až tři miliardy. Záležet bude i na zaměstnanosti a vývoji ekonomiky. Zdravotnictví spotřebuje za rok kolem 290 miliard korun, ministerstvo rozhoduje o 220 až 230 miliardách, se kterými hospodaří pojišťovny, kolem 40 miliard je spoluúčast pacientů a zbytek dávají kraje, města a ostatní resorty.

Zdroj: ČTK, 10.11.2011

Nemocnicím chybí peníze, operace odsunují na leden

Potřebujete operaci, která "nehoří"? V řadě moravskoslezských nemocnic se jí dočkáte až příští rok. Jen Fakultní nemocnice v Ostravě ale přiznává, že už vyhlásila stop stav. Ostatní zařízení v kraji se tomu brání. Zatím.
Nemocnicím v kraji pomalu docházejí peníze, které jim na tento rok zálohově vyplatily zdravotní pojišťovny. Mnohá zařízení proto odsouvají plánované operace až na rok 2012.
Zatímco fakultní nemocnice to přiznává, šéfové jiných zařízení spíš

ERZGEBIRGS KLINIKUM EKA ANNABERG gemeinnützige GmbH

EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg nezisková společnost GmbH
hledá
od 01.01.2012
příjemnou angažovanou odbornou lékařku/ příjemného angažovaného odborného lékaře
pro dětskou ordinaci v již zavedené POLIKLINICE

Jsme moderní klinika poskytující lékařskou péči pro děti od novorozeneckého věku do 18-ti let.

V rámci Vašeho dalšího vzdělávání Vám bude umožněna účast na zajímavých odborných seminářích.

Jsme ochotni pomoci při vyřizování potřebných formalit nutných k uznání odborného vzdělání v Německu. Rádi Vás podpoříme při hledání ubytování a případně při zajištění místa pro dítě v mateřské školce.

Velmi dobré platové podmínky se řídí tarifem Marburger Bund.

MÁTE ZÁJEM?

Pošlete Vaše podklady na adresu:
EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gemeinnützige GmbH
Personalwesen
Chemnitzer Straße 15
09456 Annaberg-Buchholz, Německo
Tel.-Nr. +493733804041

mlží. "Protože peníze od většiny zdravotních pojišťoven nám vystačí jen do konce listopadu, v prosinci už budeme zřejmě operovat jen akutní pacienty. Na plánované zákroky jsme nyní vyhlásili stop stav, odsouváme je na příští rok," řekl včera mluvčí Fakultní nemocnice v Ostravě Tomáš Oborný.

To by se podle něj mohlo změnit v případě, že se nemocnice dohodne se zdravotními pojišťovnami na navýšení úhrad. "Už jsme čtyři největší oslovili dopisem a vyzvali je k jednání," dodal Oborný. Na fakt, že nemocnici dojdou koncem listopadu peníze například od Všeobecné zdravotní pojišťovny, upozornil nedávno ředitel fakultní nemocnice Svatopluk Němeček v rozhovoru pro MF DNES o kontroverzní Akci milion. Slíbil také, že až to nastane, informuje o tom pacienty na webových stránkách nemocnice. To ale zatím neudělal. Situaci přiznal až po dotazu České televize, kterou na to upozornili lékaři.

Například praktická lékařka Gabriela Mathaislová, která ordinuje poblíž fakultní nemocnice a posílá tam své pacienty, na začátku týdne zjistila, že má smůlu. "V příjmové ambulanci nemocnice mi řekli, že od 28. listopadu nebudou brát pacienty k plánovaným hospitalizacím," sdělila reportérům.

Ředitel Němeček dodal, že zatím informace nezveřejnil na webu, protože ještě není nic jistého. "Uvidíme, jak zareagují pojišťovny. Jasno budeme mít až kolem 20. listopadu. Když pojišťovny nepřidají peníze, vánoční provoz, který obvykle trvá od poloviny prosince, letos rozšíříme na celý měsíc. Ale už máme signály od zaměstnaneckých pojišťoven, že jsou ochotné jednat," říká Němeček.

Šéfové většiny nemocnic v kraji sice zatím tvrdí, že limity pojišťoven ještě nevyčerpaly, ale zároveň nevylučují, že se tak nestane v nejbližší době. V řadě nemocnic jsou přitom čekací lhůty na neakutní zákroky tak dlouhé, že pacienti v podstatě stejně nemají šanci dostat se na řadu dříve než v lednu.

"V současné době plánované operační zákroky významně neomezujeme. Ale stejně jako každý rok skončíme 15. prosince s ohledem na vánoční svátky. Netýká se to samozřejmě akutních stavů," říká například mluvčí Slezské nemocnice v Opavě Daniel Svoboda.

Nemocnice v Karviné-Ráji teď nechce sdělit, zda odkládá plánované operace a kterých pojišťoven se to týká. Přitom její ředitel Petr Kovařík už koncem září v rámci kontroverzní Akce milion doporučoval lékařům, aby omezili neakutní zákroky u klientů VZP a šetřili na lécích pro hospitalizované klienty RBP, ale naopak přednostně hospitalizovali klienty ČPZP. Za to jim chtěl na odměnách rozdělit až milion korun.

Poté, co akci, která měla zůstat před pacienty utajená, zveřejnila MF DNES, ji náměstek hejtmana Karel Konečný zrušil. Kovařík nyní tvrdí, že by nebylo fér vůči pojišťovnám, kdyby informace o situaci zveřejnil dříve, než budou mít šanci se k ní vyjádřit.

"Máme platné rámcové smlouvy se všemi pojišťovnami. Písemně je požádáme, aby nám sdělily, jak máme do konce roku postupovat při poskytování neakutní péče v těch případech, kdy už budou finanční limity vyčerpány," vysvětluje mlčení Kovařík.

"Teprve pokud se nevyjádří do požadovaného termínu, informace zveřejníme a pacienti budou mít možnost obrátit se na své pojišťovny," dodal. Představitelé čtyř největších zdravotních pojišťoven v kraji shodně tvrdí, že jsou připraveni jednat. Chtějí se bavit o konkrétních číslech a v odůvodněných případech uhradit léčbu konkrétních pacientů.

Paušální navyšování úhrad ale zatím neslíbil nikdo a šéf VZP Aleš Zbožínek takovou možnost spíš vyloučil.

"Přispěli jsme letos 200 miliony korun na navýšení platů lékařů a sester. Ty peníze pak chybí na péči," řekl. Světlou výjimkou je malá městská nemocnice v Bohumíně. "Peníze máme, až do Vánoc jedeme naplno, pacienti mohou na operaci hned. Jsme vděční, když si nás vyberou, a podle toho se k nim chováme," líčí ředitel zařízení Vojtěch Balcárek.

Zdroj: MF Dnes, 11.11.2011

Odboráři se s Hegerem na růstu platů nedohodli

Ve středu 9.11. proběhlo jednání ministra zdravotnictví Leoše Hegera s představiteli zdravotníků. Jednalo se o zvýšení platů zdravotníků o 10% v příštím roce. Ministr Heger podpisem memoranda na jaře t.r. slib potvrdil. Předseda lékařských odborů Martin Engel (foto) uvedl, že protestní kampaň bude pokračovat.

Ani po hodině a půl jednání se odboráři neshodli s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem (TOP 09) na růstu platů zdravotníků. Ministr trvá na tom, že od ledna stoupnou o 6,25 procenta, na deset procent se navýší až během roku.

Odbory je žádají hned. Budou proto pokračovat v happeningové kampani "Zůstáváme, splňte sliby". Novinářům to po jednání řekl předseda lékařských odborů Martin Engel. Ministerstvo považuje sliby memoranda za splněné, podle analýzy příjmů od ledna víc přidat nemůže.

"Protáhlo se to, ale ne tím, že bychom k něčemu dospěli," řekl Engel po schůzce, která původně byla plánována zhruba na tři čtvrtě hodiny.

Zatížení resortu růstem DPH jako vysvětlení postupného růstu platů Engel neakceptuje. Trvá na textu memoranda, které v únoru podepsal s Hegerem.

Podle memoranda letos stouply lékařům tarify o 5000 až 8000 korun, průměrný měsíční příjem narostl z 50.000 na 60.000 korun, tedy o 20 procent. Příští rok mají tarify stoupnout o deset procent všem zdravotníkům.

Odbory ale nově vykládají text tak, že celých deset procent má být od 1. ledna a peníze mají dostat všichni pracovníci v nemocnicích, tedy i nezdravotníci jako například údržbáři či administrativní pracovníci. Heger poukazuje na to, že 1. leden není v memorandu uveden.

Odboráři chtěli od ministra vědět, z čeho vychází jeho návrh. Podle mluvčího ministerstva Vlastimila Sršně jde o výsledek analýz příjmů zdravotního pojištění.

Pokud na to pojišťovny budou mít, dostanou zdravotníci požadovaných deset procent už v pololetí, případně na podzim, závazek ale určitě ministr splní, uvedl mluvčí.

Místopředsedkyně lékařských odborů Jana Vedralová doplnila, že pro odboráře nyní je důležitý text připravované úhradové vyhlášky. Ministr slíbil, že ji poskytne asi do deseti dnů.

"Z vyhlášky se dá ledacos vypočítat," řekla. Podle odborů by přímo ve vyhlášce měly být vyčleněny peníze na platy. Ministr ale chce rozdělení peněz nechat na ředitelích, navýší tarify zvláštním příplatkem. Zástupci odborářů předali v pondělí ministerstvu obří kopii memoranda a velký budík nastavený na pět minut po dvanácté. V tuto hodinu mu dnes doručí čistidlo na brýle. Heger ale už po laserové operaci očí brýle nenosí.

Dárky budou na připomínku platových slibů posílat odboráři celý měsíc. Dělají to jménem 48.000 odborářů, členů tří odborových organizací, které společně vytvořily Zdravotnickou trojku Z3.
V každém ze 14 krajů se bude konat happening, tento čtvrtek v Pardubicích, příští týden ve Zlíně, Ostravě a Olomouci. Zdravotníci na akcích představí veřejnosti své požadavky. Po 7. prosinci rozhodnou o dalším postupu.
Jako kompromis navrhují, aby ministr přidal v pololetí 13,75 procenta, tím by se dorovnalo omezené navýšení z první půle roku. Podle ministerstva je návrh nepřijatelný.
Zdravotnickou trojku vytvořily Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče a Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků. O připojení bude v pátek jednat Česká asociace sester.

Zdroj: ČTK, 9.11.2011

Prodejní profesoři

Tržní principy, zdraví jako komodita, na které ministerstvo zdravotnictví postavilo revoluci ve zdravotnictví, nesou první zřetelné ovoce. Páni profesoři prosazují jako první krok k placené zdravotní péči v ČR zpoplatnit možnost vybrat si operatéra. Ministerstvo je v této chvíli překvapivě proti. Proč překvapivě? Protože pojímá-li ve své reformě vláda zdraví jako komoditu, jako něco, co se dá koupit, pak je návrh pánů profesorů naprosto v logice věci.
Něco takového je ale naprosto nepřijatelné, jestliže společnost bere zdraví jako lidskoprávní hodnotu tak, jak je to doposud zakotveno v Ústavě ČR. Všichni musí mít stejný přístup ke zdravotní péči, protože v utrpení a bolesti jsou si lidé rovni. Ani za miliardy si nelze koupit nesmrtelnost.
Ten, kterému je málo veřejná zdravotní péče, nechť má možnost léčit se na soukromé klinice tak, jak je to jinde v Evropě. Tam ale platí celý náklad a lékaři většinou nesmí pracovat v obou sektorech.
Páni profesoři argumentují tím, že se za operace v Česku už stejně platí. „Jen hlupák prý si myslí, že ten, kdo přijede autem za tři miliony, si vezme pyžamo a bude stát v řadě jako ten, který přijede tramvají“, prohlásil prof. Pafko.
Asi jsem hlupák a nejen já. Protože jinak by všichni, kdo to slyšeli, museli okamžitě podat trestní oznámení pro podezření z korupce. Mě v tom brání vrozená důvěřivost a mou pedagogickou profesí získaný zvyk předpokládat v lidech jen to nejlepší. A také to, že znám spíš mimopražské zdravotnictví, a tak asi nevím, jak to chodí v Praze. Divím se ale pánům profesorům. To nejen proto, že se svými výroky skutečně vystavují podezření z korupční praxe, která je pořád ještě trestná. Divím se hlavně, že lidé tak zvučných jmen a požívající doposud všeobecného respektu, ze sebe klidně dělají lehké zboží. Za peníze bude pan profesor operovat banální slepé střevo, které jinak dělá v nemocnici vrátný, jak se v branži říká? (A prý ve svém osobním volnu? Tak, tak naivní nemůže být ani ten největší idealista.)
A složitou operaci studenta nebo mladé matky, kteří nebudou mít na zaplacení pana profesora, nechají operovat mediky jako praxi, nebo začínající lékaře za standardně nízký plat ? Těžký pacient bude ve stejné době čekat na to, až se uvolní operační sál, přístroje a operační týmy? Kdo bude odpovědný, pokud se takový pacient nedočká nebo jeho zdravotní stav se za prodlouženou čekací dobu zkomplikuje? Zaplatí odškodné poškozeným pacientům páni profesoři ze svých nových nemalých příjmů, o které nyní usilují? Pan profesor Pafko mluvil o tom, že když má člověk svobodu koupit si auto nebo jachtu, jak to, že nemá svobodu zaplatit si zdraví! Jednak to se svobodou člověka nemá absolutně nic společného. A pak jednoduše proto, že ani pan profesor Pafko není Bůh, a tak i kdyby panu profesorovi člověk zaplatil miliardy, stoprocentní vyléčení ani nesmrtelnost mu pan profesor nezaručí. Smutný doklad toho je nedávná zpráva o smrti jednoho z nejbohatších mužů světa Steva Jobse.
Má-li někdo pocit, že je cennější než druhý a chce-li si to dokazovat placením něčeho, co mu vlastně stejně nikdo nemůže dát, pak nechť si klidně platí. V Evropě i to funguje. Ale na soukromé klinice, vybavené za soukromé peníze a s lékaři, kteří tam kmenově pracují. Ne však na úkor ostatních nemocných.
Ve veřejném systému musí být jediným kritériem pro ordinovanou zdravotní péči jen zdravotní stav člověka a medicínská indikace, ne výše jeho konta. To je součást lidských práv civilizovaného světa.

Zdroj: ZdN, 8.11.2011

INZERCE

**V této rubrice je možno otisknout požadavky na zástupy, lékaře na dovolenou, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájmy místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL ZDARMA. Opakované zveřejnění po předchozí dohodě.**

Prodám zavedenou praxi PLDD

Prodám zavedenou praxi PLDD ve Stříbře, okres Tachov. MUDr. Věra Roháčková. Bližší informace na telefonu: 374 624 204, 607 254 531
• *Ev. č.: 209-03-11*

Hledám zástup do ordinace PLDD

Hledám zástup do ordinace PLDD v Praze 5 v době od dubna 2012 na 3 až 6 měsíců. Pozdější převzetí praxe možné. Tel.: 737 401 343 • *Ev. č.: 222-09-11*

Koupím praxi PLDD

Koupím praxi praktického lékaře pro děti a dorost v Praze a okolí.
Telefon: 604 133 209 nebo e-mail: ambulancedeti@seznam.cz.
• *Ev. č.: 223-09-11*

Přenechám praxi PLDD

Přenechám (prodám) praxi praktického lékaře pro děti a dorost v centru Prahy 6. Telefon: 224 316 781, 604 855 400. • *Ev. č.: 224-11-11*

Přenechám praxi PLDD

Lékařka přenechá velmi dobře zavedenou praxi PLDD v Praze 10.
Tel.: 602 230 697. • *Ev. č.: 225-11-11*

Odkoupím praxi PLDD

Odkoupím praxi PLDD, nejlépe Praha - západ, Kladno. Tel.: 722 207 787
• *Ev. č.: 226-11-11*

Autodidaktický test 10/2011

KARDIOLOGIE

1. Supraventrikulární tachykardie vzniká na podkladě:

a) abnormální automacie sinusového uzlu

b) abnormální automacie komorového ektopického myokardu

c) reentry mechanizmu

d) abnormální automacie síňového ektopického myokardu

2. Reentry mechanizmus je nejčastější příčinou tachydysrytmií. Princip spočívá v:

a) zpětném šíření elektrického vzruchu z atrioventrikulárního uzlu do sinoatriálního uzlu nespecifickým myokardem

b) krouživém šíření elektrického vzruchu po anatomicky či funkčně definované dráze

c) deblokaci převodu elektrického vzruchu ze sinoatriálního uzlu s rychlou automacií na pomalejší atrioventrikulární uzel

3. Junkční ektopická tachykardie vzniká na podkladě:

a) abnormální automacie v Hissově svazku

b) abnormální automacie v síních

c) abnormální automacie v AV uzlu

4. WPW sy. (Wolf-Parkinson-White sy.) vzniká díky:

a) akcesorní atriofascikulární spojce (Maheimův fascikl)

b) ukládání amyloidu do neuronů zásobujících myokard

c) akcesorní atrioventrikulární spojce (Kentův fascikl)

5. Při supraventrikulární tachykardii typu reentry jako první léčebný krok provedeme:

a) stimulaci n. vagus k prodloužení převodu v AV uzlu (vagové manévry - např. ledová tříšť na obličej)

b) i.v. aplikaci bolusu digoxinu

c) i.m. aplikaci bolusu adenosinu

d) okamžitou defibrilaci

Pro VOX zpracoval MUDr. Ctirad Kozderka.

Správné odpovědi: 1c,d, 2b, 3a, 4c, 5a

Pfizer - Prevenar

Nutricia - Nutrilon