

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

září 2014

číslo 7 • ročník 14



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Komunikace v ordinaci



- Jak vybrat software do ordinace?
- Profesní pojištění lékařů
- Jaká bude budoucnost nejenom primární pediatrie v ČR?
- Komunikace s pacienty se zdravotním postižením v ordinaci
- Význam komunikace. Narušená komunikační schopnost jako symptom
- Rozhovor v pediatrické praxi
- Dysfatické syndromy
- Herní pracovník jako součást dětských oddělení?
- ADHD v praxi pedopsychiatra



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





Nutrilon HA - pro děti s výskytem alergie v rodině

Dvojitá ochrana díky unikátnímu složení

- Unikátní prebiotická směs scGOS/lcFOS (9:1) inspirovaná mateřským mlékem
- Částečně hydrolyzovaná bílkovina pro minimální styk s antigeny

**ÚČINKY
KLINICKY
PROKÁZÁNY**



¹ Osborn DA, Sinn J. Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. Cochrane Database Syst Rev 2016 Oct 18; CD003664.

² Arsanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandoi L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr 2008; 138, 1091-5.

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy kojenců. Kojenecká výživa by měla být používána na doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na webových stránkách www.nutrklub.cz a na infolince 800 110 000. Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	MUDr. Gabriela Kubátová	8
	Jarní meeting EAP	
	MUDr. Cyril Mucha	9
	Jak vybrat software do ordinace?	
	JUDr. Jan Mach	11
	Profesní pojištění lékařů	
	MUDr. Alena Šebková	13
	Jaká bude budoucnost nejenom primární pediatrie v ČR?	
	PhDr. Jan Pičman	16
	Komunikace s pacienty se zdravotním postižením v ordinaci	
	PhDr. Václav Mertin	18
	Rozhovor v pediatrické praxi	
	PaedDr. Lenka Pospíšilová	20
	Význam komunikace. Narušená komunikační schopnost jako symptom	
	PaedDr. Lenka Pospíšilová	23
	Dysfatické syndromy	
	Mgr. Bc. Michaela Rothová	28
	Herní pracovník jako součást dětských oddělení?	
	MUDr. Jitka Rumlová	29
	ADHD v praxi pedopsychiatra	
	MUDr. Kateřina Konkolská	32
	Když kašel, tak černý	
	Ze světa odborné literatury	35
	Aktuality	36
	Řádková inzerce	37
	Autodidaktický test, Neurologie	38
	Vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

AHOU
Angelini Pharma
BOIRON
GRASES
GSK
MSD
NESTLÉ

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX
PEDIATRIAE

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Titulní strana: Nelinka, foto Jiří Prokeš.

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR 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 se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzerce a vložených tiskovin.

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
 MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
 MUDr. Jana Sudková, MUDr. Ctirad Kozderka

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
 GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
 Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:
 U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
 fax: 267 184 050

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



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v proběhlých dvou měsících jsme si všichni měli odpočinout. Využít krásného prázdninového počasí k doplnění hormonů dobré nálady. Někteří dovolenou využili k výletům do hor či po krásách naší vlasti nebo daleké ciziny. Někdo zase rád odpočívá na slunci v písku s pohledem upřeným na nekonečnou mořskou hladinu. Prostě klidné prožití prázdninových týdnů.

Ale během tohoto období se bohužel musely sejít mimořádně výbory obou společností. Horkým tématem je existence PLDD jako oboru. Na schůzce s ČPS jsme byli seznámeni s návrhem společné atestace s možností jednoduchého přechodu mezi DL a PLDD. Sama ČPS má návrh vzdělávacího programu pro DL, kde není počítáno se vzděláním pro PLDD. MZ by zase co nejrychleji chtělo dostat dětského lékaře do terénu – ale kterého? Před námi teď stojí důležité rozhodnutí: zda hájit současný stav, nebo zvážit pro nás ještě schůdnou alternativu. Jinak za nás rozhodne někdo jiný a s těmito politickými rozhodnutími máme již skoro 25 let své zkušenosti. Stejně jako každý volíme svoji alternativu dovolené, i tady se jistě naše názory různí. Jen bychom neměli zapomenout na budoucnost dětské péče jako takové. Nejsem si jistá, zda společný vzdělávací proces zaplní prázdná místa PLDD tam, kde neuspěly ani řetězce se svými finančními nabídkami, zda si noví PLDD poradí se stále narůstající nemedicínskou částí práce, pro kterou mnoho vzdělání nebudou, která však stále více zahrnuje naše ordinace.

Každý z nás by si měl zvážit, co vnímáme jako důležité na další cestě PLDD. A co jsme pro podporu této cesty ochotni udělat. Tak přesněvažme!

To vám přeje

Eva Svobodová,
členka výboru OSPDL

Dětská výživa a obezita v teorii a praxi 2014

**9. ročník konference odborníků zabývajících se výživou a obezitou dětí a dorostu
14.–15. 11. 2014 v Poděbradech**

Společnost pro výživu ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů a Pediatrikou sekcí Obezitologické společnosti vás zve na již tradiční setkání lékařů a dalších zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, kteří se zabývají výživou dětí a problematikou dětské obezity. Přednášky letošní konference jsou rozděleny do pěti částí, které budou prezentovány v pátek v průběhu celého dne a v sobotu dopoledne.

Bližší údaje k organizaci konference a možnosti přihlášení naleznete na stránkách Společnosti pro výživu (www.spolvyziva.cz).

Program konference

- dětská výživa, potraviny a obezita
- obezita v teorii a praxi
- fórum prevence dětské nadváhy a obezity
- prevence rozvoje dětské obezity – studie k časné dětské výživě
- obezita a pohybová aktivita mládeže

Přihlašovat se můžete již od počátku měsíce září. Součástí konference je i společenský večer a možnost využít lázeňské procedury.



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová

Předsedkyně SPLDD ČR

V měsících květnu až červenci proběhla řada jednání, na kterých jsme společně se zástupci OSPDL dokládali úlohu a potřebnost oboru praktické lékařství pro děti a dorost, poukazovali jsme na roli PLDD v systému primární péče v ČR a jednali jsme nad dalším zajištěním „obecně“ pediatrii v ČR. Jednalo se zejména na MZ ČR, ve zdravotním výboru Poslanecké sněmovny, s prezidentem ČLK, s předsedou ČLS JEP prof. Blahošem a v neposlední řadě proběhla dvě společná jednání se zástupci ČPS JEP. Jednání pokračují a na avizované změny se snažíme nečekat se založenýma rukama. Nikdo nezpochybňuje naši úlohu, ale tendence ke slučování oborů Dětské lékařství a Praktické lékařství pro děti a dorost trvají.

V květnu jsme předložili v rámci připomínkového řízení k novele zákona č. 373/2011 Sb. naše podněty ke změně posudkové činnosti v oblasti vzdělávání, pracovnělékařských služeb, TV a sportu. Cílem je návrat kompetencí pro PLDD.

K podpoře proočkovanosti přistoupila ZPMV, která po jednáních se zástupci SPLDD rozeslala v měsíci květnu nový dodatek upravující úhradu PLDD o bonifikační složku za očkování dětí do 1 roku věku.

V červnu proběhla dvě jednání Koalice soukromých lékařů (KSL), první s místopředsedou vlády a ministrem financí Babišem a druhé s místopředsedou vlády Bělobrádkem.

V červnu a červenci proběhla další dvě jednání Dohodovacího řízení o cenách pro rok 2015, náš vlastní návrh, který navrhoval dokompenzování zrušených regulačních poplatků, nebyl ze strany zdravotních pojišťoven přijat. Určité navýšení úhrad do segmentu praktických lékařů se rysuje. Konkrétní výstupy zveřejníme v dalším čísle našeho časopisu.

Projednávala se problematika rodných čísel, pokračovala komunikace s MŠMT, proběhly celostátní odborné semináře věnované očkování od A do Z.

13. 5. 2014 proběhlo jednání s prezidentem ČLK Kubkem o odboru PLDD a také o nesmýslnosti zavedení školní zdravotní služby, která by byla neodůvodněným krokem zpět.

16. 5. 2014 v předvečer Sněmu SPLDD se uskutečnilo jednání předsednictva. Kromě aktuální problematiky se projednávala úprava Metodiky očkování v návaznosti na změny očkovacího schématu u HPV vakcín, negativní stanovisko KSL ke zveřejňování smluv, dodatků a úhrad jednotlivých ambulantních poskytovatelů.

17.–18. 5. 2014 se konal tradiční Sněm SPLDD v hotelu Skalský Dvůr, na kterém se sešli naši okresní zástupci, regionální výbory a Výkonný výbor SPLDD ČR a Výbor OSPDL ČLS JEP. Sněm se zabýval problematikou oboru PLDD a s tím související generační výměnou PLDD, projednávaly se výstupy z regionálních konferencí, v neposlední řadě sněm projednal aktualizaci a změny stanov sdružení, tak aby byly tyto změny předloženy na podzim celostátní konferenci SPLDD. Podrobné informace najdete v zápise a prohlášení sněmu. Sněm vydal tiskové prohlášení upozorňující na nepříznivou demografickou situaci v našem oboru.

27. 5. 2014 proběhla první společná schůzka zástupců ČPS JEP, OSPDL a SPLDD v reakci na aktivitu MZ a ČLK (redukce oborů, nedostatek lékařů...).

11. 6. 2014 se uskutečnilo setkání zástupců KSL s místopředsedou vlády MUDr. Pavlem Bělobrádkem, u kterého byl přítomen i náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Tom Philipp.

25. 6. 2014 se konala v kanceláři SPLDD schůzka se zástupci OZP, předmětem jednání byly regulace za preskripci léčivých přípravků s „P“ a dále výpočet proočkovanosti u PLDD a s tím související možnosti bonifikace.

8. 7. 2014 na SZÚ se sešla Pracovní skupina provakcinační strategie, jejímž cílem byla tvorba akčního plánu pro oblast 6 v rámci Zdraví 2020. V této skupině jsou SPLDD a OSPDL zastoupeny předsedy organizací.

23. 7. 2014 proběhlo na půdě ČPS JEP druhé jednání k budoucímu vzdělávání v pediatrii. Ke společným závěrům jsme nedošli.

30. 7. 2014 se konalo druhé kolo Dohodovacího řízení o cenách pro rok 2015.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Praha a střední Čechy a Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

si vás dovoluji pozvat na cyklus odborných seminářů pořádaných tradičně v Lékařském domě ČLS JEP v Praze, Sokolská 32, Praha 2 vždy první čtvrtek v měsíci v 16.30 hod.

2. 10. 2014

Zajímavé kazuistiky

Prof. MUDr. Jan Lébl, CSc.

FN Motol, Praha



OSPDL ČLS JEP



Informace SPLDD

■ Zápis z jednání Koalice soukromých lékařů z 10. 6. 2014

Přítomni: dr. Kudyn, dr. Stará, dr. Jojko, dr. Chrz, dr. Houba, dr. Tautermann

Omluveni: dr. Dvořák, dr. Hülleová, dr. Šmatlák

1. Hodnocení schůzky s Ing. Babišem

• Zástupci Koalice kladně hodnotili setkání s Ing. Andrejem Babišem, předsedou politického hnutí ANO. Na základě předloženého přehledu nejdůležitějších problémů, které v současné době Koalice soukromých lékařů řeší, informovali Ing. Babiše o finanční situaci privátního sektoru a objasnili mu důvody svého nesouhlasného postoje k připravovaným legislativním změnám MZ ČR a vlády. Ing. Babiš dal najevo, že ho problémy privátních zdravotnických zařízení skutečně zajímají, a informoval KSL o svém záměru vytvořit skupinu odborníků pro oblast zdravotnictví. Zástupci Koalice nabídli Ing. Babišovi pomoc a odbornou podporu.

2. Příprava jednání s dr. Bělobrádkem

• Termín schůzky s předsedou KDU-ČSL MUDr. Pavlem Bělobrádkem je naplánován na 11. 6. 2014 v 16.00 hodin v Poslanecké sněmovně (vchod z Malostranského náměstí). Setkání se, podle informace Mgr. Göřigové, asistentky dr. Bělobrádky, zúčastní i dr. Tom Philipp, náměstek ministra pro zdravotní pojištění.

• Pro jednání použijí zástupci KSL materiál zpracovaný pro setkání s Ing. Babišem, pouze s upravenou hlavičkou.

• Dr. Jojko požádal o souhlas informovat se na jednání s dr. Bělobrádkem o činnosti pracovní skupiny pro kultivaci Seznamu výkonů. Podle neověřených informací byla pracovní skupina zrušena a v její činnosti by měl dále pokračovat ÚZIS.

3. Odpověď náměstka ministra zdravotnictví

• KSL se nebude k odpovědi dr. Philippa k prohlášení KSL ke zveřejňování smluv se zdravotními pojišťovnami vyjadřovat.

4. Různé

• Termíny dalších schůzek – 5. 8. 2014 po jednání Dohodovacího řízení, případně podle potřeby.

• Od září 2014 bude pro dalšího půl roku mluvčím Koalice soukromých lékařů dr. Václav Šmatlák, předseda Sdružení

praktických lékařů ČR.

• Mgr. Sladkovská požádala organizace, které tak dosud neučinily, o zaslání aktuálního počtu členů.

V Praze dne 24. 6. 2014

Zapsala: Mgr. Zina Sladkovská

■ Kompenzace regulačních poplatků

Dopis náměstka MZ



V Praze dne 31. července 2014

Č.j.: MZDR 38596/2014-2/DZP

MZDRX00MYFKB

Vážená paní předsedkyně,
dovolte mi reagovat na Váš email a závěry naší osobní schůzky.

K Vašemu návrhu na kompenzaci výpadku příjmů z regulačních poplatků praktickým lékařům pro děti a dorost, musím uvést následující.

Povinnost platit regulační poplatky u klinických vyšetření za děti do 18 let věku byla zrušena již od 1. 4. 2009. V materiálech poskytnutých spolu s Vaším dopisem je uvedeno, že již jistá kompenzace výpadku těchto poplatků proběhla – navýšením kapitačních plateb. Zmíněné navýšení tedy, dle poskytnutých údajů, kompenzovalo 33–58 % objemu výpadku. K určité kompenzaci došlo a vzhledem k časovému odstupu 5 let od zrušení poplatků za děti do 18 let je možné se domnívat, že tato změna již byla dostatečně absorbována. Zároveň je možné podotknout, že mezi lety 2007 a 2008, tedy posledním rokem bez poplatku a prvním rokem s poplatky, došlo k nárůstu nákladů na segment praktických lékařů (PL a PLDD) o cca 18 %. Nelze tedy tvrdit, že zavedení poplatků bylo provázeno restrikcí úhrad od zdravotních pojišťoven na makro úrovni tohoto segmentu.

Vážená paní předsedkyně, v současné době Ministerstvo zdravotnictví neuvažuje o další kompenzaci neexistence regulačních poplatků v segmentu praktických lékařů pro děti a dorost. Podstatné pro Ministerstvo zdravotnictví je, zda jsou ekonomické podmínky v segmentu PLDD dostatečné pro to,

aby byla zajištěna dostupnost zdravotních služeb pro pacienty. Máme za to, že tato podmínka je v současné době splněna. K druhé části Vašeho dopisu, ve které žádáte o úpravu vykazování nákladů na jednotlivé segmenty, musím upozornit, že ZULP – vakcíny jsou sledovány v tabulce č. 3 výročních zpráv zdravotních pojišťoven zvlášť, a to v řádku č. 11. V roce 2013 činily náklady na očkovací látky dle výročních zpráv ZP 894,5 mil. Kč.

S pozdravem

MUDr. Tom PHILIPP, Ph.D., MBA
náměstek pro zdravotní pojištění

Reakce výboru SPLDD



CENTRUM PRIMÁRNÍ PÉČE

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

Vážený pan

MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA
náměstek pro zdravotní pojištění
v Praze dne 6. 8. 2014

Vážený pane náměstku,
dovolujeme si reagovat na Váš dopis ze dne 31. 7. 2014, ve kterém nám sdělujete, že Ministerstvo zdravotnictví neuvažuje o další kompenzaci v r. 2009 odebraných regulačních poplatků. Rádi bychom Vás požádali o podklady, z kterých jste vycházel při výpočtu kompenzace odebraných regulačních poplatků. Vaše výpočty se rozcházejí s naší analýzou a neodpovídají ani podkladům o kompenzaci regulačních poplatků poskytnutými zdravotními pojišťovnami na Dohodovacím řízení o cenách na rok 2015. Můžeme Vás ujistit, že praktičtí dětské lékaři dosud neabsorbovali tuto křivdu, což můžeme dokladovat usneseními konferencí a sněmů naší profesní organizace. Vámi zmiňované navýšení do segmentu praktických lékařů a praktických dětských lékařů v r. 2007 a 2008 bylo důsledkem důrazných protestů praktických lékařů z důvodů výrazného finančního podhodnocení našich oborů.

V úctě za výkonný výbor

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR



■ Ministr zdravotnictví Němeček představil 12 klíčových priorit

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček dnes (pozn.: 26. 6.) spolu se svými náměstky představil dvanáct hlavních priorit tohoto resortu pro nadcházející období.

V současné době se jedná především o **ekonomickou stabilizaci českého zdravotnictví a zvýšení efektivity a transparentnosti celého systému**. „Příští týden, 1. července, vstoupí v účinnost zákon, kterým se navýší platby za státní pojištění, což za pololetí přinese 2,1 miliardy. Pod novým vedením funguje mnohem efektivněji Státní ústav pro kontrolu léčiv, který dokázal ušetřit miliardu korun. Efektivní nakupování drahé lékařské techniky pak zajistí přístrojová komise, ministerstvo prosadilo také zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotnické péče, do budoucna chceme tuto záležitost řešit zákonem,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Stěžejní v oblasti **prevence nejzávažnějších onemocnění** bude strategie Zdraví 2020, která zahrne nejruznější preventivní programy a akční plány. „Budeme zvyšovat zdravotní gramotnost obyvatel, musíme se snažit vytvářet podmínky pro zdravý styl života tak, aby primární prevence hrála takovou roli, kterou má hrát. Na řešení této strategie se bude podílet několik týmů, celkem více než sto lidí, nejen ze zdravotnického prostředí,“ uvádí Vladimír Valenta, náměstek ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR.

Další z priorit ministerstva je **reforma systému postgraduálního vzdělávání lékařů**. Náměstek ministra pro zdravotní péči Josef Vymazal k chystané reformě uvádí: „Chceme především zjednodušit a zpříjemnit akreditační systém, což znamená, že mladí lékaři se opět budou moci vzdělávat ve většině oborů na svých mateřských pracovištích i v menších městech a nebudou muset jezdit za vzděláním do velkých univerzitních nemocnic, což celý systém naprosto zbytečně zatěžuje. Budeme také lépe definovat počet základních oborů a kmenů a vymezíme jasné kompetence lékaře po absolvování základního kmene, což je období první dřívější atestace.“

Nezbytné bude také vytvoření **stabilního a spravedlivého úhradového mechanismu** a jeho materiálního řízení. „V posledních letech nebyl správným způsobem kultivován ani seznam výkonů, kterým je hrazena ambu-

lantní péče, ani nebyl rozvíjen systém DRG, kterým je hrazena péče lůžková a akutní péče. Vytváříme proto v tuto chvíli tým, který se bude zabývat jak částí ambulantní, tak samozřejmě částí rozvíjení DRG systému, a věříme, že české zdravotnictví posuneme dopředu,“ informuje náměstek ministra pro zdravotní pojištění Tom Philipp.

Vhodným nástrojem pro realizaci strategických priorit ve zdravotnictví je také **optimální využití evropských fondů**. To nabízí možnost realizovat programy, které jsou z běžných zdravotnických rozpočtů obtížně financovatelné, ačkoliv představují významný potenciál ke zvýšení socioekonomické úrovně obyvatel ČR. Konkrétně lze uvažovat o podpoře např. v oblasti návazné péče, superspecializované péče, péče o duševní zdraví, při podpoře preventivních programů nebo ve vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků.

Žádný moderní zdravotnický systém nelze řídit a rozvíjet bez reprezentativních, objektivních a kvalitních dat. Další z priorit resortu zdravotnictví je tak **vybudování moderní národní zdravotní informační agentury (tzv. nový ÚZIS)**. „V první fázi musíme kultivovat samotný sběr dat, musíme přejít na elektronický moderní sběr a snížit zátěž zdravotnických zařízení. V další fázi musíme dobře analyzovat data, která již máme. Máme jich dostatek, ale nejsou správně propojována. A v neposlední řadě musíme nový ÚZIS otevřít nová témata, musíme vygenerovat dostatečně kvalitní data, abychom přispěli k hodnocení kvality péče,“ říká ředitel ÚZIS Ladislav Dušek.

Analýza kvalitních dat je nezbytnou podmínkou rozumného vynakládání prostředků na péči, její distribuci a zlepšování její kvality. Cílem je technologická modernizace sběru dat v ÚZIS ČR a jeho kompletní elektronizace, revize obsahu údajů sbíraných ve statistickém zjišťování ÚZIS, snížení zátěže poskytovatelů zdravotních služeb a zajištění efektivního vytěžování dat a jejich poskytování s přidanou informační hodnotou hlásícím pracovištím, zdravotnickým zařízením a lékařům.

V oblasti **kvality a bezpečnosti zdravotní péče** je hlavním úkolem zajištění větší bezpečnosti pro pacienta při poskytování zdravotní péče. Ministerstvo proto připravuje zavedení povinného interního systému hodnocení kvality i pro ambulantní poskytovatele a on-line dotazníky pro sledování spokojenosti pacientů v ambulantní péči na národní úrovni. Zvláštní pozornost bude věnována zavedení indikátorů v primární

péči s cílem hodnotit zejména efektivitu péče o chronicky a dlouhodobě nemocné pacienty.

V souladu s vládní koaliční smlouvou bude ještě v letošním roce představena koncepce rozvoje nemocniční péče a navržen zákon o veřejných neziskových nemocnicích. Cílem je vytvořit páteří síť nemocnic, v nichž bude zachován jednotný systém odměňování zaměstnanců s tarifními i nadtarifními složkami. V současné době jsou zpracovány základní teze, z nichž by bylo možné při přípravě zákona vycházet, a současně ministerstvo zajišťuje dostupná data, na základě kterých bude možné provést vyhodnocení dopadů takové právní úpravy a porovnat ji se současným stavem.

Jedním ze základních předpokladů pro udržení systému veřejného zdravotnictví je **efektivní řízení přímo řízených organizací**. Petr Salák, náměstek ministra pro ekonomiku a přímo řízené organizace, doplňuje: „Naším cílem je uskutečnit společné nákupy pro některé vybrané komodity a dosáhnout tak snížení cen, což také zprůhlední finanční vztahy v této oblasti. Proběhne také přehodnocení outsourcovaných služeb v jednotlivých nemocnicích a porovnání cen, za které nemocnice tyto služby nakupují. S tím úzce souvisí také vyšší odpovědnost ředitelů za hospodaření přímo řízených organizací.“

Ministerstvo také pracuje na **koncepci dlouhodobé paliativní a zdravotně-sociální péče**. V souvislosti se stárnutím populace, vysokým podílem této služby na celkové zdravotní péči a slabou kontinuitou na ostatní akutní a postakutní složky je nezbytné upřesnění definice následně a dlouhodobé péče formou legislativní změny. Stanovena budou nová kritéria pro přijetí a setrvání pacienta na lůžku, chystá se i změna úhradových mechanismů odpovídající funkčnímu stavu pacientů. Spolupráci na odstranění bariér ve zdravotně-sociální péči je nezbytné provést ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Soubor představených stěžejních priorit uzavírá **podpora zdravotní turistiky a zdravotnického exportu** formou účasti na mezinárodních akcích či jejich podpory. Podpora bude směřována do dvou základních oblastí, a to do exportu českých zdravotnických výrobků a služeb a do prezentace české zdravotní infrastruktury pro podporu léčby cizinců v ČR (české nemocnice, lázně, rehabilitace a další).



Jarní meeting EAP Rzeszow 28. 5.–31. 5. 2014

MUDr. Gabriela Kubátová
Zahraniční komise SPLDD

Ve dnech 30. 5.–31. 5. 2014 jsem se zúčastnila jarního zasedání Evropské akademie pediatriů.

V první den zasedání jsem se dopoledne zúčastnila Pracovní skupiny pro vzácná onemocnění. Předsedkyně Liesbeth Siderius (Nizozemsko) informovala o průběhu studie RARE – Bestpractices (www.bestpractices.eu). Podrobné aktuální informace podala dr. Michele Hilton Boon. V rámci zasedání proběhla diskuse o momentální situaci v oblasti vzácných onemocnění, vzájemná komunikace mezi klinickými pracovišti, patientskými organizacemi, primární péčí a autoritami v oblasti zdravotní péče. Já jsem za ČR referovala o příznivé situaci u nás, kde pracuje mezioborová Komise pro vzácná onemocnění na Ministerstvu zdravotnictví. Máme propojené odborné společnosti – OSPDL, Společnost pro metabolické a dědičné nemoci a asociaci patientských organizací ČAVO (Česká asociace pro vzácná onemocnění). Informovala jsem i o vydání publikace „Vzácná onemocnění v kostce“ od Kateřiny Kubáčkové s kolektivem.

Druhým zasedáním dopoledne bylo EAPRASnet.

Členové řídicího výboru informovali o stavu běžící studie EHR – Electronic health records (Elektronické zdravotní záznamy). V době konání meetingu byl malý počet vyplněných dotazníků – diskuse o příčinách.

Připravovány studie ve spolupráci s dalšími projekty (MOCHA, CHAPPIE, PS pro vzácná onemocnění). Téma: porovnání modelů primární pediatrické péče v Evropě, hodnocení preventivních a screeningových programů v Evropě, klinické projevy vzácných onemocnění, které mohou být detekovány v primární péči. Já jsem navrhla zopakovat upravenou studii o odmítání očkování (studie proběhla v roce 2010, kdy odmítání ještě nebylo velkým problémem) a porovnat výsledky s aktuální situací. Návrh na zaslání certifikátů o účasti lékařům, kteří se studií zúčastňují. Odsouhlaseno.

Dalším zasedáním v tento den bylo zasedání PS pro primární a sekundární pediatrii.

Diskutovala se otázka ohrožení primární pediatrické péče v některých státech v té podobě, jaká je v současnosti, tendence rozšiřovat kompetence praktických lékařů pro dospělé (Francie), kritika legislativních změn v Polsku ve prospěch pediatrické péče, upozornila jsem i na připravovanou novelu o vzdělávání v pediatrii v ČR. V diskusi se dospělo k závěru, že je nutné obhajovat primární pediatrickou péči poskytovanou pediatrem s dostatečným vzděláním a praxí v oboru jako tu nejefektivnější a nejkvalitnější, která je dětem a mladistvým poskytována. Je nutné definovat, co je primární péče, její náplň a kompetence, co je sekundární a terciární pediatrická péče. Předseda dr. Shimon Barak (Izrael) vypracoval „Declaration“ – „Prohlášení“ o primární pediatrické péči, které bylo odhlasováno, podepíší je EAP, ECPCP a EPA (Evropská pediatrická asociace) a rozešle se jednotlivým státům (Francie, Polsko) a asociacím primární péče. Finální znění uveřejníme ve Voxu a na webu SPLDD.

Projekt COSI – ukazatele kvality péče v ambulancích PLDD – připraven pilotní projekt. Připravovány prezentace s problematikou primární péče na Kongresu EAPS v Barceloně v říjnu 2014.

Dr. Barak představil návrh obsahu připravovaného Pediatrického manuálu.

Dalším zasedáním bylo zasedání EBP – Evropské rady pro vzdělávání. Diskuse o Kapitole 6 UEMS (Unie evropských lékařských specialistů), kde je EAP pediatrickou sekcí. Nutná revize a novelizace požadavků na vzdělávání v oblasti pediatrie. Pediatrie je poslední specializace, která ještě nemá novelu. Již jsou návrhy, schválení proběhne na zasedání výboru UEMS v Granadě v říjnu 2014.

Posledním zasedáním dne bylo zasedání PS pro společný kmen. Opětovně kritika, hlavně názvosloví (např. kapitola nefrologie, názvosloví nefrologických nemocí), a doplňující návrhy pro obsah společného vzdělávacího kmene v pediatrii v Evropě. Základní návrh vychází z návrhu GPEC (Globální pediatrické vzdělávací konsorcium), v kterém se dopo-

ručuje délka kmene 3 roky. Otázkou je, zda kmen ukončit zkouškou, či testem. Diskuse i o průběžné kontrole rezidenta. Další vzdělávání jeden či dva roky, ev. i déle dle směru – klinický pediatr, ambulantní pediatr v primární péči nebo specialista v některé pediatrické specializaci. V další fázi se členům PS rozešlou jednotlivé kapitoly k finální revizi a na zasedání EAP v Bruselu v prosinci 2014 by se měla příprava ukončit.

Následující den (31. 5. 2014) jsem se zúčastnila zasedání pracovní skupiny pro očkování, ve které zastávám funkci podpředsedy. Předseda dr. Sedlak informoval o Evropském regionálním meetingu WHO o národní imunizaci, který se konal v březnu 2014 v Antalyi v Turecku. Upozornil na nízkou proočkovanost adolescentů. Informoval o navrhovaných krocích ke zvýšení počtu očkovaných – vakcinační týden, příprava národních registrů o proočkovanosti.

Já jsem ve svém příspěvku evokovala diskusi k problematice odmítání, posouvání a rozdělování očkování na žádost rodičů, otázka metodiky vykazování očkování, statistika odmítání, legislativní možnosti sankcionovat odmítače. O mnohých zmiňovaných problémech účastníci neměli žádné informace. PS podpořila návrh opakování přepracované studie o odmítání očkování.

Odpoledne se konalo generální shromáždění, na kterém jsme vyslechli zprávy o činnosti členů výkonného výboru, finanční zprávu pokladníka, zprávy o činnosti jednotlivých pracovních skupin, EBP a EAPRASnet. Zasedání se zúčastnil i předseda UEMS dr. R. Krawski. Proběhla diskuse k připravovaným změnám ve stanovách, obavy, že EAP jako sekce této organizace bude muset akceptovat stanovy UEMS, čím by ztratila ze své nezávislosti.

Připravované akce:

Kongres EAPS – 10/2014 Barcelona,
Výroční zasedání EAP – 12/2014 Brusel,
Jarní zasedání EAP – 5/2015 Bratislava.



Výzva pro členy OSPDL k zapojení se do sítě spolupracovníků EAPRASnet

EAPRASnet – European Academy of Paediatric Research in Ambulatory Settings network – Evropská akademie pro pediatrický výzkum v ambulancích.

O EAPRASnet: prakticky orientovaná výzkumná síť. Byla založena v roce 2009 a je složena z dětských praktiků z praxí v evropských a středomořských státech a z výzkumných konzultantů z Evropy, kteří spolupracují s EAP – Evropská akademie pediatri, AAPROS – Americká akademie pro výzkum v praxi a SPA – Strategická pediatrická aliance pro budoucí zdraví dětí v Evropě.

Poslání EAPRASnet: zlepšit zdraví dětí a zvýšit kvalitu praxe primární péče prováděním prakticky založeného výzkumu na bázi mezinárodní spolupráce

Cíle EAPRASnet:

1. Vytvořit strukturu a proces sledování primární pediatrické péče poskytované v ambulancích, její kvalitu a efektivitu.
2. Poskytovat závěry studií a zkušenosti široké skupině dětských praktiků.
3. Šířit výsledky studií pediatrikům a jiným praktikům v pediatrické primární péči, společností a institucím veřejného zdraví a institucím formulujícím směr-

nice, standardy a guidelines, aby měly přístup k novým aktuálním informacím pro tato doporučení

Co EAPRASnet dělá: lékaři a výzkumníci pracují společně na výběru témat, formulaci otázek v dotaznících. Navrhují studijní materiály a protokoly, získávají fondy na výzkum, sbírají studijní data, analyzují shromážděná data a publikují výsledky. Tato spolupráce je prováděna pomocí národních koordinátorů a členů národní sítě.

Forma dotazníků je elektronická v angličtině a dalších jazycích (němčina, španělština...).

Struktura EAPRASnet:

Řídící výbor: Stefano del Torso (Itálie), Zachi Grossman (Izrael), Adamos Hadjipanays (Kypr)

Sekretářka: Marzia Folegani

Národní koordinátoři – za každý stát jeden, v současnosti 21 států

Členové národní sítě – v poslední studii zapojeno 685 pediatriků.

V ČR máme 16 členů, což je málo na celkový počet PLDD (kolem 2000).

Každý z členů dostává přihlašovací údaje do studie.

Studie probíhá jednou do roka, časová náročnost cca 10 minut.

Výsledky studie jsou k dispozici po zpracování.

Bližší informace na internetové stránce European Academy of Paediatrics/ EAPRASnet

Již proběhlé studie:

- Variabilita primární pediatrické péče v Evropě
- Odmítání očkování v ambulancích primární pediatrické péče
- ATB terapie infekcí dolních dýchacích cest
- Postupy při infekcích močových cest u dětí do 3 let věku
- Indikátory kvality péče
- Elektronické záznamy v ordinaci dětského lékaře

Co udělat?

Nahlásit jméno a kontakt (tel. a e-mail) národnímu koordinátorovi:

MUDr. Gabriela Kubátová

Tel.: 602 315 126

kubatovag@volny.cz nebo do centra SPLDD:

centrum@detskylekar.cz

(pro dr. Kubátovou)

Jak vybrat software do ordinace aneb Aby se sluha nestal páнем

MUDr. Cyril Mucha

Ambulantní software se stává pro lékaře postupně více a více nepostradatelným nástrojem, podobně jako další medicínské „nástroje“ (např. tonometr, glukometr, EKG, léčiva apod.). Zatímco tyto nástroje jsou poměrně složitě schvalovány, musejí se pravidelně kalibrovat, popř. se u nich sledují nežádoucí účinky a navíc mezi nimi na trhu existuje poměrně velká soutěž, SW zatím nejen nikdo netestoval a nesrovnával, ale i soutěž je mezi nimi poměrně omezená. Pokud si chce lékař pořídit software, zeptá se většinou jednoho až dvou kolegů, jaký SW mají, a ten si pořídí. I když není poté s daným SW příliš spokojen, bojí se jej měnit, protože už je na něj „zvyklý“ a vlastně ani neví, zda by ten nový byl vůbec lepší. Navíc lékař není v IT expertem a SW není pro něj cíl, ale prostředek, který mu má **usnadnit** práci (nikoli

naopak). Pokud tedy SW firma, resp. její produkt lékaři život ztrpčuje, tvůrci tvrdí, že něco „nejde“, nebo nereagují na jeho požadavky na zlepšení, nastává doba k výměně SW. SW a softwarová firma je tu totiž pro lékaře (opět nikoli naopak).

Společnost všeobecného lékařství se rozhodla nejprve zmapovat trh, aby existoval pokud možno co nejkompletnější seznam existujících softwarů. Využila k tomu asi nejlepší nástroj: lékařskou veřejnost. Sešlo se celkem 14 firem, které byly osloveny, aby vypracovaly dotazník, který by produkt charakterizoval.

Aby mohl být pro funkčnost stanoven nějaký bod nula, musel statutární zástupce každé firmy podepsat, že jejich produkt má „základní“ funkcionality nutné pro běžný chod ordinace (např. práce s pojišťovnami:

registrace pacienta, tisk registračních lístků, vykazování výkonů a kapitace, tvorba dávek, vedení dokumentace dle aktuálních předpisů, tisk žádanky, tisk receptů s vazbou na číselníky apod.).

Dalším bodem bylo stanovení kritérií k hodnocení jednotlivých softwarů. Bylo jich celkem 27 a hlavními byly: **Smlouva.** Zjištění, zda neexistují ve smlouvě pasti, zejména trvání licence, platby, vyváženost práv a povinností smluvních stran apod. Odpovědnost firmy za případné škody způsobené zejm. nefunkčností. **Cena.** Protože platí „peníze až na prvním místě“, byla cena velmi důležitým kritériem. Tedy zda je garantovaná × fixní, možnost libovolného (skokového nárůstu) × např. o inflaci. Základním porovnávacím měřítkem byla cena pro typické pracoviště (jeden lékař + sestra),



tj. nákup licence + rok údržby. **Funkčnost.** Tedy co všechno jednotlivé SW „umějí“ a též kolik to stojí – opět pro pracoviště lékař + sestra: e-recept, e-pracovní neschopnost, e-podpis, hlídání frekvence nekapitačních výkonů, načítání laboratorních výsledků, práce s obrazovou dokumentací, spolupráce s externími programy (např. EKG, spirometr, POCT...), B2B kanál atd. Aby mohlo dojít ke srovnání SW, které danou funkcionalitu nemají, byla SW, který ji neměl, jako „pokuta“ připočtena cena nejdražšího SW, který ji má. **Reklama.** Zda daný SW obsahuje reklamu. (Jeden z nejkontroverznějších momentů, má nejen ekonomické, ale i etické aspekty.) Opět při hodnocení následně ceny (tzv. „korigované“) byla připočtena částka za SW bez reklamy. **Podpora uživatele.** Velmi důležitá skutečnost – jak se SW firma chová k uživateli i po zakoupení SW, zda slyší na jeho připomínky a zda ho nenechá na holičkách, pokud se dostane do problémů. Zatím byla testována pouze hotline (tedy zejména rozsah hodin/den, existence vzdálené správy a pět telefonátů, u kterých se monitorovala rychlost odezvy). **Lhůta pro odstranění případných závad.** Tedy za jak dlouho garantuje SW firma, že odstraní případné nefunkčnosti, a zda existují i pro ni sankce za nedodržení lhůt. **Reference.** Kontakt na pět uživatelů – výběr SW firmou – pro případné konzultace a možnost pokládat doplňující dotazy o spokojenosti se softwarem. Pro naprostou vyčerpanost hodnotitelského týmu letos nevyužitý. **Regionálnost působení.** (Celá ČR vs. lokálnost). **Spolupráce s externími programy.** Tedy skutečnost, zda je možné přímo z ambulantního SW ovládat další přístroje: EKG, spirometr, POCT přístroje apod. **Dobrovolná část.** Počet uživatelů, počet pracovníků SW firmy apod. Pro neověřitelnost údajů spíše jen zajímavost – nevstupovalo do hodnocení.

■ A jak hodnocení proběhlo a dopadlo?

Prvním obrovským překvapením týmu SVL bylo, že účast na srovnání odmítl dominantní poskytovatel ambulantních softwarů, firma CompuGroup Medical. Nezáměr halila do krásných slov o přílišné specifičnosti jejich řešení, které nesnese srovnání s jinými, apod. Neoddiskutovatelným faktem však je, že uživatelé softwarů firmy CompuGroup jsou úplně stejní praktičtí lékaři jako uživatelé jiných softwarů (navíc se lékaři mohou „přelévat“ z jedné skupiny do druhé). Důvod, proč asi tato firma do srovnávání nevstoupila, se

ukázal zejména v bodu srovnání cen, tedy pověstný poměr cena/výkon (viz níže). Tým hodnotitelů musel tedy nastavit dalších pár nocí a zjistit dané informace z veřejných zdrojů, aby srovnání bylo kompletní. Opět se tedy ukazuje, že dominance, resp. monopol je vždy pro uživatele (a nakonec i tvůrce) špatný. I přes velké úsilí a mnoho hodin, které byly studii věnovány, mohlo dojít k některým nepřesnostem. Do budoucna bude tato aktivita rozvíjena a doufáme, že přispěje ke kultivaci prostředí, ve kterém se (všeobecní) lékaři pohybují.

Zde jsou dvě tabulky z mnoha, které byly vytvořeny:

Ostatní výstupy ze srovnávací studie jsou k dispozici na webové stránce www.svl.cz. Připomínky, resp. vylepšení, popř. kontakty na další tvůrce softwaru prosím zasílejte na níže uvedenou adresu.

Za hodnotitelský tým MUDr. Cyril Mucha
mucha@doktor-mucha.cz

Převzato z *Bulletinu SPL ČR*.

Název programu	Dodavatel	Adresa	www
AIS	CTMOS spol. s r.o.	Václavkova 378, 615 00 Brno	www.ctmos.cz
SMART MEDIX	Medax Systems s.r.o.	Oběžná 11, 709 00 Ostrava	www.medax.cz
ORDIN DOKTOR	M-SOFT	Hrnčířská 670, 687 25 Hulka	www.ordin.cz
Vital Soft	Vital Soft s.r.o.	Moskevská 14, 434 01 Most	www.vitalsoft.cz
Dr. REX	Medixon s.r.o.	Vltavinská 1289, 674 01 Třebíč	www.medixon.cz
Praktik	Praktik SW s.r.o.	Voskovcova 1, 779 00 Olomouc	www.praktik.cz
WinMed	Data-plan Bohemia s.r.o.	Horní 136, 383 01 Prachatice	www.dataplan.cz
WinMed2	Data-plan Bohemia s.r.o.	Horní 136, 383 01 Prachatice	www.dataplan.cz
Tomšů software	Tomšů Software s.r.o.	U Nemocnice 380, 377 01 Jindřichův Hradec	www.tomsussoftware.cz
Galen	Tersinida CZ s.r.o.	Béláskova 767, 149 00 Praha 4	www.resinida.cz
Amicus	CompuGroup Medical CR s.r.o.	Jeremiášova 1422/7B, 155 00 Praha 5	www.amicus.cz
Pc doktor	CompuGroup Medical CR s.r.o.	Jeremiášova 1422/7B, 155 00 Praha 5	www.pcdoktor.cz
Medicus	CompuGroup Medical CR s.r.o.	Čs. armády 1181, 562 15 Ústí nad Orlicí	www.medicus.cz

Tab. 1. **Seznam SW v ČR.** Jeden z nejdůležitějších výsledků srovnávací studie. Pokud bude lékař chtít koupit/změnit SW, nebude již odkázán jen na rady okolí, ale může oslovit více tvůrců. Seznam obsahuje firmy, které se podařilo zjistit, a pokud bude potřeba, bude do budoucna doplňován.

Název programu	Garantovaná cena	1 lékař + 1 sestra LICENCE	1 lékař + 1 sestra roční údržba	Celkem 1. rok	Cena po korekci celkem 1. rok	Cena roční, všechny moduly po korekci	Pořadí
AIS	ano, inflace	14 520 Kč	7 139 Kč	21 659 Kč	21 659 Kč	7 139 Kč	1
SMART MEDIX	ano	21 780 Kč	10 890 Kč	32 670 Kč	32 670 Kč	10 890 Kč	2
ORDIN DOKTOR	ano	9 680 Kč	3 741 Kč	13 421 Kč	44 869 Kč	14 316 Kč	3
Vital Soft	ano	12 000 Kč	3 600 Kč	15 600 Kč	52 638 Kč	13 740 Kč	4
Dr. REX	ano	0 Kč	5 929 Kč	5 929 Kč	56 507 Kč	21 441 Kč	5
Praktik	ne	18 142 Kč	8 280 Kč	26 422 Kč	61 926 Kč	22 911 Kč	6
WinMed	ano	19 000 Kč	6 900 Kč	25 900 Kč	65 528 Kč	19 363 Kč	7
WinMed2	ano	30 129 Kč	8 712 Kč	38 841 Kč	66 417 Kč	18 440 Kč	8
Tomšů software	ano, inflace	18 634 Kč	5 009 Kč	23 643 Kč	72 975 Kč	18 827 Kč	9
Galen	ano/inflace	27 225 Kč	9 075 Kč	36 300 Kč	86 878 Kč	24 587 Kč	10
Amicus	neudáno	25 894 Kč	13 133 Kč	39 027 Kč	107 356 Kč	29 468 Kč	11
Pc doktor	neudáno	36 784 Kč	14 877 Kč	51 661 Kč	116 832 Kč	31 212 Kč	12
Medicus	neudáno	35 900 Kč	14 220 Kč	50 120 Kč	118 427 Kč	30 376 Kč	13

Tab. 2. **Cena.** I u SW platí „cena až na prvním místě“. Některé SW bylo pro různou funkčnost velmi těžké srovnávat. Tabulka obsahuje tedy nejen ceny deklarované (vždy pro pracoviště lékař + sestra), ale i tzv. korigované – pokud nějaký SW neměl danou funkcionalitu, byla mu připočtena cena funkcionalit u nejdražšího SW. Pokud SW obsahuje reklamu, snažili se hodnotitelé zjistit cenu bez reklam (korigované ceny). Některé SW firmy jsou však na podobné informace velmi skoupé. Tabulka ukazuje, že při srovnávací funkcionalitě se cena může lišit až čtyřikrát (!). Nejen tabulka, ale i celý projekt ukazuje, že v každém odvětví – tedy i u medicínských SW – je pověstné „usnutí na vavřínech“ škodlivé nejen pro uživatele.



Profesní pojištění lékařů

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Nový občanský zákoník, jak jsme již informovali, zakotvil nová pravidla náhrady škody a nemateriální újmy. Zrušil vyhlášku č. 440/2001 Sb., o odškodňování bolestného a ztížení společenského uplatnění, a zrušil i pevné částky stanovené jako náhrada při úmrtí blízké osoby.

Pokud jde o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění, v současné době připravil Nejvyšší soud ČR ve spolupráci s lékařskou a právníkou veřejností nezávaznou metodiku k odškodňování újmy na zdraví, kde zejména ztížení společenského uplatnění představuje využití dokumentu Světové zdravotnické organizace (WHO), kterým je Mezinárodní klasifikace funkcí, schopností disability a zdraví. Mělo by být posouzeno, jakého stupně omezení dosahuje konkrétní poškození zdraví pro člověka, a to vyjádřeno v procentech, přičemž úplné omezení všech běžných funkcí by rámcově mělo představovat náhradu ve výši přibližně 10 miliónů Kč. To je však pouze náhrada za ztížení společenského uplatnění, za prakticky zničený život člověka (vyjádřeno zjednodušeně). Pokud by se na základě posouzení zdravotního stavu poškozeného dospělo k závěru, že je omezen asi o 50 % ve svých běžných tělesných a duševních funkcích, představovala by náhrada za toto ztížení společenského uplatnění přibližně částku 5 miliónů Kč.

Tím však nemusejí být vyčerpány veškeré nároky poškozeného, zejména za zásah do rodinného života, ale ani pokud jde o nároky, které mu budou postupně vznikat v souvislosti s potřebou určitých služeb za situace, kdy není schopen se sám o sebe postarat a nebude přežívat v ústavním prostředí, ale například v domácím prostředí, přičemž běžné služby (krmení, oblékání, přebalování apod.) budou obstarávat rodinní příslušníci. V takových případech již v současné době činí náhrada ročně okolo 600 až 800 tisíc Kč.

Kromě toho v případě vážné újmy na zdraví předpokládá nový občanský zákoník poskytnutí náhrady nemateriální újmy všem blízkým osobám poškozeného, které právem pociťují jeho zdravotní poškození jako osobní neštěstí. To může být u každého člověka jinak široká a v podstatě zákonem nijak neomezená množina tzv. blízkých osob

pociťujících újmu poškozeného jako své osobní neštěstí.

V případě úmrtí blízké osoby má být rovněž poskytnuta náhrada nemateriální újmy v penězích, přičemž nový občanský zákoník opouští pevně stanovené částky tak, jak je stanovil bývalý občanský zákoník, tj. 240 tisíc Kč pro nejbližší osoby (manželka, děti, rodiče), 175 tisíc Kč pro sourozence, a ponechává na zcela volné úvaze soudu, aby posoudil vřelost vztahu zemřelého s jednotlivými blízkými osobami, kterými nemusejí být pouze členové rodiny, ale i další osoby, které pociťují úmrtí svého blízkého jako osobní neštěstí. Jak vysoké částky budou soudy jednotlivým pozůstalým přiznávat, bude věcí vyvíjející se judikatury a těžko to předem předjímat.

■ Na kolik a kde se pojistit?

Za tohoto právního stavu, kdy změnu nového občanského zákoníku v tomto směru lze těžko očekávat, protože podobné principy odškodňování a náhrady nemateriální újmy jsou obvyklé v euroatlantické právní kultuře a v evropském právním prostředí, se poskytovatelé zdravotních služeb právem ptají, na jak vysokou částku by se měli pojistit pro případ náhrady škody a nemateriální újmy, dojde-li k újmě na zdraví nebo k úmrtí pacienta v souvislosti s odborným pochybením při poskytování zdravotních služeb. Ještě důležitější, než na jakou částku být pojištěn, je otázka, u které pojišťovny být pojištěn tak, aby pojistné podmínky nepředstavovaly „pojišťovacké pasti“ a neznamenal, že v některých případech pojišťovna, dojde-li „na lámání chleba“, odmítne poskytnout pojistné plnění a poukáže na výluky uvedenou v pojistných podmínkách, zvláštních pojistných podmínkách nebo v jiných dokumentech, které podpisem pojistné smlouvy pojištěný lékař akceptoval.

Na jak vysokou částku (tzv. pojistný limit, resp. limit pojistného plnění) by se měl poskytovatel zdravotní služby pojistit, je velmi

těžké odpovědět. Záleží na odbornosti, rozsahu poskytovaných zdravotních služeb apod. I při znalosti těchto skutečností by jakákoli rada mohla být chybná, protože není k dispozici judikatura soudů, která by dávala alespoň rámcovou představu o částkách, které budou přiznávány jako náhrada nemajetkové újmy a odškodnění podle nového občanského zákoníku.

Na druhé straně však Česká lékařská komora hodlá nadále garantovat svým členům v rámci VIP pojištění členů ČLK takové pojistné podmínky, které nebudou obsahovat „pojišťovacké pasti“ a nečekané výluky z pojistného krytí v rámci profesního pojištění poskytovatelů zdravotních služeb – lékařů.

Kooperativa pojišťovna, a.s., se kterou má komora uzavřenu rámcovou smlouvu o profesním pojištění pro VIP pojištění členů ČLK, předložila v polovině prosince loňského roku právní kanceláři ČLK návrh změn pojistných podmínek reflektující novou právní úpravu představovanou novým občanským zákoníkem. Předpokládalo se, že k dohodě o těchto pojistných podmínkách by mělo dojít do konce roku 2013, aby zájemcům o nové pojištění bylo možno předkládat nové pojistné smlouvy již od ledna 2014. K dohodě došlo až v průběhu měsíce dubna 2014 a déle než čtyři měsíce trvalo vyjednávání probíhající většinou e-mailovou korespondencí nad jednotlivými dokumenty předloženými Kooperativou pojišťovnou, a.s., které byly připomínkovány právní kanceláří České lékařské komory. **Při tomto vyjednávání jsme velmi tvrdě hájili princip, že soukromý lékař musí být spolehlivě pojistně kryt v případě jakéhokoli, byť jakkoli závažného zanedbání profesních povinností a způsobení jakékoli újmy na zdraví nebo úmrtí pacientovi, s výjimkou případů, kdy by bylo prokázáno, že škodu na zdraví nebo na životě pacienta způsobil úmyslným jednáním nebo pod vlivem návykových látek. Pouze v těchto případech by měla mít pojišťovna možnost odmítnout pojistné plnění, ve všech dalších případech nedba-**



lostního ublížení na zdraví nebo usmrcení by měla mít povinnost poskytnout pojistné plnění a hradit škodu nebo nemateriální újmu za pojištěného lékaře. Jednoznačně přitom nejen právní kancelář, ale i představenstvo České lékařské komory preferuje princip, že lékař musí být především spolehlivě pojistně kryt a rozhodující není výše pojistného, ale takové pojistné podmínky, které spolehlivě pojistné krytí bez výluk a „pojišťováckých pastí“ skutečně obsahují. Současně však požadujeme, aby toto pojistné krytí v zásadě nebylo vyšší, než je pojistné krytí profesního pojištění poskytovatelů zdravotních služeb jinými pojišťovnami.

■ Doporučení VIP pojištění u Kooperativy

V průběhu vyjednávání s Kooperativa pojišťovnou, a.s., nám někteří soukromí lékaři předkládali pojistné podmínky pro poskytovatele zdravotních služeb, které jim předložily jiné pojišťovny. Po prostudování těchto pojistných podmínek jsme zpravidla museli konstatovat, že takové pojištění bychom bez zásadních změn nemohli členům České lékařské komory doporučit. Snad za nejdůležitější jsme považovali absenci pojištění za duševní útrapy blízkých osob, případně limitaci výše tohoto pojištění v případě, že újmu na zdraví nebo smrt utrpí pacient zaviněním poskytovatele zdravotní služby. Další podmínka, kterou jsme považovali za nepřijatelnou, je, že výlukou z pojištění může být situace, kdy řídící pracovník věděl o závadách věcí či služeb, když tato skutečnost se považuje za úmyslné způsobení škody a pojišťovna je oprávněna odmítnout pojistné plnění. Zcela zásadní výhradou byla pak možnost zkrátit pojistné plnění, případně je odmítnout, v případě porušení tzv. prevenční povinnosti pojištěného.

Co znamená prevenční povinnost? Znamená to jednat tak, aby škoda nenastala. Nastala-li škoda, byla zpravidla prevenční povinnost porušena a pojišťovna by mohla odmítnout pojistné plnění prakticky vždy. Stejně tak výlukou obsahující možnost odmítnout pojistné plnění v případě „porušení smluvní povinnosti pojištěného“ je nepřijatelná, protože ze zákona smluvní povinností poskytovatele zdravotní služby je poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni a porušení této zásady by mohlo znamenat odmítnutí nebo snížení pojistného plnění. Pak by vlastně profesní pojištění soukro-

mého lékaře bylo zbytečné, protože by jeho pojistitel mohl kdykoli s poukazem na porušení prevenční povinnosti, porušení smluvní povinnosti nebo jiné výluky z pojištění odmítnout pojistné krytí, dojde-li k pojistné události.

Česká lékařská komora však je ochotna, pokud by jiná pojišťovna předložila návrh pojistných podmínek, které by akceptovaly požadavek krytí všech pojistných událostí s výjimkou těch, které jsou zaviněny úmyslně nebo pod vlivem návykových látek, a přitom by nabídla ekonomicky příznivější pojištění než dosavadní smluvní partner, rozšířit smluvní partnerství o další rámcovou smlouvu s dalším pojistitelem.

V současné době můžeme tedy členům České lékařské komory doporučit VIP pojištění v rámci rámcové smlouvy mezi Českou lékařskou komorou a Kooperativa pojišťovnou, a.s.

Musíme však upozornit, že prakticky každá pojišťovna má právo odmítnout krytí pojistné události, pokud pojištěný bez jejího prokazatelného souhlasu uzná svou odpovědnost, aniž to konzultoval se svým pojistitelem, nebo neoznámí pojistiteli pojistnou událost, ač je povinen tak učinit, jakmile se o tom dozví. Z toho vyplývá, že jakmile pacient, pozůstalý nebo jiná osoba uplatní na základě profesní odpovědnosti jakýkoli nárok na náhradu škody nebo nemateriální újmy, je třeba tuto skutečnost hlásit jako pojistnou událost svému pojistiteli. Bez souhlasu pojistitele (má-li být poskytnuto pojistné krytí) nelze uzavřít žádnou mimosoudní dohodu. Takovou mimosoudní dohodu lze uzavřít jen s výslovným souhlasem pojistitele a pokud možno i za jeho účasti a s jeho podpisem a ujištěním, že náhradu škody v rámci pojištění poskytovatele zdravotní služby poskytne. Pojistitel se zpravidla pojištěného soukromého lékaře dotáže, zda uznává svou odpovědnost za škodu nebo nemateriální újmu, na základě které je vůči němu nárok uplatněn. Pokud pojištěný sdělí, že podle jeho názoru nedošlo k porušení jeho profesních povinností a postupu non lege artis, pak pojišťovna zpravidla nesouhlasí s mimosoudním vyřízením věci a ponechává rozhodnutí na soudu. V soudním řízení má podle VIP podmínek členů ČLK člen komory právo na bezplatné právní zastoupení kterýmkoli advokátem, kterého si vybere, přičemž náklady na právní zastoupení podle platného advokátního tarifu hradí pojišťovna.

■ Nepodlehnutí naléhání

Dále bylo pojistné krytí na základě dohody rozšířeno tak, že je-li v souvislosti s profesní odpovědností proti lékaři vedeno trestní stíhání, náklady řízení podle advokátního tarifu hradí rovněž pojišťovna. Jde o případy, kdy by byl trestně stíhán soukromý lékař nebo jeho zaměstnanec tak, že by soukromý lékař v případě uznání viny v trestním řízení byl pochopitelně povinen v občanskoprávním řízení nahradit škodu a poskytnout náhradu nemateriální újmy.

Na tyto povinnosti je třeba pamatovat zejména v situaci, kdy na soukromého lékaře někdo naléhá, vyhrožuje často i medializací případu, aby rychle poskytl na základě mimosoudní dohody náhradu škody a „bude mít pokoj“. Často v první fázi uplatněná náhrada nepředstavuje příliš vysokou finanční částku a je připojen i dovětek, že tím jsou vyřízeny veškeré nároky poškozeného. To může lékaře vést k úvaze, že opravdu bude mít pokoj, pokud takovou škodu uzná a zaplatí třeba i „ze svého“, aniž bude informovat pojišťovnu. Pokud se takto rozhodne, zpravidla se poté nestačí divit, jaké další nároky jsou vůči němu uplatněny, bez ohledu na to, že podle dohody mělo být jednorázovým odškodněním „vše vyřešeno“. Jednak se nikdo nemůže předem vzdát svých práv, která mohou teprve v budoucnu nastat, a jednak kromě samotného poškozeného mohou, jak již bylo zmíněno, uplatnit nárok i osoby, které pociťují újmu na jeho zdraví jako své osobní neštěstí, zásah do rodinného života apod.

Před mimosoudními dohodami uzavřenými neuváženě a zejména bez výslovného a prokazatelného souhlasu pojišťovny, u které je lékař profesně pojištěn, proto musíme důrazně varovat.

Pokud při řešení pojistné události účastníka VIP pojištění členů České lékařské komory dojde k jakýmkoli problémům, budeme rádi, když nás o tom budou lékaři informovat; můžeme tyto záležitosti projednávat s naším partnerem, se kterým jsme uzavřeli rámcovou smlouvu – tedy s Generálním ředitelstvím Kooperativa pojišťovny, a.s. V minulosti se již několikrát podařilo sporné případy tímto způsobem vyřešit.

*Převzato z Tempus Medicorum,
květen 2014*



Jaká bude budoucnost nejenom primární pediatrie v ČR?

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážení kolegové, předkládám vám materiál, který vznikl jako „obhajoba“ naší práce, kterou poskytujeme již dlouhou dobu našim pacientům. Za dobu existence PLDD v primární péči jsme svou práci museli obhajovat již několikrát. A znovu jsme donuceni obcházet příslušná místa a argumentovat, že na systém primární péče o děti a dorost v naší republice včetně kvalitního vzdělání lékařů v primární péči bychom měli být pyšní a že by měl mít podporu státu tak, aby nedošlo k jeho zániku, ale naopak k jeho dalšímu rozvoji...

■ Obor praktické lékařství pro děti a dorost

Vznikl pro nutnost legislativního zakotvení pediatra v primární péči jako reakce na tendence vzniku „všeobjímajícího“ rodinného lékaře se objevující po roce 1989. Došlo v podstatě k administrativnímu potvrzení historicky dlouhodobě existujícího a léty ověřeného modelu, kdy o dítě v terénu pečuje lékař vzdělaný v péči o dítě. Přínosem ke zkvalitnění péče bylo sloučení roztržité primární péče o dítě a dorost, kdy v minulém století pečoval o tuto věkovou kategorii obvodní lékař, školní lékař, dorostový lékař.

Cílem bylo zajištění komplexnosti péče, zkvalitnění primární péče (PP), rozvoj odborných – diagnostických i léčebných – a jasně vymezených kompetencí kvalifikovaného lékaře v primární péči. Naším současným cílem je aktuálně i zajištění dostupnosti péče praktickým lékařem pro děti a dorost, a to z důvodů nepříznivého věkového složení PLDD s malým zájmem lékařů o obor pediatrie či PLDD.

Současná úroveň systému péče o dítě a dorost v primární péči v ČR potvrzuje správnost tohoto systému. Na základě propracovaného systému vzdělávání, který v sobě zahrnuje dostatečnou praxi v ambulantní sféře, existuje erudovaný lékař, který kromě odborných schopností zná důkladně „pacienta“, rodinu, veškeré souvislosti, které se podílejí na zdravotním stavu nejmladší populace.

Dokladem je snížení počtu hospitalizací obecně i s ohledem na diagnózy, které dříve vedly k hospitalizaci a dnes jsou zvládnuty v ambulantní péči, výrazný **rozvoj** diagnostických metod v primární péči včetně **tzv. rychlé diagnostiky** – CRP, Streptest, KO, Hb,

glykémie, lipidy, celiakie, močové analýzy – sediment, kultivace... Přes existující vlnu antivakcinace je díky PLDD ještě nadále udržována vysoká **proočkovanost populace**. Naprosto nezastupitelná úloha PLDD je i v ostatních oblastech preventivní péče, a to jak uložené vyhláškou, kdy je provádění preventivních prohlídek na percentuálně vysoké úrovni, tak i **v oblasti tzv. primární prevence** v širším a společenském slova smyslu – v kompetencích PLDD je prevence vzniku **aterosklerózy, rizikového chování – návykové látky, sexuální chování, prevence úrazů**, existují či se rozvíjejí nejrozličnější projekty stojící na PLDD či projekty, na kterých PLDD spolupracují – kromě již zmiňovaných výživa v raném věku, školní stravování, prevence obezity, vzácná onemocnění, včasné vyhledávání primárních imunodeficitů atd. Je nutné si uvědomit, že kromě odborné lékařské péče se lékař v primární péči – tedy PLDD zabývá rozsáhlou oblastí zdánlivě mimomedicínské péče, která ale velmi úzce se zdravotní péčí souvisí. Je to **oblast sociální pediatrie, oblast sociálně-právní ochrany dětí, rodinné vztahy a zevní prostředí a jejich vliv na vývoj a stav dítěte, posudková problematika a způsobilost k povolání, hygiena a epidemiologie, oblast veřejného zdraví, výchova k odpovědnosti za své zdraví, výchova dítěte...**

■ Současný problém, analýza příčin, možná řešení

V současnosti jsme se dostali do situace, na kterou ale praktičtí pediatrii upozorňují již dlouhodobě – do situace, kdy pocítujeme nedostatek PLDD v některých oblastech a kdy průměrný věk pracujících PLDD je 57 let. Jako důvod vzniku tohoto stavu je ob-

viňována právě existence oboru praktické lékařství pro děti a dorost a řešení této situace je spatřováno v jeho zrušení a vytvoření jednoho vzdělávacího pediatrického curricula, které by „odpovídalo evropským tendencím“. Troufáme si tvrdit, že příčiny současného stavu jsou daleko komplikovanější a zrušením oboru můžeme naopak způsobit destabilizaci systému péče o dítě u nás, zhoršení její kvality v oblasti primární péče a na základě znejistění ekonomické budoucnosti stávajících PLDD a prodloužení přípravy v oboru naopak ještě prohloubení aktuálního nedostatku lékařů pečujících o děti a dorost. Na tomto místě si dovoluujeme upozornit, že na sousedním **Slovensku** dosud existuje společný obor „Všeobecný lékař pro děti a dorost“ a situace s nedostatkem PLDD v primární péči je **identická**. V letošním roce na základě této situace dokonce dochází u našich sousedů ke změně ve vzdělávacím programu pediatrie výrazným rozšířením praxe v jeho rámci v ambulanci PLDD – dochází ke zkrácení celkové přípravy na čtyři roky, k vypisování rezidenčních míst pro primární péči s nabídkou vzdělání pro absolventy LF či lékaře-pediatrii do 36 let, kterým je nabízeno do vzdělání v primární péči za využití evropských fondů.

Zájem o obor, výuka pediatrie na LF:

Za fatální chybu, a užívají to i mnozí oslovení odborníci, považujeme porevoluční zrušení Fakulty dětského lékařství UK. Z této fakulty odcházeli absolventi výborně vybavení k práci v pediatrii, bez toho, že by byli handicapováni v případě práce v „dospělé medicíně“. Na základě provedené ankety ZN je nutné konstatovat, že současná výuka pediatrie na lékařských fakultách je nejednotná, cca na polovině fakult nedostatečná,



o výuce v oblasti primární pediatrie ani nemluvě. Studenti navíc při rozhodování o svém dalším působení preferují co nejkratší dobu přípravy v oboru (zejména s narůstající feminizací).

Jako základ tedy vidíme zkvalitnění výuky pediatrie na LF, včetně výuky primární péče, a tím zatraktivnění oboru PLDD.

Ekonomika:

Je nutné si uvědomit, že místa, kde chybějí PLDD, jsou většinou ordinace malé, které je jejich umístěním nutné zachovat pro dostupnost péče, ale které jsou svou ekonomickou situací na hranici udržitelnosti již pro pracujícího PLDD a naprosto neatraktivní pro mladé lékaře.

Řešení vidíme v podílu krajských či obecních samospráv na podpoře primární péče – podpora studentů na LF, podpora rezidentů, úlevy na nájmech, řešení bytové situace atp.

Úloha pojišťoven:

Příspěvím k řešení situace je i podpora malých praxí ze strany zdravotních pojišťoven a respektování potřebnosti ordinací – síť, spolupráce s organizacemi PLDD – smluvní politika pojišťoven musí být založena na skutečné potřebnosti ordinace v lokalitě. Jako klíčovou vidíme roli zdravotních pojišťoven v ekonomické podpoře akreditovaných pracovišť, která zajišťují přípravu budoucích PLDD a podílejí se tak na řešení nyní již krizové situace nedostatku mladých PLDD, jehož důsledkem je ohrožení dostupnosti péče o děti.

Další řešením ekonomiky malých i velkých praxí vidíme v rozšiřování jejich kompetencí. Jedná se zejména o rozšiřování spektra výkonů diagnostiky a vyšetření, jak laboratorních, tak i jiných oborů úzce souvisejících s péčí o děti.

■ Vzdělávání, včetně evropských tendencí

Zdrojem pro **postgraduální vzdělávání** při vzniku oboru Praktické lékařství pro děti a dorost byla Kapitola 6 – Požadavky pro specializaci pediatrie Charty vzdělávání lékařských specialistů v EU, kterou vydala Evropská unie lékařských specializací v roce 1995 (UEMS), jejíž součástí je EAP (Evropská akademie pediatrie). Ta vychází z doporučení GPEC (Globální vzdělávání pediatrické konsorcium).

Ve srovnání se vzdělávacím programem Dětské lékařství jsou identické dva roky vzdělávání, třetí rok je velmi obdobný obsahem. Celková příprava se zásadně liší v délce. Pro obor praktické lékařství pro děti a dorost je ukončen atestací po čtvrtém roku vzdělávání na akreditovaném pracovišti PLDD (tj. v primární péči). U oboru Dětské lékařství probíhá čtvrtý a pátý rok přípravy na lůžkovém zařízení, pobyt na akreditovaném pracovišti PLDD je jeden měsíc.

Navíc v programu PLDD je zakomponováno vzdělání ve vyjmenovaných oblastech odlišných od lůžkové péče – viz výše, obsahuje kurzy odpovídající primární péči a vedení ordinace.

Vzhledem k mnohému společnému ve vzdělávání je možné zjednodušení přechodu mezi oběma základními pediatrickými obory.

Rezidenční místa, systém akreditací

Rezidenční místa pro obory primární péče v rámci podpory vzdělávání považujeme za nutná. Za dobu svého trvání systém ukázal některé nedostatky, které ve svém důsledku ztěžují podmínky pro úspěšné fungování systému a pro které dochází k poklesu zájmu akreditovaných pracovišť o přidělení rezidenčních míst. Pracoviště často dávají přednost vzdělávání zájemců v jiném režimu či pro jiný obor. Systém se jeví jako administrativně náročný, finančně nedostatečný pro školence i pro akreditovaná pracoviště. Do popředí vystupují problémy při přerušení vzdělávání a tím vzniklé nemožnosti přidělení dalšího rezidenčního místa – příklad dlouhodobého pobytu na mateřské dovolené.

Možná řešení – nabízejí se možnosti spolupráce akreditovaných pracovišť s dětskými odděleními v regionech, spolupráce s IPVZ, úprava administrace, úprava podmínek a délka přerušení, úprava financování...

Kontinuální vzdělávání pro lékaře pracující v primární péči

Z našeho pohledu se jeví zajištění kontinuálního vzdělávání pro PLDD dostatečné a reagující na aktuální potřebu v primární péči – 1× ročně ve spolupráci s všeobecnými praktickými lékaři se koná Kongres primární péče, 2× ročně probíhají celorepublikově regionální semináře s celostátně určenými páteřními tématy, 1× ročně opět celostátně semináře týkající se očkování, 1–2× ročně celostátní cykly managementů – nové právní předpisy, bezpečnost práce, posudková problematika, atp. Další cykly jsou tvořeny

dle aktuálních potřeb primární péče, v letošním roce např. cyklus Výživa dětí v raném věku, vycházející ze studie prováděné ve spolupráci s gastroenterologickou pracovní skupinou České pediatrické společnosti a Společností pro výživu, další vzdělávání probíhá na regionech dle lokálních aktuálních potřeb. PLDD se účastní studií potřebných pro tvorbu nových doporučených postupů. Spolupráce probíhá i v rámci mezioborové spolupráce (Společnost pro vzácná onemocnění, imunologie). Účastníme se preventivních programů, např. garance programu Prevence úrazů v dětském věku – ve spolupráci se švédským velvyslanectvím. Spolupracujeme s WHO – Evropský vakcinační týden, se SZÚ, MZ – preventivní programy v rámci Zdraví 2020.

Evropa

Pokud se podíváme na současné trendy v Evropě (vzhledem k úrovni péče o dítě v primární péči, která je mnohde poskytována tzv. GP a přístup k primární pediatrické péči je omezený), přichází do popředí požadavek obnovy a harmonizace vzdělávacích programů, které zaručí kvalitní primární péči o dítě vzdělaným pediatrem. Zdůrazněn je požadavek maximálního zaměření na praxi, kdy nosnou částí vzdělání pro primární péči je vzdělání ambulantní s cílem dosažení více praktických zkušeností, výcviku v rozdílné diferenciální diagnostice, preventivní medicíně. Za tímto účelem jak Evropská akademie pediatrie (EAP), tak Evropská konfederace primárních pediatrií (ECPCP), vycházející opět z doporučení GEPEC, vytvořily komise pro tvorbu společného pediatrického kmene, které na jeho tvorbě spolupracují. Dokončuje se náplň společného kmene, doporučeno je jeho tříleté trvání, i v něm je již požadavek na teorii a praxi v primární pediatrii. Schválení by mělo proběhnout v říjnu roku 2014 a dokončen by měl být do prosince roku 2014. Na tento základní kmen by měla navazovat specializační příprava pro primární, sekundární a terciární pediatrii, jejíž délka by měla odpovídat národním potřebám. Členy pracovních skupin jsou i zástupci OSPDL ČLS JEP a SPLDD ČR.

Konkrétní příklady nedostatku kvalifikovaných lékařů v primární péči:

Před rokem **britský** ministr zdravotnictví prohlásil, že je nutná péče erudovaného pediatra v terénu – na základě růstu kojenecké úmrtnosti; hovoří se o zkvalitnění primární péče v pediatrii.



Polsko – po revoluci došlo ke zrušení systému pediatra v primární péči, došlo ke vzniku rodinných lékařů – nyní opětovně „reformy“ v loňském roce, návrat pediatra do primární péče pro děti od 0–18 let. Momentálně se navrhuje plán financování a snížení nepotřebných hospitalizací – PL jsou na nejvyšším místě v evropských statistikách v hospitalizacích dětí pod 5 let.

Slovensko – viz výše – zkrácení curricula na čtyři roky, ve vzdělávání rozšíření praxe v primární péči, rezidenční místa. Důvodem ke změně je **soulad s požadavky moderní edukace v podmínkách EU** – maximální zaměření na praxi.

Německo – opět změna všeobecného pohledu na ambulantní péči oproti dosavadnímu stavu. V loňském roce Lékařská asociace (obdobu naší ČLS JEP) rozhodla, že GP, pediatři, ale i další specialisté – gynekologové, oční ortopedi, chirurgové, kteří jdou

pracovat do primární sféry, musejí absolvovat přípravu na ambulancích příslušného oboru. V současnosti se hledají cesty, jak financovat tuto část přípravy.

Slovinsko – letos dohoda s klinickými pediatry, že v novém curricula pro primární pediatrii bude 14 měsíců praxe v ambulanci primární péče, nemocniční lékaři budou absolvovat 6 měsíců – tedy také rozdíl ve vzdělávání.

Resumé vycházející ze současné úrovně naší primární péče a pediatrické péče a současných trendů v Evropě

Je nutné si uvědomit, že nedostatek lékařů není pouze záležitostí primární péče v pediatrii, ale lékaři chybějí i na dětských odděleních, pocítujeme i nedostatek dětských specialistů. Z tohoto důvodu se domníváme, že přípravu na práci lékaře pro děti a dorost nelze prodlužovat.

Máme fungující systém primární péče s kvalitním vzděláváním v této oblasti. V současné době jdou tendence v Evropě směrem k ambulantní péči, a přestože administrativně v Evropě není „praktický lékař pro děti a dorost“, ve velké části evropských zemí je požadavek na péči o dítě pediatrem v primární péči vzdělaným, ať už se jmenuje jakkoli. Nebráníme se kultivaci systému tak, aby do pediatrické péče přicházeli především mladí lékaři, nemůžeme ale souhlasit se změnou, která by mohla mít za následek další propad v počtu nových PLDD či zhoršení kvality péče poskytované našim pacientům.

OČKOVÁNÍ: KOMUNIKACE S RODIČI V ORDINACI PLDD

SPLDD ČR ve spolupráci s GlaxoSmithKline, s.r.o. si Vás dovoluje pozvat na cyklus vzdělávacích seminářů zaměřených na komunikaci v ordinaci PLDD, který je určen výhradně odborníkům ve zdravotnictví.

Odborný garant: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR

Semináře jsou zapsány do registru akcí celoživotního vzdělávání PLDD dle vzdělávacího řádu SPLDD ČR.

ODBORNÝ PROGRAM

Očkovací aktuality.

Témata kazuistik o očkování:

Jak předcházet konfliktům aneb máme různé názory, ale stejný cíl.

Četla jsem na internetu ... aneb dotaz může znamenat i pozitivní zájem.

Odkládání očkování aneb dítě je stále nemocné.

Kdybch to byl býval věděl aneb příběh nenačkovaného dítěte.

Lektoři:

Mgr. et. Mgr. Lucie Čelíková

Mgr. et. MgA. Martin Sedláček

zástupce SPLDD ČR

ČASOVÝ HARMONOGRAM

16:30 – 17:00 Registrace

17:00 – 19:30 Program

19:30 Večeře

MOŽNOSTI REGISTRACE

- on-line na <http://www.ahou.cz/komunikace>

- e-mailem na petra@ahou.cz

- v případě dotazů nás kontaktujte na +420 603 705 911
v pracovních dnech: od 9.00 do 17.00 hodin

- Kapacita semináře je omezena přibližně na 40 míst,
proto bude brán zřetel na pořadí došlých přihlášek.

- 30 minut před zahájením odborného programu probíhá registrace účastníků.

- Po skončení odborného programu si můžete vyzvednout potvrzení o účasti.

- Přednášky zazní v jednotlivých regionech vždy ve stejném rozsahu.

TERMÍNY A MÍSTA KONÁNÍ SEMINÁŘŮ

30. 9. 2014 **Píseň, PRIMAVERA Hotel & Congress centre**

7. 10. 2014 **Zlín, Hotel Baltaci Atrium**

8. 10. 2014 **Olomouc, Clarion Congress Hotel**

9. 10. 2014 **Mladá Boleslav, Penzion Cosmos**

14. 10. 2014 **Ústí nad Labem, Clarion Congress Hotel**

16. 10. 2014 **Praha 5, HOTEL GOLF**

21. 10. 2014 **Brno, Holiday Inn Brno**

22. 10. 2014 **Lednice, MY HOTEL**

23. 10. 2014 **Hradec Králové, Hotel Tereziánský dvůr**

29. 10. 2014 **Ostrava, Park Inn by Radisson Hotel**

30. 10. 2014 **Praha 1, Autoklub ČR**

5. 11. 2014 **Karlovy Vary, Centrum vzdělávání Dvůr**

6. 11. 2014 **České Budějovice, Clarion Congress Hotel**

11. 11. 2014 **Pardubice, Hotel EURO**

12. 11. 2014 **Liberec, Clarion Grandhotel Zlatý Lev**

25. 11. 2014 **Jihlava, Vivaldi Hotel**

CZ/VAC/0116/14



Partner:



Organizace:





Komunikace s pacienty se zdravotním postižením v ordinaci aneb Abychom se nemíjeli

PhDr. Jan Pičman

Jedličkův ústav a školy, Praha

Článek do odborného listu? Komunikace s pacientem v ordinaci lékaře je přece jednoduchá věc. Není pochyb o tom, že lékař ví, co pacientovi sdělit, a že to v rámci svých časových možností také dělá. A to i v případech mnohem složitějších, než je banální zlomenina, viróza či zánět apendixu. Jde-li to, snaží se i zeptat na rodinu, naplánovat další návštěvu, ujistit pacienta, že v případě problémů je možné přijít kdykoliv. Na druhé straně pacient chce slyšet, co mu je a čeho se bát nemusí, chce vědět, co dělat. A často by chtěl sdělit, jak to sám vidí a jaké věci ho trápí nejvíc. Má obavy, podezření, potřebuje ujištění. V čem je tedy problém? Pomiňme nedostatek času, který lékař na „průměrného“ pacienta má. Je zřejmé, že se svým časem oba musejí, a zejména lékař, disponovat velmi uvážlivě. Nemíjejí se trochu ve vzájemných očekáváních?

Lidé s těžkým tělesným postižením, někteří i s postupujícím závažným onemocněním, mají možnost již několik let hovořit s mediky z lékařské fakulty. V rámci předmětu lékařská etika docházejí medicí na seminář do Jedličkova ústavu a škol (JÚŠ) a tam diskutují s lidmi, kteří to žijí na vlastní kůži. Komunikace s lékařem je časté téma, o kterém lidé s postižením rádi hovoří a o které se medicí velmi živě zajímají. Semináře se svolením všech zúčastněných nahráváme, tak se můžeme o autentická slova podělit. „Když přijdu s asistentem do ordinace, lékař velmi často komunikuje s mým doprovodem, s asistentem. Lékař vysvětluje diagnózu jemu a nikoliv mně. Může to být i proto, že nás, kteří sedíme na vozíku, lidé vnímají jako méně inteligentní. Někdy se to stává i proto, že já sedím, asistent stojí a doktor také stojí. My tam dole jsme vyřazeni z komunikace,“ říká třicetiletý učitel středních škol JÚŠ Radek, který se pohybuje na vozíku. Podobné zkušenosti má i pan Jiří. „Je hodně nepříjemné, když přijdete do ordinace, je vám pětadvacet let a doktor začne vaši diagnózu vysvětlovat vašemu asistentovi. To se tedy ohrazují. To se mi nelíbí. Stává se to často. Tam je asi v podvědomí ten předsudek, že člověk na vozíčku to také nemá v té hlavě v pořádku. Ale není to jen v nemocnici, to bývá i na úřadech.“ „V tom zdravotnictví jako by čas pacientů neměl žádnou hodnotu. Jste pozváni na deset třicet a ještě ve dvanáct čekáte. Tak si počkejte, jste u doktora. Ano, lze opáčit, že práce je moc a nedá se přesně předem plánovat. Lidé se zdravotním po-

stižením musejí také hodně plánovat, aby se k doktorovi do ordinace vůbec dostali, hromadná doprava není většinou snadno dostupná, asistence a speciální auto se musejí plánovat s předstihem a na čas.“ „U nás je potřeba hodně naslouchat tomu, co můžeme, co chceme nebo nechceme. Já mám lámavou jednu nohu, mám osteoporózu. Při rehabilitaci došlo několikrát k tomu, že mi ji sestřička zlomila. Sestřička mi nevěnovala pozornost, když jsem jí říkal, že to nemůžeme natahovat. Neposlouchala, vždyť jsem byl jen dítě. Tak natáhla ‚šlachy‘, a křup, šel jsem zase do sádry, na dva měsíce,“ říká Radek. „Potřebujeme vozík, stejně jako berle, sluchadla nebo brýle. Tyto pomůcky jsou nezbytnou součástí naší situace. Někdy se to opomene. Ono to zní absurdně. Ale když jste někde hospitalizováni, vlezete na postel a někdo vám ten vozík odveze, třeba jen omylem, že chce vytřít, potřebuje si přisednout, a nedá vám ho zpátky, tak se stanete vězněm na své vlastní posteli.“ Pedagog doprovázející mediky povídání doplňuje: „To vše je v tom desateru.“ Desatero komunikace s pacientem se zdravotním postižením bylo vypracováno z podnětu Národní rady zdravotně postižených (NRZP). Postižený člověk není totéž co člověk nemocný. Ale i postižený člověk bývá nemocný a přichází do ordinací. Nemoc se má léčit, ale postižení je dáno a člověk se s ním musí naučit žít. Lidé s postižením mají stejná práva jako lidé bez postižení, mají ale i dodatečné potřeby, aby tato práva mohli využívat či uplatňovat. Desatero je upraveno

pro pacienty se sluchovým postižením, se zrakovým postižením i pacienty s postižením pohybovým. Vybíráme z něj nejdůležitější body, celé desatero najdete například na stránkách NRZP (<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html>).

Pro komunikaci s pacientem se *sluchovým postižením* je zdůrazněno: (2) Každého člověka se sluchových postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky zdravotní dokumentace. (5) Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnicka či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo pacienta, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo. (7) Důležité dotazy na alergie, kardio-stimulátor, užívané léky atd. raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější se zdravotní anamnézou počkat na tlumočnicka. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má používat léky nebo dodržovat léčebnou životosprávu. Toto své sdělení vždy ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou. (8) Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.



A pro komunikaci s pacienty se zrakovým postižením? (4) Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt!!! Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají. (5) Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité nástroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď Vás to bude trochu pálit“ nezbytné. (8) Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají i nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením začíná: (1) Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením, nikoliv s jeho případným doprovodem. (2) Při nezbytné manipulaci s pacientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme ho, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace. (3) Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti. (4) Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku.

„Jediné moje špatné zkušenosti z nemocnic jsou v komunikaci. Mluvte s těmi lidmi, komunikujte, to je základní problém, když se s pacientem nekomunikuje. Jednak to přenáší špatnou náladu na toho člověka, když neví, co s ním bude. Já mám rád, když doktor řekne: teď udělám to a to, tady to bude nepříjemné. To můžu postupovat lumbální punkci a je mi to úplně jedno, protože vím, co se děje. Musím chodit každé čtyři roky na EMG, aby se zjistila odezva svalstva. Lékař v jednom velkém zařízení přišel, naflákal na mě ty diody, pustil do mě proud, já jsem se svíjel v křeči, lékař koukal na monitor. Když

jsem stejné vyšetření podstoupil na jiném pracovišti, doktor se mnou pořád mluvil, bylo to příjemnější, dá se vydržet mnohem víc,“ vzpomíná Jiří. „Kodex České lékařské komory ukládá lékařům povinnost vysvětlit pacientovi srozumitelně diagnózu, terapeutické postupy, rizika. To není o dobré vůli, to je povinnost,“ opáčí opět vysokoškolský pedagog. „Bohužel jsem se mnohokrát setkal s tím, že to nedodržují. Tak nějak si dělají svoji práci, jako bych tam nebyl, asi ji dělají dobře, ale není to to pravé ořechové.“

„Mám výbornou obvodní doktorku, která zná všechny tyhle moje jinakosti a vždycky, když je potřeba zajít k nějakému specialistovi, snaží se toho specialistu na to připravit. Aby věděl, co se mnou je a co nemám rád. Zatím je to v nejlepším pořádku.“ Jakub žije s těžší formou spastické DMO již dvacet pět let, pohybuje se na vozíku. Jakubovi je potřeba dobře naslouchat. Protože spasticita postihuje i mluvidla, je jeho schopnost zřetelně artikulovat hodně snížena. To mu však nebránilo vystudovat vysokou školu. Kdo by si nepřál podobný vztah se svým lékařem? A tu důvěru k němu!

Důvěra zbavuje úzkosti. Pocit, že lékař o mně ví hodně, že zařídí to podstatné, co potřebuji, uklidňuje a šetří síly. Shrňme si výše uvedené zkušenosti pacientů. Velmi ocením, když je posloucháme, bereme jejich slova vážně. Pečlivě sdělujeme a sdělované třeba několikrát opakujeme. Zvlášť když zpráva pacienta zaskočí, nedokáže ji hned a najednou a celou pochopit. A když se ještě vyhneme stereotypům v našem vnímání a nebudeme každého člověka malého vzrůstu pokládat za dětinského, toho, kdo dobře nemluví, nebudeme pokládat za hloupého a toho, kdo má s sebou asistenta, nebudeme pokládat za nesvéprávného, mnoha pacientům to v ordinaci usnadníme. Důvěra je potřebným základem i pro těžší situace, které mohou přijít časem. Tam, kde je, se pak každé doporučení a léčivé slovo lépe přijímá a více působí. Důvěra ve svého lékaře se musí pěstovat. Nemíjet se se svým pacientem v ordinaci vypádat jako umění, ale dá se tomu naučit.

Problémy s přijímáním pacientů do pražských nemocnic bude řešit další komise

Případy, kdy sanitky nemohou umístit pacienty s mnohdy akutními problémy do nemocnic, mají podle ministra zdravotnictví S. Němečka společného jen to, že jsou medializované. Spolu s primátorem hlavního města Prahy T. Hudečkem se shodli na tom, že v množství všech případů může občas dojít k chybám v komunikaci mezi nemocnicemi a sanitkami. K řešení problémů chtějí ustanovit novou odbornou komisi. „Problém vidím primárně ve špatné komunikaci,“ prohlásil ministr po setkání s primátorem. „Jsou tisíce a tisíce zásahů, které se v hlavním městě Praha provádějí, a samozřejmě mezi lidmi prostě vznikají komunikační problémy, to není potřeba vysvětlovat,“ odhalil svůj pohled na problematiku situaci kolem přijímání pacientů. Podobně se vyjádřil Hudeček: „Je nepochybně jasné, že v tisících případech během spousty let, kdy probíhá velmi dobrá spolupráce záchranné služby a nemocnic, může dojít k případům, kdy tato spolupráce z jakýchkoli důvodů může klapnout i na základě problémové komunikace nebo obtížnosti daného případu hůř, než bychom oba dva chtěli. Nicméně myslím si, že je to přesně věc, která by se měla řešit na odborné úrovni, nikoli mediální.“

Vznikne odborná komise

Ministr s primátorem se proto rozhodli ustanovit odbornou komisi složenou napůl ze zástupců resortu zdravotnictví, napůl z odborníků magistrátu, která se bude těmito případy zabývat. Chtějí tak zabránit tomu, aby se podobné případy jako dosud „medializovaly“.

„Tento tým bude platformou, kde chceme, aby se veškeré věci týkající se zdravotnické péče v Praze řešily,“ řekl Němeček. „Nechceme, aby byly tyto problémy řešeny primárně přes média,“ dodal s tím, že případy, o kterých v posledních několika týdnech média informovala, měly společné jen to, že byly medializovány. Komise by měla poprvé zasednout do 14 dnů. Jedná se přitom již o druhou odbornou skupinu, kterou Němeček sestavil kvůli problémům při předávání pacientů mezi záchrannou službou a nemocnicemi. Druhým krokem by mělo být zahájení debaty o případném převedení některých nemocnic na Prahu. „Znovu otevřeme otázku eventuálního převodu některých nemocnic, které by zajišťovaly standardní péči, již obyvatelé hlavního města potřebují, na hlavní město Praha,“ řekl Němeček.

Zdroj: V. Lang, novinky.cz, 8. 7. 2014



Rozhovor v pediatrické praxi

PhDr. Václav Mertin

Katedra psychologie FF UK Praha

Je vcelku banální názor, že ve většině případů je efekt lékařova působení značně závislý na pacientovi. Záleží na jeho víře, důvěře v lékaře i v léčbu, motivaci, ochotě spolupracovat, ukázněnosti i schopnosti důsledně naplňovat, a leckdy i velmi trpělivě, lékařova doporučení. Někdy ovšem jde také o kognitivní porozumění, časové možnosti i finanční schopnost realizovat terapii. Rozhodně lze uplatnit přesvědčení, že „černou práci“ musejí „odpracovat“ při léčení většinou a při prevenci vždy samotní pacienti, v případě dětí jsou to rodiče. Jen namyšlení nekritičtí odborníci věří, že veškeré úspěchy jsou jejich zásluhou. Jsem přesvědčen, že nemalý díl případných menších výsledků léčby připadá zpravidla na vrub právě nevhodné aplikace, liknavosti, nedůslednosti, nepochopení... na straně rodičů při naplňování pokynů pediatra.

Pediatr proto musí umět nabídnout své znalosti v takové podobě, aby jim rodič (mnohým pak i dítě) porozuměl, aby o nich přemýšlel, aby je přijal za své a aby podle nich jednal a vlastně i mohl jednat. Neznalí se domnívají, že nejpodstatnější pro pediatra je mít odborné znalosti, a ty se už samy a víceméně automaticky překloupí do hlav rodičů a následně do jejich činů. Pravda, dokonalé znalosti jsou pro lékaře podmínka nutná, ne však postačující. **Mezi povinnou profesní výbavu dnešního pediatra tak jednoduše patří i komunikační dovednosti** a dále dovednost, kterou bych označil jako management rodičů a dětského pacienta. Na základě vlastních poradenských zkušeností musím konstatovat, že z jednotlivých medicínských oborů pediatrii komunikují asi nejlépe. Přesto je jasné, že jejich profesní kultivace je v tomto směru zatím minimální. Přitom nároky na komunikační dovednosti lékařů rostou v průběhu posledních let neustále a ve všech směrech. V řadě oblastí dříve vyhrazených výlučně odborníkům musíme dnes počítat s obecně mnohem vyšší informovaností rodičů. Snadná dostupnost i skutečně seriózních medicínských informací rovněž zvyšuje jejich kompetentnost. Neměli bychom příliš znevažovat jejich hledání ani tím, že se někdy nechají svést na lákavou cestu zcela neseseriozních poznatků, že jindy volí neprověřené alternativní postupy. Vždyť ani odborníci nejsou těchto svodů ušetřeni! Mnozí rodiče se tak nespokojí s prostým pokynem lékaře, s chlácholivým odkazem na to, že *v pubertě se to změní, nemusíte se bát, je to naprosto bezpečné*, chtějí znát reálná rizika, vysvětlení příčin, konkrétní souvislosti, výhled do

budoucnosti, chtějí vědět, co mají dělat pro uzdravení. Mezi rodiči jsou pochopitelně obrovské rozdíly v tom, jací jsou, jaké mají znalosti, dovednosti, jak se chovají, co právě prožívají, jaké problémy řeší, co od lékaře očekávají... V některých případech mají aktuálnější a důkladnější poznatky vztahující se ke konkrétnímu problému než lékař, jindy nevědí triviality a chovají se až neobyčejně primitivně. Jeden rodič očekává autoritativní a jednoznačný výrok, zatímco druhý předpokládá, že mu pediatr pouze nastíní relevantní možnosti a on se následně sám rozhodne podle svého. Jsou rodiče, kteří mají výrazně odlišnou představu o způsobech péče o dítě (viz např. délka kojení, očkování). Pediatrovi nezbývá nic jiného než se s touto rozmanitostí vypořádat, chce-li dosáhnout maximálního možného efektu své práce.

Komunikační dovednosti obsahují významnou řemeslnou složku a týkají se dokonce pomáhajících profesí obecně. Přes všeobecnou jedinečnost existují pro komunikaci lékaře a pacienta obecnější pravidla, která bychom měli rovněž znát. Nelze vyjmenovat všechny jednotlivosti, zmíním pouze vybrané.

Nejen rodiče a děti, i pediatr vstupuje do interakce nejen odbornými znalostmi, ale rovněž celou svou osobností. Má svůj vlastní styl komunikace, specifické dovednosti, silnější i slabší stránky. Měl by je reflektovat, aby lépe rozuměl chování a reakcím některých pacientů – ne každému musejí jeho způsoby komunikace vyhovovat. Lze rovněž předpokládat, že pediatrii-experti

dokážou využívat více komunikačních způsobů, které pak používají u pacientů podle jejich jedinečnosti. Nemám na mysli pouze to, že dvouleté dítě vyžaduje poněkud jiný způsob než desetileté. Dvě stejně staré děti z různých rodin se výrazně liší v tom, co je právě pro ně přijatelná komunikace a co už nevhodná. Podobně rodiče zahrnují široké spektrum sahající od absolventů zvláštních škol až ke kolegům lékařům, od dvacetiletých maminek ke čtyřicátnicím.

Vždy je žádoucí dobře porozumět skutečným očekáváním rodičů: víme sice, s čím přicházejí, jaké je zjevné východisko (*dítě pořád zvrací; v noci křičí*). Jenže objednávka obsahuje někdy ještě skrytá sdělení i očekávání, představy o tom, co by měl pediatr udělat (*nechci antibiotika; vlastně se ani moc neděje, jen potřebuji doložit, že ex-manžel nepečoval o dítě o víkendu dobře*). Když rodiče příliš neznáme, tak musíme konverzovat a vyzvídat (a rozhodně nemám na mysli jen obvyklou anamnézu). Přitom jediné když se dozvíme jejich stanovisko (často velmi zjednodušující) a případně i zdroj informací (*četla jsem to v Katce, říkala to tchyně*), můžeme adekvátně zareagovat, a tak zvýšíme pravděpodobnost, že rodiče přijmou náš pohled. Zejména u některých problémů je nutné, aby nám vše pravdivě řekli, tedy i samotná medicínská diagnostika je závislá na komunikaci s dítětem a s rodiči. Některé otázky musejí být nepochybně uzavřené (*kolik, kolikrát, kdy...*), neměli bychom však zapomínat na otázky otevřené (*jak to vidíte, co si o tom myslíte, čím si problém vykládáte*). Pediatr by neměl pospíchat se svými stanovisky



a závěry – po jejich vyslovení už rodič svůj vlastní názor neřekne. Kolik rodičů (přestože jsou dospělí) je zvyklých, že jim pořád někdo něco vyčítá (často i oprávněně), poučuje je – takže uzavírají, že je lepší příliš nemluvit. Když nám rodič důvěřuje, spíše poskytne informace podle skutečnosti. Bez požádání se nepouštíme do hovoru o oblastech, které bezprostředně nesouvisejí se zdravotním problémem. Chceme-li o nich mluvit, měli bychom poukázat na souvislost se základní objednávkou a požádat o souhlas. Zásadně a hlavně bez vyzvání nikdy nehodnotíme výchovné postupy rodičů.

Patří i budování důvěry pacienta k řemeslným dovednostem? Podle mého soudu jednoznačně ano! Budujeme si pověst mj. tím, že jsme (odborně zdatní, samozřejmě)

v hovoru laskaví, rozhodní, klidní, chápaví, pozorně nasloucháme, nevyjadřujeme brzy svá stanoviska. Když je říkáme, tak začínáme respektem, pochopením toho, jak věci (ne)dělají rodiče.

Rodiče by našim sdělením měli porozumět. Pokud to jen trochu jde, měli bychom mluvit česky. Podobně slova, která k výkladu i doporučením používáme, by měla být z běžné řeči. Neměli bychom zapomínat na to, že to, co je pro nás samozřejmou rutinou, navyklým a zcela zvnitřněným profesním žargonem, může být pro rodiče jedinečnou novinkou, kterou si musejí „přeložit“ a nějaký čas vstřebávat. Naše doporučení by měla být realizovatelná konkrétní rodinou. Samozřejmě někde není vůle. Ale v přípa-

dech, kdy známe realitu, hledáme i postupy, které rodina je s to zajistit.

Problém představují rodiče, kteří všechno slíbí a jen máloco realizují – v tomto případě je žádoucí alespoň je „otravovat“ častějšími kontrolami. Rodiče agresivní sice většinou chápeme, nicméně odkazujeme je jednoznačně a explicitně do patřičných mezí. Totéž platí i pro rodiče nevychované.

Rozhodně není marné na konci návštěvy zopakovat vše podstatné, co jsme rodičům řekli, na čem jsme se domluvili. Jinak hrozí nebezpečí, že se vrátí domů pouze s pediatrovou reakcí na nějakou marginálii, okrajovým doporučením – a podstatné informace zůstanou v ordinaci.

XVI. hradecké pediatrické dny



**21.–22. listopadu 2014
Hradec Králové**

Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové vás srdečně zve na tradiční odborné sympozium pro lékaře i sestry. Setkání proběhne v pátek a sobotu v sálech kongresového centra Aldis v Hradci Králové. Letošní pediatrické dny budou věnovány kazuistikám. Jednotlivé programové části přinesou zajímavé případy z ordinací praktických lékařů, odborných ambulančí i nemocničních oddělení. Mezi tématy se objevuje nefrologie, radiologie, očkování a infekce, sociální pediatrie i neonatologie. Lékařská a sesterská sekce má jako vždy společné i oddělené odborné bloky. V rámci programu se bude konat čtvrté celonárodní setkání učitelů škol při nemocnicích. Akce bude zařazena do systému postgraduálního vzdělávání ČLK a ČAS.

Příjem abstrakt končí **26. 9. 2014**, aktivní účastníci mají vstup zdarma.

K pasivní účasti za zvýhodněnou cenu se lze přihlásit do **17. 10. 2014**.

Koordinátor kongresu: prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.; bayerm@lfhk.cuni.cz; tel. 495 832 840; fax 495 832 030
Koordinátor odborného programu: as. MUDr. David Neumann, Ph.D.; neumann@fnhk.cz
Koordinátorka sesterské sekce: Eva Trnková; eva.trnkova@fnhk.cz
Veškerá důležitá data naleznete na webové stránce www.pediatriehk.cz



ÚČETNÍ SLUŽBY REZIDENČNÍ MÍSTA

Nabízíme komplexní služby v oblasti účetnictví a administrace dotačních programů (rezidenční místa). V rámci těchto služeb pro vás zajistíme:

- vedení daňové evidence
- vedení podvojného účetnictví
- administrativní zpracování agendy dotací na rezidenční místa
- vedení mzdové a personální agendy
- zastupování při jednání na úřadech
- zpracování daňových přiznání

Kontakt:

GraSeS, s.r.o.
Ječná 243/39a, 120 00 Praha 2
Ing. Dagmar Maierová
Tel.: 224 942 185, 604 268 941
E-mail: dagmar.maierova@grases.cz, info@grases.cz
www.grases.cz



Význam komunikace

Narušená komunikační schopnost jako symptom

PaedDr. Lenka Pospíšilová

DEMOSTHENES – centrum pro děti s neurovývojovými poruchami, Ústí nad Labem

Komunikace s pacientem je důležitá a podceňovaná součást naší práce. Umět komunikovat vyžaduje určité dovednosti a s rizikovými skupinami pacientů i znalosti. Jedna riziková skupina téměř není známa. Jedná se o dospívající a dospělé pacienty (tedy rodiče dětí v pediatrických ambulancích) s neurovývojovou poruchou komorbidního charakteru, která v pozměněné podobě přetrvává do dospělosti.

KLÍČOVÁ slova: komunikace, dysfázie, dyslexie, ADHD/ADD, komorbidita neurovývojových poruch od dětství do dospělosti, komunikace s dospělým s přetrvávající symptomatikou dysfázie

■ Úvod

„Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámec komunikace.“ (1) Bezesporu se jedná o samozřejmý i zároveň bagatelizovaný fakt. Rozlišují se dva přístupy: orientace na nemoc, při níž lze hovořit o paternalistickém přístupu, a orientace na pacienta, která je založena na vzájemné spolupráci. Druhý přístup, daleko efektivnější, ale zároveň obtížnější, vyžaduje kromě samotné odbornosti také komunikační dovednosti. Pokud někoho napadá argument, že při ordinaci s plnou čekárnou nemá na povídání čas, je nutné připomenout dva neoddiskutovatelné fakty:

1. Lepších výsledků dosahujeme u pacienta, který porozumí podstatě své nemoci a způsobu léčby, a zejména, pokud on sám má možnost se na ní podílet.
2. „Za nárůstem trestných oznámení na zdravotníky lze hledat zvyšující se sebevědomí občanů a především špatnou komunikaci lékařů s pacienty.“ (2) Základním komunikačním rizikem obecně je nedostatek v poznání sebe samého. Nejčastější vztahové problémy vznikají jako důsledek vztahové nerovnosti. Významným komunikačním rizikem je pacient s onemocněním v komunikačních systémech.

Existuje celá řada pacientů, s nimiž je komunikace obtížnější, než je standard. Patří sem zejména sluchově postižení, koktaví, afatí (po mozkových příhodách a úrazech), s různými psychickými poruchami a další. Komunikace s každou skupinou má svá

specifika, navíc každý člověk je samozřejmě osobitý. Závažnost tématu ještě podtrhuje fakt, že řada zdravotně postižených, neurologických, psychiatrických a geriatrických pacientů má z podstaty svého onemocnění či stavu narušenu samu komunikační schopnost. Také pediatrické ambulance navštěvují rodiče, se kterými se domluvit je obtížné – je dobré vědět, že u nich může jít o poruchu, spíše komorbiditu poruch, která přetrvávala z dětství.

■ Pojem komunikace a vyšší piedestal pro ni na poli medicíny

Vysvětleme si samotný pojem komunikace. Jedná se o vzájemnou výměnu informací mezi dvěma (produktorem a recipientem) i více lidmi. Produktor vytvoří a kóduje obsah sdělení, vybírá slova odpovídající dané myšlence, zadá příkazy pro artikulační orgány a produkuje sekvence slabik a slov. Vzniká signál, který se šíří prostředím k recipientovi. Recipient signál přijímá sluchem i zrakem. Postupně ho dekoduje, až zachytí obsah a význam informace. Dále dochází ke střídání rolí mezi recipientem a producentem a jednotlivé fáze se opakují. Rozlišujeme komunikaci verbální (mluvená a psaná řeč – např. e-mail) a neverbální (oční kontakt a mimika obličeje, pohyb rukou, hlavy, těla). Řeč je schopnost užívat jazyk k dorozumívání, je také nástrojem myšlení a sociálního přizpůsobování. Mluvená řeč je nejrychlejší a nejefektivnější způsob komunikace, dělíme ji na receptivní a expresivní. Jazyk definujeme jako sociálně sdílený systém znaků, symbolů s pravidly.

Národní rada zdravotně postižených České republiky vydala v roce 2006 Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením, které má pomoci zdravotnickým pracovníkům s bezproblémovou komunikací s lidmi se zdravotním postižením. Jedná se o metodický materiál, který stanovuje

zásady komunikace zdravotnického personálu s občany se sluchovým, zrakovým a pohybovým postižením, demencí a geriatrickými pacienty (3). Desatera mají na svých webových stránkách umístěna některá zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny aj. Specifické způsoby má také komunikace s agresivními a obecně psychiatrickými pacienty. O komunikaci jako takové rovněž roklují a píší zdravotní sestry v rámci svého postgraduálního vzdělávání. To vše jsou jistě správné signály, nezdá se však, že by problémů v každodenní praxi ubývalo.

Řada z nás zdravotníků si tato fakta více uvědomuje a možná i připouští, že umět se skutečně domluvit vyžaduje kombinaci přirozeně nabytých a cíleně získaných komunikačních dovedností a zároveň odbornou erudici ve vlastní specializaci – a to za nás nevyřeší ani sestra, ani psycholog. V našich ambulancích totiž nebývají pacienti pouze s izolovaným zdravotním postižením. Řada z nich má naopak kombinaci postižení a poruch, navíc ještě s problémy, jež spadají do té naší specializace. Příkladem pediatrické praxe může být sedmiletý pacient s percepční nedoslýchavostí a narušenou komunikační schopností, v kombinaci se syndromem ADHD, u kterého se zvažuje indikace k vyšetření adenoidní vegetace. Pediatr tak najednou vykazuje dovednosti komunikace s dítětem sluchově postiženým a s ADHD na určité vývojové úrovni a zároveň znalosti o ADHD – včetně souvislosti se sníženou imunitou, o vzájemném vztahu sluchu a řeči, o souvislostech ADHD, vývoje řeči a jazyka, nosní mandle a sluchu. V kombinaci s rodičem s ADHD a plnou čekárnou nemocných se může jednat o zátěžovou situaci pro všechny zúčastněné.

Určitě by bylo zapotřebí rozšířit jak pregraduální, tak především postgraduální vzdělávání o erudovanou výuku komunikace.



Standardní pediatr jistě umí komunikovat se standardním dítětem a rodiči, foniatr a ORL lékař se sluchově postiženým, oftalmolog zase s pacientem se zrakovým handicapem, geriatr s těmi, které léčí. Avšak zřejmě jen psychiatři mají v rámci svého vzdělávání možnost se blíže seznámit s komunikačními technikami. Zejména ti, co spolu s klinickými psychology podstupují psychoterapeutický výcvik, psychiatr tak „vlastní“ vše najednou: sebezpoznaní, komunikační dovednosti a medicínský pohled – samozřejmě s převahou do té své specializace. Dětský psychiatr a dětský klinický psycholog jsou navíc vychováni v komunikaci s malým pacientem podle jeho stavu psychomotorického vývoje. Specifika komunikace s pacienty jsou předmětem postgraduálního vzdělávání klinických logopedů.

■ **Narušená komunikační schopnost v komorbiditě od dětství do dospělosti**

Existuje jedna významná skupina pacientů, která patří v MKN-10 do kapitoly Poruch duševních a poruch chování (4), u které je základním symptomem jejich onemocnění sám komunikační deficit, a to především narušení příjmu řeči. Postižený recipient sice signál zachytí, ale nedokáže jej pak adekvátně dekodovat, tudíž nezachytí přesný obsah a význam informace. Při střídání rolí komunikujících tak dochází k laicky humorné situaci typu „jeden o voze a druhý o koze“, může však také docházet k traumatizujícímu zážitku pro nemocného, pokud dotýčný o své poruše neví (pochybuje o své inteligenci, dochází k podráždění sebevědomí, výjimkou nejsou úzkosti i deprese).

Hlavním symptomem je centrální porucha sluchového zpracování řeči/jazyka. Prevalence u dětí je významná, porucha je řazena mezi neurovývojová onemocnění, neurovývojové syndromy, jejichž společným jmenovatelem je časné postižení nezralého mozku, které se manifestuje parciálním opožděním vývoje. U nás v centru máme vysledováno, že **dysfázie mívá často genetické pozadí** – perinatální či prenatalní riziko na hereditárním podkladě. Klinická sledování také ukazují, že **vysoký počet dětí s narušenými fatickými funkcemi má současně syndrom poruchy pozornosti** (dokonce společný výskyt může vytvářet i zdání poruchy z oblasti autistického spektra, proto je na místě řádná diferenciální diagnostika). **Dědičnost jako jeden z významných etiologických faktorů vzniku**

syndromů ADHD/ADD je potvrzena a uváděna v rozmezí 50–80 %.

■ **Přetrvávání symptomů dysfázie do dospělosti z pohledu komorbidit a neurovůd**

Neznáme dosud procento dysfatičků, u kterých během vývoje dochází k úplné remisi. Podívejme se proto na problematiku z pohledu komorbidního syndromu **ADHD/ADD**. Dozvíme se, že **příznaky přetrvávají přes dospívání až do dospělosti u téměř 80 % pacientů**. Počet dospělých pacientů je do jisté míry odvislý od toho, jak se provádí psychiatrické vyšetření (až v 90 % případů, zahrneme-li i škálu globálního fungování) (5).

Vedle důležitého klinického pozorování a výzkumů stále ucelenější závěry dávají anatomické studie a studie funkčních zobrazovacích metod mozku. U ADHD zjistíme dysfunkce korového prefrontálního striatového-palidového obvodu včetně postižení vermis cerebelli funkčního systému (6). Víme, že základním příznakem ADHD/ADD z pohledu neuropsychologie je postižení exekutivního systému. Jeho základ sídlí v prefrontálním kortexu (dolní a horní zevní a polární), který je zodpovědný za soustředění, chápání, rozhodování, vybavování. Klíčovou činností těchto systémů je zaregistrovat informaci, podržet a vhodnými postupy ji zpracovat ve spolupráci se senzoryckými a motorickými korovými oblastmi. V případě pracovní slovní paměti, tedy krátkodobé, se jedná o funkci dolních částí parietálního laloku, které sousedí s temporální Wernickeovou oblastí (arey 39 a 40 na Brodmanově mapě – grafické a lexické fatické funkce, stereo-gnozie aj.). Samotná Wernickeova oblast, výrazně se mezi lidmi lišící svým objemem, slouží k diferenciaci mluvené řeči, tudíž v interakci s prefrontálními systémy se podílí na zapamatování si právě slyšeného. Protože sousedí s areou zrakového poznávání, a tedy ve spolupráci s prefrontálním kortexem se podílí na zrakové paměti, je možno zvažovat souvislost mezi ADHD/ADD, poruchou sluchového zpracování řeči/jazyka a zapomenutím právě přečteného, a to zejména tehdy, pokud bude napsané obsahovat slova, jejichž význam čtenář nezná. Výsledky studií o dyslektických dospělých ke zjištění, že významná část z nich obtížněji zpracovává jazykové informace. V těchto případech lze dyslexii považovat za reziduální obraz základní poruchy řeči – dysfázie (7). Funkční porucha je lokalizována do pomezí levého temporálního a okcipitálního kortexu a do

pravé frontální a parietální kůry. Anatomické studie navíc potvrzují anatomické odlišnosti. Většina dospělé populace s přetrvávající symptomatikou komorbidní neurovývojové poruchy už téměř dobře čte – právě čtení se postupně stalo hlavním zdrojem informací i vlastní rehabilitací fatických funkcí. Mluví, píše a počítá (i počítání je zčásti závislé na jazykových systémech) tak, že člověk neznalý diagnózy ji nezachytí, případně omylem posoudí rozumové schopnosti. Při bližším pohledu je možno zaregistrovat komunikační nejistotu, latence ve vybavnosti pojmů, častá je však také mnohomluvnost a skákání do řeči, mohou být nápadnosti v tempu řeči (zrychlené či zpomalené), výjimkou není přetrvávající a viditelná dyspraxie mluvidel (např. obtížněji zvladatelný jazyk) i nálezy v artikulaci. Také v psané podobě (psaném dopisu či v e-mailu) mohou i nemusejí přetrvávat chyby. **Velmi časté jsou však obtíže percepčního rázu, kdy dospělý nedostatečně porozumí řečové sekvenci, a to zejména tehdy, pokud je dlouhá a mluvcí má rychlé tempo řeči či monotónní projev.** U těch nejmírnějších poruch mívá dospívající a dospělý nálezy spíše v percepci dalšího (cizího) jazyka a obecně se zapamatováním a vybavováním neznámých pojmů i názvů (jmen). Přitěžuje v komunikaci s takovým člověkem, podobně jako u sluchově postiženého s periferní lézí, je hlučné prostředí, kde naráz mluví více lidí, TV, rádio.

Diagnostické nástroje specializovaného klinického logopeda, vzniklé za účelem diagnostiky afázií (poruch vyjadřování a chápání jazyka podmíněných poškozením mozku) a specifických poruch učení zachytí u dospívajícího či dospělého snížený výkon jak v oblasti porozumění, tak tvorby řeči (např. plynulosti), pracovní slovní paměti, čtení, psaní, pozornosti aj.

Přiznejme si, že řada z nás se občas nechá unést do „posuzování inteligence“. Její objektivní stanovení je u člověka s narušenými fatickými funkcemi obtížné, podobně jako u cizince. Vyžaduje klinického psychologa se znalostmi diagnóz a s adekvátními diagnostickými nástroji. Je proto vhodné se vyhnout ukvapeným soudům. Obecně je u dysfatičků neverbální intelekt vyšší než verbální, existují studie, které vyjadřují, že se intelekt zhoršuje se stupněm dysfázie. Nálezy v prefrontálních systémech ovlivňuje od raného věku sociální chování, emoce. Zde vystupuje do popředí význam rodiny, její schopnost poskytnout dítěti a dospívajícímu bezpečí, lásku a řád. Zvýšeně citliví



pacienti, zejména ti, kteří neměli štěstí na adekvátní přístup rodiny a školy, mohou mít celoživotně snížené sebevědomí, trpět úzkostmi, depresemi a dalšími sekundárními psychiatrickými poruchami. O netrpělivých, fukajících, nadměrně hovořících, konfliktních a pak se omlouvajících rodičích není třeba psát, všichni je známe z každodenní praxe. Dospělý jedinec s ADHD/ADD již většinou nenaplnuje všechna kritéria pro stanovení diagnózy, přesto však může mít závažné funkční postižení. Dosažené vzdělání je odvislé od stupně a typu poruch, skutečné inteligence, efektivnosti případné léčby (často však diagnózy dříve nebyly identifikovány, v dětském věku stimulace logopedem, př. v PPP stanovena SPU), podnětnosti svých rodičů, přístupu učitelů, vlastního osobnostního profilu a štěstí. A tak může být profesí inženýr, prodavačka, kadeřník atd.

■ Způsob komunikace s dospělým pacientem, u kterého přetrvává symptomatika komorbidit dysfázie a ADHD/ADD
Pravděpodobně nás napadají někteří konkrétní rodiče, u kterých by se zmíněná komorbidita mohla vyskytovat. V předloženém Desateru komunikace s pacienty s přetrvávající symptomatikou vývojové dysfázie je navržený způsob komunikace s nimi.

1. Před rozhovorem navážeme zrakový kontakt, který udržujeme po celou dobu rozhovoru.
2. Poskytneme pacientovi více času. Dáme prostor k vyjádření pocitů. Mluvíme v krátkých, jasně strukturovaných větách, vytváříme pauzy, užíváme spíše konkrétní výrazy, redukuje latinské termíny, označení a četnost jmen a názvů. Dbáme na zřetelnou (nikoliv přehnanou) výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby sdělení opakujeme.
3. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku. Rušivé je rádio, TV a paralelní hovor jiných lidí. Stejně tak netrpělivé a hlučné dítě (během hovoru je může zrakovými aktivitami zaměstnat sestra, aby rodič mohl plně vnímat).
4. Předem vysvětlíme, co může během vyšetření či ošetření svého dítěte očekávat a jakou spolupráci od něj budeme potřebovat.
5. Vhodné je dávat dotazy ze dvou možností. Důležité dotazy (užívání léků,

popis příznaků atd.) raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má užívat léky nebo dodržovat léčebnou životosprávu. Důležitá sdělení ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou.

6. Dbáme na to, abychom pacienta (rodiče) nezahltili. Občas požádáme, aby nám svými slovy sdělil, co nám rozuměl (není však vhodné se ptát přímo, často se dospělý stydí přiznat, že nerozuměl). Vhodné je se ptát po našem důležitém sdělení.
7. Většina dospělých pacientů již bude vyřčenému pravděpodobně rozumět, nemůžeme však odhadnout, z kolika procent, i malé nepochopení může způsobit zbytečné obtíže až chaos. Rodiče, u kterých se v dětství manifestovala dysfázie receptivního typu těžšího stupně, řadu informací z našeho sdělení nezachytí a mohou je „překroutit“.
8. Pokud sami pacientovi pro těžší a kombinovaný nálezy v řečové expresi nerozumíme (huňhá, špatně vyslovuje, koktá), citlivým způsobem, klidně i neverbálním způsobem (mimikou, gestem) mu to dáme najevo a znovu se mu snažíme porozumět, případně zjistíme, jaký způsob komunikace pacient preferuje (zda mluvenou, či psanou podobu), a podle toho se zařídíme. Projevení zájmu je pro pacienta prioritou.
9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde primárně o důsledek fatické léze, nikoliv o projev schválnosti či nezájmu. Může se rovněž jednat o kombinaci postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme s respektem, ohledem na důstojnost a odbornou pokorou. Je velmi pravděpodobné, že tento pacient dosud nebyl se svojí diagnózou seznámen, neví o ní a z komunikace jako takové nemá pozitivní zkušenosti. Neprojevujeme proto netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat. Pro dospělého člověka je velmi důležité se s onemocněním seznámit, nemoc pojmenovat, popsat, vysvětlit – to by mělo náležet specialistovi z řad klinických logopedů.
10. Pro získání potřebných znalostí nestačí samotný text desatera, je nutno prostudovat si příslušnou literaturu a získat dostatečné dovednosti a zkušenosti v praxi.

■ Závěr

Komunikace mezi pacientem a zdravotníkem predikuje vztah mezi nimi a efektivnost léčby. Zaslouží si proto vyšší piedestal na poli medicíny. Existují pacienti, s nimiž je komunikace obtížnější. Řada zdravotně postižených, neurologických, psychiatrických a geriatrických pacientů má z podstaty svého onemocnění či stavu narušenu samu komunikační schopnost. Mezi ně patří lidé s přetrvávající komorbiditou syndromů dysfatického a ADHD/ADD, ještě nedávno považovanou za čistě dětské poruchy. Klinické studie, anatomické výzkumy mozku a funkční zobrazovací metody ukázaly, že **příznaky těchto neurovývojových poruch u dosud neznámého počtu pacientů přetrvávají do dospělosti**, i když v pozměněné podobě, a mají tak celoživotní ráz. Různost stupňů a typů poruch, léčby, intelektů, osobnostního profilu, rodinného zázemí a přístupu školy vytváří heterogenní skupinu dospělé populace. **Hlavními společnými znaky jsou centrální porucha sluchového zpracování řeči/jazyka a nižší krátkodobá slovní paměť.** Dospělý pacient s přetrvávající symptomatikou dysfázií receptivního typu může mít významné komunikační potíže, přičemž jeho komunikační partneři a často i on sám neznají příčinu. Doporučení k efektivnější komunikaci s nimi nabízí desatero komunikace.

■ Literatura

- 1) Janáčková L. Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámcem komunikace. *Medical Tribune*. 2009;5(31):B6
- 2) Prošková E. Lékaři podceňují význam komunikace s pacienty, *Infoservis VZP*. 2012;3(23):4
- 3) Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením*. Praha: NRZP, 2006
- 4) Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. *Duševní porucha a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum, 1992
- 5) Theiner P. ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2012;13(4):148-150
- 6) Koukolík F. *Lidský mozek. 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Portál, 2002
- 7) Říčan P, Krejčířová D. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2006
- 8) Goetz M. *Současný pohled na léčbu ADHD*. *Remedia*. 2009;19(3):190-196
- 9) Neubauer K. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007
- 10) Občanské sdružení Afázie. *Základní rady pro komunikaci s osobou s afázií*. Šumperk: o.s. Afázie
- 11) Janáčková L, Weiss P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008
- 12) Pospíšilová L. *Dysfatické syndromy*. *VOX PEDIATRIAE*. 2014;14(7):23-26



Dysfatické syndromy

PaedDr. Lenka Pospíšilová

DEMOSTHENES – centrum pro děti s neurovývojovými poruchami, Ústí nad Labem

Vývojová dysfázie znamená narušení vývoje fatických funkcí. Řadí se mezi neurovývojové poruchy syndromového charakteru. Dlouho je nebylo možno zobrazovacími metodami mozku zachytit a výzkum byl směřován hlavně do oblasti popisu klinického obrazu. V současné době lze potvrdit centrální poruchu sluchového zpracování řeči, oslabení pracovní slovní paměti, oslabení složitých jazykových systémů v mozku, včetně anatomické odlišnosti, a souvislost s poruchami pozornosti a specifickými poruchami učení. Dysfatické syndromy jsou nadále předmětem interdisciplinárního zkoumání.

Klíčová slova: dysfázie, dysfatické syndromy, dyspraxie, specifické poruchy učení na bázi dysfázie, ADHD/ADD, klinická logopedie

■ Úvod

Specifická vývojová porucha řeči (specific language impairment) je narušená schopnost osvojit si mluvenou řeč. Z definice plyne, že je narušený vývoj tvorby řeči, zdaleka není možné zúžit obsah termínu na narušenou artikulaci. Pojem vývojová dysfázie (developmental dysphasia), jak se toto synonymum běžně užívá, správně evokuje, že se jedná o daleko rozsáhlejší a hlubší problém. Vývojová znamená opak získané – i takové poruchy řeči u dětí existují (post-traumatické aj. afázie, Landau-Kleffnerův syndrom). **Dysfázie je označením narušeného vývoje fatických funkcí. Za fatické funkce považujeme vnímání, rozumění a tvorbu řeči, myšlení v abstraktních pojmech, čtení, psaní a zčásti počítání.** Řeč je schopnost užívat jazyk, což je sociálně sdílený systém znaků, symbolů s pravidly. Je nástrojem k myšlení a k dorozumívání. Dorozumíváme se procesem komunikace, který má složku verbální a neverbální (oční kontakt, mimika, pohyb rukou, hlavy, těla) a formu psané či mluvené řeči. Komunikace má primárně sociální účel. Řeč se jako psychologická funkce dělí na receptivní (příjem) a expresivní (tvorbu). Včasná identifikace, řádné vyšetření a terapeutická, případně farmakologická léčba dětí s vývojovou dysfázií vyžaduje koordinaci pediatra a specialistů.

■ Afázie a dysfázie – rozdílnost a podobnost

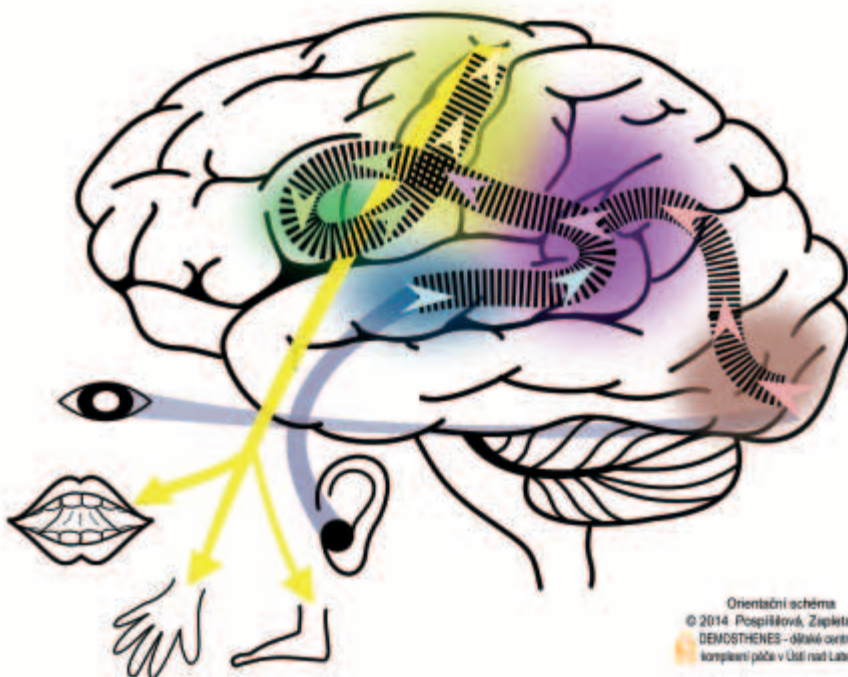
Afázie lze definovat jako získané poruchy receptce a exprese řeči, vznikající nejčastěji při poškození kůry dominantní mozkové he-

misféry. Onemocnění se vyznačuje úplným nebo částečným narušením symbolické soustavy mluvené a psané řeči a často je kombinováno s dalšími poruchami symbolických funkcí, jako je agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy P-L orientace. Afázií je několik typů a stupňů, dodnes dominuje klasická typologie, jejíž základy položili Broca a Wernicke. Postupně se změnil jejich obsah a přibýly nové typy (Bostonská klasifikace, Damasio 1992). Zaznamenáváme moderní trendy v klinicko-logopedické diagnostice afázií, díky nimž lze upřesnit stav nemocného a efektivněji mu pomoci (zejména se jedná o specializovaná pracoviště – neurologické a foniatrické kliniky aj., ale i následnou péči v terénu). Dysfázie je, zjednodušeně řečeno, tímto onemocněním ve vývoji. Není vysvětlitelné poruchou periferního sluchu, mentální retardací, pohybovým postižením ani abnormálním

sociálním prostředím (např. deprivací). Také dysfázií je několik typů, stupňů a identifikujeme je v různých komorbiditách. MKN-10 rozděluje dysfázie na expresivní poruchu řeči a receptivní poruchu řeči, DSM-V na narušený vývoj expresivní řeči a smíšený receptivně-expressivní narušený vývoj řeči.

■ Výzkumy dysfázií

Vzhledem k difúznímu narušení či poškození CNS je nelze dosud spolehlivě odhalit pomocí objektivních vyšetřovacích metod. Na začátku tohoto století proběhl v České republice výzkum prostřednictvím vyšetření sluchových evokovaných potenciálů – kmenových a korových, který navázal na tradici pražské foniatrické školy a mj. potvrdil souvislost poruchy centrálního časového zpracování akustického signálu s patologickými nálezy korových sluchových potenciálů u dětí s vývojovou dysfázií (Dlouhá. 2003).





V současné době očekáváme blízkost výsledky čtyřletého výzkumu neurologické kliniky, v rámci kterého jsou dysfatictí pacienti vyšetřováni mj. MR traktografií a posuzováni interdisciplinárně (Komárek a kol., 2014). Již nyní lze u nich potvrdit centrální nález, složitost jazykových mechanismů a významnost integrity. **Avšak i přes snahu o objektivizaci diagnostických metod je zásadní klinický obraz diagnózy.** V tomto případě klinický obraz specifické poruchy řeči ve vývoji. Ze zásadních prací, které k tématu byly vydány, jmenujme monografii psycholožky a logopedky Vývinová dysfázia (Mikulajová M., Rafajdusová I., 1993), dále kapitulu o dysfázích v Klinické logopedii (Škodová, 2003) a v neposlední řadě kapitolu Poruchy řeči u dětí v Dětské klinické psychologii (Krejčířová, 2006). I když se v jednotlivých pracích promítají různé směry, shodují se v popisu klinického obrazu a v jeho rozmanitosti.

■ Zkušenosti našeho pracoviště

Také oddělení klinické logopedie v našem interdisciplinárním, meziresortním centru s téměř patnáctiletou historií, určeném dětem s neurovývojovými poruchami, se tímto onemocněním blíže zabývá. Pozitivním aspektem je zejména možnost sledování dynamiky vývoje diagnózy u jednotlivých pacientů. V jejich léčbě jsou zapotřebí znalosti neurověd s akcentem na fatické, praktické a exekutivní funkce a současně maximálně možná znalost celého psychomotorického vývoje (zejména za účelem porovnání vývoje vnímání a rozumění řeči s vývojem neverbálních). **Prioritou je včasná a správně prováděná diagnostika,** která sestává ze snímání anamnézy a její analýzy (kromě prenatální a perinatální je také důležité zjišťovat hereditární zátěž, je třeba mít na paměti, že raný vývoj rozumění řeči a dědičnost se obtížně zjišťují), důkladného rozhořování s rodiči, testů a zkoušek, pozorování klinického obrazu – tzv. herní diagnostika, diagnostických úvah, závěru, doporučení a případné iniciace dalších vyšetření – zejména v rámci diferenciální diagnostiky. Jedná se o foniatrické vyšetření stavu periferního sluchu (i u sluchového postižení lze nalézt komorbiditu s vývojovou dysfází), o neurologické vyšetření, které provede diferenciální diagnostiku na získanou poruchu řeči či vzácné neurologické syndromy a odhalí případnou komorbiditu s epilepsií, a také pedopsychologické vyšetření, které mj. v případě podezření na snížený intelekt

vyloučí či potvrdí lehkou mentální retardaci (komorbidita vývojové dysfázie a LMR není výjimečná, dokonce obě diagnózy mohou mít společnou etiologii; Krejčířová, 2006). Klinický psycholog také ošetří dítě a rodinu pro časté emoční a behaviorální problémy. Sám klinický logoped provádí diferenciální diagnostiku od prostého opožděného vývoje řeči, samostatných fonologických a fonetických poruch (Neubauer, 2011) a vývojové dysartrie (s kterou rovněž může být vývojová dysfázie v komorbiditě), zachycuje sekundární symptomatologii komorbidní koktavosti či mutismu. V rámci diferenciální diagnostiky je důležité zvážit možnost poruchy autistického spektra. Ta se stala v posledních letech „moderní“ diagnózou, přičemž v našem centru máme díky týmovému pohledu ověřeno, že mnozí diagnostikovaní autisti, právě pro nesprávně provedenou diferenciální diagnostiku od receptivních dysfází, jimi nejsou. Snížené rozumění řeči snižuje i sociální reaktivitu a komorbidita s ADHD pak dotvřuje obraz autistického dítěte. Hlavním oborem stanovování diagnózy autismus je dětská psychiatrie, je obvyklé, že diagnostikou se rovněž zabývá klinická psychologie, a není již tolik známo, že PAS se zabývá také klinická logopedie, a to z důvodu postižení jedné z triád oblastí vývoje – komunikace. Proto je vyžádání si názoru klinického logopeda v diagnostickém procesu potřebné. Jak stanovování diagnózy vývojové dysfázie, tak diagnózy autismus (či jiné z PAS) vyžaduje specializovaný a nejlépe týmový přístup.

■ Vývojové dysfázie (VD) jsou syndromy

Od nejčastějších mírných projevů „soft signs“, které nebývají včas identifikovány, až po těžké, zejména receptivního typu, obtížně vzdělavatelné. **Hlavním symptomem je centrální porucha sluchového zpracovávání řeči/jazyka** – narušení vnímání zvuků řeči (fonologický systém) či vnímání řečových sekvencí, anebo zpracovávání verbálních podnětů, neobvyklé není rovněž narušení všeho zmíněného najednou. Logickými důsledky v tvorbě řeči jsou porucha výbavnosti slov (zejména abstraktních, tedy těch pojmů, kterých se nelze „dotýkat“ – př. dotknou se „bot, hrníčku“, nedotknou se „lži, ctižádosti“ atd.), obtíže ve stavbě věty, v aplikaci gramatických pravidel, v artikulaci (u lehkých dysfází nemusí být nápadné). Prakticky vždy je v různé míře zasažena pozornost, zejména selektivní k auditivním stimulům,

také krátkodobá paměť – samozřejmě verbální, exekutivní funkce (schopnost plánovat, rozhodovat se a realizovat cílevědomé výkony) a obratnost (celková či jemné motoriky ruky a mluvidel) – tzv. nález dyspraxie, mohou být i lehké vizuoprostorové potíže aj. Z uvedeného plyne komorbidita vývojových dysfází se syndromem ADHD/ADD, v našem centru jsme ještě nezaznamenali dysfatické dítě bez poruchy pozornosti – vždy alespoň trochu lehce odklonitelná, oscilující, většinou s přítomností dalších symptomů syndromu. IQ verbální je nižší než neverbální. Velmi časté jsou dysfázie smíšené, kdy porozumění je oslabeno jen lehce a rozdíl mezi úrovní přijímání řeči / jazyka a tvorbou je větší ve prospěch receptce. Ve školním věku velmi často dochází k manifestaci **specifických poruch učení, které jsou reziduálním obrazem vývojových dysfází** (Krejčířová, 2006). Je tomu např. proto, že „fonologický deficit je univerzálním kognitivním mechanismem na pozadí dyslexie v každém jazyce“ (Caravolas, 2005). Také proto, že zpracování významu čtené informace vyžaduje činnost Wernickeovy oblasti (Koukolík, 1995). Z hlediska lateralizace mozkových hemisfér se jedná o typ pravohemisférové dyslexie (písmena zrakově rozlišuje, avšak déle trvá si vybavit jejich název, význam slova, tím pádem i hůře rozumí textu aj.). Z hlediska vzájemného vztahu verbální a názorové složky intelektu se jedná o typ s převahou prakticko-názorové složky, tedy s obtížemi ve složce slovně-pojmové (také proto např. zaměňují pojmy pravá × levá). Dominantní jsou dysortografické obtíže (někteří autoři nerozlišují mezi dyslexií a dysortografií, vnímají dysortografické obtíže jako součást dyslexie), přítomna bývá také dysgrafie a výjimečná není dyskalkulie (předešlím verbální, u těžkých dysfází máme vysledováno, že se objevuje také dyskalkulie operacionální). Pro časté selhávání v percepci rytmu (pokud se vývojová porucha nekombinuje s hudebním talentem) je třeba ještě uvést dysmuzii (přestože nemá takové neblahé společenské důsledky jako předchozí obtíže, může být i tato porucha – vlastně symptom dysfázie – frustrující pro dítě školního věku, a to zejména tam, kde se učitel domnívá, že správný přístup je „ke všem stejně“).

■ Typický vývoj komorbidit VD + ADHD

a) do 3 let:

- Mohou být obtíže s příjmem tuhé stravy



- Opožděný vývoj řeči – nemusí být zachycen vzhledem k velké variabilitě vývoje, stupňů a typů dysfází, intelektu i sociálního prostředí
- Obtíže s nápodobou slova
- Podezření na sluchovou poruchu pro deficity ve vnímání řeči, tvoření věty a srozumitelnosti
- Více neverbální komunikace (gestikuluje) a zrakových aktivit
- Komunikační deficit vede k prodloužení fáze negativismu
- Hyperaktivita, impulsivita, problémy s režimem

b) předškolní věk:

- Dysnomie (i u dítěte s logoreou, která to pro okolí „maskuje“ – „nemluvil, ale teď nezavře pusou“ – úkolem odborníka je odělit kvantitu od kvality)
- Logorea – může a nemusí být přítomna (záleží na typu)
- Námaha a nejistota spojená s vyjadřováním
- Obtížné osvojování si pojmů barev, času, prostoru
- Deficit v porozumění delší a složitější řečové sekvence a abstraktních pojmů – nemusí být pro okolí znatelný
- Dyspraxie – nálezy v kresbě, na mluvidlech, případně v hrubé motorice
- Organicitní kresba způsobem vypracování
- Deficitní krátkodobá verbální paměť
- Možné sociální obtíže
- Není výjimečné snížení imunity, VDT, alergie, atopický ekzém aj.

c) školní věk:

- Zvýrazňují se poruchy exekutivních funkcí – proto nestabilní výkony
- Přetrvává dyspraxie, pokud je její nálezy významnější, jedná se o SPU – dysgrafii
- Přetrvávající a prohlubující se logorea, pokud se již stala součástí klinického nálezu
- Smíšená SPU s dominancí dysortografie, častá dyslexie, výjimečná není verbální dyskalkulie
- Obtíže zasahují prakticky do všech předmetů
- U těžších stupňů frustrace – nemožnost vyjádřit své pocity a potřeby, hodnotně se domluvit s rodiči, vrstevníky a učiteli
- Poruchy sebehodnocení, neurotizace ve fatických funkcích: balbuties, elektivní mutismus aj.
- Přetížení rodiny

■ Prevalence

Co se VD týče, Dlouhá uvádí 5,4 %, Smolík 7 %, DSM IV 3–10 % ze školní populace, Krejčířová udává souhrnné číslo pro všechny vývojové poruchy řeči v předškolním věku 19 %, započítává sem sice i lehké poruchy výslovnosti, avšak zároveň se domnívá, že je-li přítomna i porucha fonologická (obtíže s rozlišováním podobných zvuků řeči) nebo artikulační neobratnost a přetrvávající asimilace (komolí, i když hlásky umí), nejedná se o prostou dyslálii, ale nespíše o některý typ VD lehkého stupně.

Zajímavé také je podívat se na uváděnou prevalenci ADHD/ADD. Cahová, Oslejšková uvádějí 3–7 %, Theiner 5–20 %, DSM IV v 1. třídách až 18 %. Dlouhá ve svém výzkumu uvádí, že 50 % dětí s VD z jejího vzorku mělo zároveň ADHD. Vzhledem k přímé souvislosti specifických poruch učení (SPU) a VD, v rámci které je SPU považována za reziduální obraz VD, je na místě ještě uvést prevalenci SPU – původní práce uvádějí výskyt 2–3 %, nové až 10 % na českých školách, v USA 5–17 %. Logický je rovněž Matějčkův údaj, že v zemích s foneticky důsledným pravopisem je výskyt poruch čtené a psané řeči nižší. Důležité je připomenout, že ne každá dyslexie je na bázi vývojové dysfázie. Avšak „v naprosté většině případů je dyslexie poruchou jazykovou, nikoliv vizuospaciální“ (Koukolík, 1994).

V našem centru s krajskou působností jsme diagnostikovali již několik stovek dětí s VD ve věku od 2 a 3/4 roku (zachycení rizika) až do věku adolescentního s největším zastoupením předškolního. Tyto děti zároveň dlouhodobě sledujeme a díky mezesortnímu přesahu se snažíme působit na vzdělávání. Za významně čtenou považujeme komorbiditu s ADHD/ADD, přičemž ADD bývá často přehlížena (dětí na první pohled klidné, s výraznými latencemi). Zároveň máme upozorováno, že nejvíce VD je mírných, „soft signs“ (dokonce nemusí být z pohledu laika ani problém s výslovností či v danou krátkou chvíli s pozorností), u kterých by SPU (zejména kompenzované kvalitním intelektem a rodinou) nebyly identifikovány vůbec, či až v pozdějších letech školního vzdělávání (třeba až na střední škole). Avšak právě tyto děti bývají frustrované, náchylné na výskyt sekundárních neuróz (např. koktavosti), depresí aj. Také se domníváme, že tito pacienti pro svoji obtížnou identifikaci nebývají zahrnuti ve výzkumných vzorcích, z toho vyvozujeme, že výskyt VD je vyšší, než naše odborná literatura udává.

■ Etiologie

Hereditární, prenatální, perinatální a kombinace – z důkladných snímání anamnéz na našem pracovišti máme vysledováno, že velmi častým jevem bývá perinatální či prenatální riziko na hereditárním podkladě.

Rodiče jsou často obviňováni za problémy svých dětí, existují však již důkazy o vlivu genů. Anglická studie z roku 2008 přichází s teorií, že geny kódují vývoj řeči (Vernes SC, Newbury DF, Abrahams BS, Winchester L, Nicod J, Groszer M, Alarcón M, Oliver PL, Davies KE, Geschwind DH, Monaco AP, Fisher SE, 2008).

■ Závěr

Dysfázie je označením narušeného vývoje fatických funkcí. Za fatické funkce považujeme vnímání, rozumění a tvorbu řeči, myšlení v abstraktních pojmech, počítání, čtení a psaní. Narušený vývoj řeči není vysvětlitelný poruchou periferního sluchu, mentální retardací, pohybovým postižením ani abnormálním sociálním prostředím. VD jsou syndromy, MKN-10 je rozděluje na expresivní poruchu řeči a receptivní poruchu řeči, v praxi převažují smíšené, kdy porozumění je oslabeno lehce – tzv. vývojová dysfázie či dysfatický syndrom s převahou poruchy v oblasti exprese. **Vyskytují se od mírných projevů až po těžké, zejména těžké dysfázie receptivního typu predikují závažné školní obtíže a snížení kvality života.** Hlavním symptomem je centrální porucha sluchového zpracovávání řeči. IQ verbální je nižší než neverbální. **Reziduálním obrazem vývojových dysfází bývají specifické poruchy učení.**

Diagnóza je stále více předmětem výzkumů. Vzhledem k difuznímu narušení či poškození CNS ji dosud nelze spolehlivě odhalit pomocí objektivních vyšetřovacích metod. Proto je třeba mít detailní znalosti klinického obrazu vývoje diagnózy, možných komorbid a etiologie, která má velmi často hereditární podklad. I v těchto případech je důležitá včasná a správně prováděná diagnostika. Již během prvního roku lze pozorovat méně žvatlání, méně očního kontaktu i méně vzájemných vokalizačních výměn mezi rodiči a dítětem, výjimečné není opožďování motorického vývoje – u mírných stupňů bývá symptomatika velmi nenápadná.

Signály narušeného vývoje lze zaznamenat ve dvou letech, stačí jedna z možností, pokud dítě:

- nemá komunikační záměr, nepoužívá gesta



- **aktivní slovník pod 50 slov či nezačínají holé věty**
- **řečová receptce výrazně převyšuje expresi**
- **nerozumí řeči**
- **řeč je pro rodinu zcela nesrozumitelná.**

V tomto věku se neprovádí preventivní prohlídka. **Ve třech letech však již lze zachytit narušený vývoj systémově.** Ale kam pacienta doporučit? Každý logicky vyvodí: k tomu odborníkovi, který nejlépe – teoreticky a prakticky – zná zákonitosti fatických funkcí, ale také praktických a exekutivních.

Poznámka

Gynekologické obtíže také neposíláme na kardiologii. Avšak kdo je tím skutečným odborníkem? Odpověď není jednoduchá, nicméně je třeba vědět, že je dávným přetrvávajícím názorem (a nebylo tomu tak ani před 25 lety, když jsem začínala), že se klinický logoped zabývá hláskami – výslovností, výslovnost je pouze důsledkem vývoje, buď fyziologického, či narušeného. Mýty se však hůře a dlouho vyvracejí, navíc ve společnosti, kde je atestovaný klinický logoped, vzdělávaný Subkatedrou foniatrie, pedaudiologie a klinické logopedie IPVZ, právně odpovědný za stanovení diagnózy a vedení léčby, zaměřován za logopedickou asistentku či speciálního pedagoga. Odborná i laická veřejnost tápe, nemůže vědět, že školský resort logopedii nemá uzákoněnou, že logopedické třídy a školy navrhl neznalý úředník ministerstva školství, který by příště mohl přijít třeba s pediatrickými školami (a nepřemýšlel by o tom, kdo by je navštěvoval). Že logopedická prevence (10 mil. Kč z EU přes MŠMT do školek a škol) je u hereditárně, prenatálně a perinatálně podmíněných poruch nesmyslná. Úsměvné paradoxy jsou však alarmující, předškolní a školní zařízení navštěvují děti s neurovývojovými poruchami bez řádného vyšetření a ošetření či bez návaznosti na tato vyšetření. PPP či SPC diagnostikují bez medicínského či zdravotnického vzdělání.

Složitá a dosud neprobádaná fatická a exekutivní funkce jsou součástí funkcí psychických, děti s křehkou CNS jsou vystavovány neodbornému tlaku, **není proto divu, že je tolik sekundárních neuróz.**

Začít bychom měli v našem resortu. Vyměnit si odborné poznatky, získat vzájemnou důvěru a snažit se mezi obory domluvit na standardním postupu s ohledem na terén.

Teprve po naší diagnostice a souhrnu doporučení vejít koordinovaně do druhého resortu. Začíná se tak dítě – dětský psychiatr se spojuje s obcí klinických logopedů s vysvětlováním faktu „ADHD je nemoc“ směrem do školského resortu, neurologická klinika provádí interdisciplinární výzkum dysfázií a přednosta kliniky o něm diskutuje se zastupci klinických logopedů v našem centru, budoucí foniatri mají povinnou stáž u klinického logopeda atd. Na regionální konferenci pediatriů se odborné i praktické téma otvírá, mezi představiteli klinických logopedů a pediatriů je vstřícná snaha se domluvit. Z pohledu „odborníka“ přes komunikaci málo se v každodenní praxi věnujeme zpětné vazbě druhému (nedostatečné vysvětlení ve zprávě či chybějící zpráva KL, pediatri se zbytečně obávají finančního znevýhodnění ze strany ZP a odešle do resortu školství, které by mělo řešit správný přístup školy k dítěti, šikanu a nikoliv diagnózu, atd.).

Diagnostiku a sledování by měli provádět jen vyškolení zdravotníci odborníci se znalostmi dysfázií a poruch pozornosti, diagnóz v rámci diferenciální diagnostiky, základů neuropsychologie a důkladné znalosti psychomotorického vývoje:

- nejlépe klinický logoped se znalostí neuropsychologického hodnocení psychomotorického vývoje
- dětský klinický psycholog s orientační znalostí fatických funkcí
- foniatri a neurolog pro diferenciální diagnostiku
- pedopsychiatri pro častou komorbiditu s ADHD/ADD.

Ideální jsou specializovaná pracoviště s interdisciplinárním týmem či úzce spolupracující odborníci.

Terapie začíná řádným vysvětlením diagnózy, její přibližné prognózy a poradenstvím rodičů, jak s dítětem komunikovat, s čím a jak si hrát i jak dítě vychovávat. Zpočátku není potřebná četnost terapií – důležitá je včasnost a kvalita ošetření rodiny. U předškolních dětí je vhodné informovat MŠ, případně napomoci ke správnému zařazení – významnou kontraindikací je tlak na fatické a exekutivní funkce (nucení, drill, opakování, nácvik výslovnosti bez souvislosti atd.), naopak správně vedená léčba spočívá v systematických stimulacích narušených funkcí (především příjmu řeči i jemné motoriky) s využitím silných stránek vývoje a zájmu, podporou sebevědomí. A opět více než kvantita je potřebná kvalita, „hlavním terapeutem“ je detailně zacvičený rodič,

ideálně spolu s učitelkou, nikoliv klinický logoped – ten je pouze citlivým poradcem a koordinátorem procesu. U školních dětí je třeba cílené stimulace propojit s výukou, vybrat nejvhodnější způsob vzdělávání a dbát na přiměřenost tlaku ze strany školy, rodiny i samotného dysfatika s vyššími ambicemi. Přínosem jsou také odborně vedené psychotherapie klinickým psychologem, v některých případech či fázích vývoje pacienta a poruchy bývají dokonce v léčbě primární.

Literatura

- Caravolas M, Volín J, Hulme C. Phoneme awareness is a key component of alphabetic literacy skills in consistent and inconsistent orthographies: evidence from Czech and English children. *J Exp Child Psychol.* 2005 Oct;92(2):107-139
- Dlouhá O. Vývojové poruchy řeči. Vztah centrálních poruch řeči a sluchu. Praha: UNITISK, 2003
- Damasio AR. Aphasia. *N Engl J Med.* 1992;326(8):531-539
- Kapalková S a kol. Hodnotenie komunikačných schopností detí v ranom veku. Bratislava: SAL, 2010
- Koukolík F. Vybrané přednášky o vztahu mozku a chování. Praha: Univerzita Karlova, 1994
- Koukolík F. Mozek a jeho duše. 3., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2005
- Komárek V a kol. Výzkum korelace MR traktografie, EEG analýz a počítačového zpracování řečového signálu u dětí s vývojovou dysfázií 2010-2014. Seminář k dosavadním závěrům. Ústí nad Labem: DEMOSTHENES, 2014
- Lechta V a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003
- Mikulajová M, Rafajdusová I. Vývinová dysfázia. Bratislava: Dialóg, 1993
- Neubauer K. Artikulace a fonologické rozlišování hlásek. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2011
- Love RJ, Weeb W. Mozek a řeč. Praha: Portál, 2009
- Říčan P, Krejčířová D a kol. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2006
- Škodová E, Jedlička I. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003
- Tcvetkov A. Příspěvek k dětské neuropsychologii. 6. klinicko-psychologické dny. Banská Bystrica, 2011
- Vernes SC, Newbury DF, Abrahams BS, Winchester L, Nicod J, Groszer M, Alarcón M, Oliver PL, Davies KE, Geschwind DH, Monaco AP, Fisher SE. A functional genetic link between distinct developmental language disorders. *N Engl J Med.* 2008;359:2337-2345



Indikace ke klinickologopedickému vyšetření dětí a dorostu

■ Ihned

- je-li stanovena diagnóza, u níž komunikační obtíže jsou jedním z příznaků (smyslové postižení, rozštěpové vady obličeje, DMO, PAS – porucha autistického spektra, mentální retardace, úraz hlavy, vzácné syndromy)
- má obtíže s vývojem pohybu a řeči
- začne koktat
- při stagnaci nebo regresi v psychomotorickém vývoji, vč. vývoje řeči
- za účelem diferenciální diagnostiky (zejména receptivní dysfázie a PAS)
- při jakémkoliv pochybnosti týkající se komunikace dítěte
- má obtíže s přijímáním potravy (např. špatně kouše)

■ Při tříleté preventivní prohlídce, vhodné i ve dvou a půl letech

- nerozumí
- nemluví
- málo mluví, má omezenou slovní zásobu a neužívá gesta
- netvoří souvětí (se spojkou „a“), neužívá zájmena vč. zvrtných zájmen, neužívá pomocná slovesa (být, mít), zvýšeně špatně skloňuje a časuje
- neumí říkanku, písničku
- zdá se méně soustředěné, případně zvýšeně neklidné a obtížněji se s ním domlouváme
- rodiče mají podezření na vadu sluchu, ale to se při ORL / foniatrickém vyšetření nepotvrdilo
- není dítěti rozumět
- zpoždování vývoje řeči v přirozeném vícejazyčném prostředí

■ Při pětileté preventivní prohlídce

- nerozumí delším a složitějším větám, neorientuje se dle předložek,
- nezná básničky, obtížněji se je učí
- „slyší jen to, co chce, a nedbá“ – výpověď rodičů
- nerado naslouchá pohádkám, má latence ve vybavnosti slov
- větná skladba je chudá (málo souvětí)

- má dosud obtíže s určením a pojmenováním základních barev a tvarů a s časovými pojmy
- patlá, huhňá a přitom nemá rýmu ani AV

■ Od šesti let

- při jakémkoliv přetrvávajícím artikulačním nálezu a jevech popsaných výše

■ Ve školním věku

- při podezření, že nám dítě méně rozumí, a má výukové obtíže
- týká se i středoškoláka, zejména tehdy, pokud u něho byla dříve stanovena SPU a přetrvávají obtíže s výukou cizího jazyka

Klinický logoped je vysokoškolsky vzdělaný pracovník se specializační přípravou a atestací při Subkatedře foniatrie, pedaudiologie a klinické logopedie IPVZ. Jeho odbornou způsobilost vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. Klinický logoped je odpovědný za diagnostiku a terapii fatických a motorických řečových funkcí. Je povinen poskytnout zpětnou vazbu tomu, kdo si jeho vyšetření vyžádá.

Rada Asociace klinických logopedů České republiky

Mezinárodní škola klinické homeopatie CEDH
a Homeopatická lékařská asociace
pořádají dvouleté

HOMOPATICKÉ SEMINÁŘE
pro lékaře, veterináře, klinické psychology.

„Základy homeopatické terapie“
PRAHA, BRNO
říjen 2014 – duben 2015
účastnický poplatek 5.900 Kč/rok
5 víkendů (80 výukových hodin)

Organizuje:
www.hla-homeopatie.cz
Homeopatická lékařská asociace
Národní 11, 110 00 Praha 1
tel.: 775 187 669
email: urbankova@hla-homeopatie.cz

www.cedh.cz
Hlavní partner:
BOIRON



Herní pracovník jako součást dětských oddělení?

Mgr. Bc. Michaela Rothová

Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Dětská chirurgie – dětské úrazové centrum

Hra má pro děti obrovský význam, dítě je v ní celé, je náplní nejen dětství, ale i celého života. Hrou lze v dětském věku říci prakticky cokoliv a je důležité naučit chápat tuto myšlenku nás dospělé lidi, především pak členy zdravotnického týmu, kteří s dětmi pracují.

Zcela jistě většina z nás zažila, jaké to je, když se ze zdravého člověka staneme pacientem. Přechod ze zdraví do nemoci znamená u dítěte, a samozřejmě nejen u něj, velké množství nových, náročných a neznámých situací, se kterými se těžko vypořádává. Špatné a především zatěžující je, když k tomuto stávajícímu neznámému přibude ještě další neznámé. Mezi toto neznámé můžeme řadit například nutnou návštěvu neznámého nemocničního zařízení, neznámé prostředí, neznámý personál, a pokud je zde navíc nutnost hospitalizace dítěte? O to je vše horší. Herní práce v nemocničním zařízení, a zde hovoříme o ambulantní i hospitalizační péči, má svůj speciální význam, protože je to možnost, jak zachovávat dítěti část normálního života v abnormální situaci. Herní specialista zde má za úkol podpořit normální vývoj dítěte a je mu nápomocen ve vyrovnání se s problémy a stresy spojenými s pobytem v nemocničním zařízení. Lze v podstatě říct, že pomáhá věci v nemocnici normalizovat. Zkušenost a odbornost této profese tak vlastně dává dětem příležitost vyjádřit příjemným a jim známým způsobem nepříjemné zážitky. Herní práce je nezbytnou součástí péče zaměřené na rodinu, protože pomáhá nejen nemocnému dítěti, ale všem, jichž se nemoc dítěte dotýká, zdravotnický personál nevyjímaje.

I proto by měl být, a v některých zdravotnických zařízeních v České republice již je, herní pracovník, nebo též herní specialista, jehož úkolem je být dítěti a jeho rodičům nápomocen. Jeho snahou a hlavním zájmem je vytvořit podmínky, za nichž by mohlo dítě a jeho rodiče náročné situaci lépe a snáze čelit. Práce herního pracovníka má široký potenciál a široký záběr. Herní služby, vedené kvalifikovaným herním pracovníkem, jsou součástí komplexní péče o dítě. Služby, které může herní pracovník nabídnout, lze v podmínkách českého zdravotnictví nejvhodněji uspořádat do několika oblastí podle fází léčby dítěte. První oblast tvoří

herní práce před přijetím do nemocnice, druhou herní práce v době hospitalizace a třetí herní práce po propuštění do domácího ošetřování. Věková hranice, kde může herní pracovník působit, je dána koncepcí dětských oddělení v České republice. Touto je věk od narození dítěte až do devatenácti let věku.

Většina herních pracovníků v České republice zaměřuje svoji činnost především na hospitalizované děti a jejich rodiče. Toto zaměření se samozřejmě odvíjí také od malého počtu herních pracovníků v českém zdravotnictví.

Jsou u nás dětská oddělení, kde o herním specialistovi neuvažují, a oproti tomu jsou nemocnice, kde herního specialistu vnímají jako samozřejmou součást zdravotnického týmu.

Na lůžkových odděleních se tedy setkáváme především se dvěma směry působení herního pracovníka. Tím prvním je zaměstnávání dětí v jejich volném čase se snahou tento čas vhodně vyplnit a tím druhým je specificky a cíleně zaměřená příprava na lékařské výkony a zákroky.

Herní pracovník v době hospitalizace dítěte ve zdravotnickém zařízení:

- provádí dítě celou dobou hospitalizace,
- přiměřeně věku dítě informuje,
- formou hry odhaluje vše neznámé,
- dívá se na vše očima dětí,
- je prostředníkem – „mostem“ – mezi dětmi, jejich rodiči a zdravotnickým personálem,
- je mostem mezi nemocničním a „normálním“ prostředím,
- pracuje s tím, co dítě říká, co cítí v neznámé situaci,
- poskytuje dítěti sociální oporu,
- doprovází dítě na vyšetření, výkony, ošetření, aby se necítilo samo,
- zprostředkovává výchovné a zájmové činnosti na oddělení,
- nejen hospitalizovaným rodičům poskytuje informace,
- připravuje informační materiály pro děti a jejich rodiče,

- komunikuje se všemi členy zdravotnického týmu,
- stará se o příjemné prostředí oddělení,
- realizuje preventivní program pro zdravé děti spojený s návštěvou oddělení.

Co je nesmírně důležité, je dětem vždy a za všech okolností sdělovat pravdu. I pravdu lze sdělit způsobem vhodným a přijatelným a mezi hlavní zásadu herního pracovníka tudíž patří nikdy dítěti nelhat! V současné době se na práci s dětmi v nemocnici v České republice podílejí především dvě profese. Jsou to dětské zdravotní sestry a pedagogové. Každý z těchto směrů má svá specifika práce.

Samým závěrem musím konstatovat, že tento text nám poskytuje jen dílčí informaci o širokém terapeutickém a sociálněpedagogickém potenciálu, který herní práce má, ale v souvislosti s tím je potřeba zmínit u nás ještě stále nedoceněné postavení herního pracovníka v systému zdravotní péče. Toto postavení je dáno nejen legislativním neukotvením profese, ale i nedefinováním oboru jako takového. Herní pracovník není zařazen do katalogu profesí v oblasti zdravotnictví, a to přináší mnohé problémy i s prosazením profese v týmu nemocničních oddělení. V současné době je proto tato péče realizována jen díky nadšeným vedoucím pracovníkům a lidem, kteří vnímají komplexní péči o dítě jako potřebnou. To znamená, že se nezaměřují jen na nemoc dítěte, ale přistupují k němu jako k jedinečné osobě, která má své potřeby i přání.

Nezbývá než doufat, že tato profese najde své platné místo v systému péče o hospitalizované dítě a stane se nedílnou součástí péče o děti v nemocnici.

Zdroj: ROTHOVÁ, M. Role herního pracovníka v systému péče o hospitalizované dítě: Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova – Filozofická fakulta, 2011.



ADHD v praxi pedopsychiatra

MUDr. Jitka Rumlová

Pediatrická klinika FN Plzeň

Poruchy chování a emoci představují jeden z nejčastěji se vyskytujících problémů v ordinacích pedopsychiatrů a psychologů.

Děti trpící poruchou pozornosti a aktivity (F 90.0), tzv. ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder), mají největší potíže s tím, aby udržely pozornost, resp. vytrvaly v úsilí zaměřeném na daný úkol.

Termíny lehká dětská encefalopatie – LDE nebo minimální mozková dysfunkce – MMD vycházejí z etiopatogenetických představ, zatímco termín porucha pozornosti a aktivity vychází přísně ze symptomatického popisu poruchy.

Hyperkinetický syndrom se vyskytuje asi u 6 % dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5:1. Hyperkinetické poruchy jsou diagnostikovány ve všech věkových kategoriích – od dětství do dospělosti. Tatáž porucha má různé symptomy podle věku. Projevuje se již v kojeneckém věku poruchou základních biorytmů, v batolecím a předškolním věku dezinhibicí, ve školním věku kognitivní dysfunkcí a sociální maladaptací, v adolescenci a časně dospělosti může vygradovat do poruchy chování nebo psychické dekompenzace. Citlivým indikátorem pro tyto poruchy je škola.

■ Krátká „vzorová“ kazuistika

Osmiletý chlapec je nyní ve 2. třídě ZŠ, školní docházka byla o rok odložena. Dle rodičů byl od mala neklidný, hůře spával. V MŠ obtížněji zapojený mezi děti, ne vždy usměrnitelný, pohybově zdatný. S nástupem do školy zvýraznění hyperaktivity, během hodin nepozorný, potíže trvají i během odpoledních kroužků a po příchodu domů. Na žádost školy vyšetřen v PPP, na základě vyšetření a po konzultaci s pediatrem odeslán k dětskému psychiatrovi.

■ Primární charakteristika

- **deficit pozornosti:** potíže s udržení pozornosti či volního úsilí zaměřeného na plnění daných úloh. Takové dítě si hraje s hračkami kratší dobu (méně vytrvá) a často a rychle „přebíhá“ od jedné hračky ke druhé. Nejvýrazněji se projevuje v situa-

cích, jež nutí děti, aby udržely pozornost na těžkopádné, nudné, opakované úkoly, jako je např. školní práce bez bezprostředního dohledu... Významné je rovněž snížení vytrvalosti při plnění úloh, zvláště takových, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, která je pro dítě významná.

- **hyperaktivita:** nadměrná úroveň motorické či hlasové aktivity. Neklid, nepokočné vrtění a všeobecně patrné pohyby těla, které nejsou nezbytné či potřebné. Rodiče často referují „stále je vzhůru, pořád někde rejdí“, „jako by měl v zadku motůrek“, „pořád někde leze“, „chvilku klidně neposedí“, „moc povídá“, „často si pro sebe brumlá a vydává podivné zvuky“, „pořád se nějak kroutí“.
- **impulsivita:** s problémem nevytrvalosti ve volném úsilí je propojena nedostatečnost v útlumu chování, reagujícího na situační požadavky, neboli „nebrzděnost“ a nadměrná impulsivita v porovnání s ostatními dětmi téhož věku a pohlaví. V důsledku toho rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce, či aniž by adekvátně zhodnotily, co se od nich v dané situaci vůbec vyžaduje. S impulsivitou souvisí i zvýšené riziko úrazu. Pro tyto děti je hrozně problematické čekat, až na ně přijde řada ve hře, či stát ve frontě. Když jsou postaveny před úlohy, které vyžadují, aby odsunuly bezprostřední odměnu a pracovaly pro dosažení dlouhodobějšího cíle, za nějž pak přijde odměna, tyto děti často volí brzkou, třeba menší odměnu, k jejímuž dosažení je zapotřebí menší práce. Je o nich všeobecně známo, že potřebují (časově) krátké pracovní úseky a že věnují jen minimální množství úsilí i času úkolům, které je nudí nebo ke kterým mají dokonce odpor.

■ Přidružené příznaky

- **velká výkonnostní variabilita při plnění úkolů:** učitelé často udávají, že se u těchto dětí projevuje mnohem větší

výkonnostní variabilita než u normálních dětí, a to jak v produktivitě práce ve škole, tak v domácích úkolech. Podobně rodiče mohou zjišťovat, že jejich děti jednou vykonávají určité práce pohotově a přesně a jindy ledabyle a chybně, pokud se k nim vůbec odhodlají. Proto se o těchto dětech soudívá, že jsou nadané, ale líné.

- **zdravotní problémy hyperkinetických dětí:** až 52 % dětí s ADHD má zhoršenou motorickou koordinaci a následně je přítomna dyslálie s logopedickou péčí a mají potíže s rukopisem a zvláště s krasopisem. Častěji oproti ostatním dětem je přítomný strabismus. Dále mají častější výskyt opakovaných infekcí horních cest dýchacích, alergií a astmatu, a to až ve 44 % ve srovnání s 25 % u běžných dětí. Noční pomočování se objevuje u 43 % dětí trpících ADHD. Až 46 % z nich je popisováno jako náchylných k nehodám a 15–24 % z nich utrpělo už čtyři a více závažných nehod končících úrazem, např. zlomeninami, úrazy hlavy; 7–21 % z nich se alespoň jednou nešťastnou náhodou přiotrávilo. Přesto se neprokázalo, že by děti s ADHD byly častěji hospitalizovány, pobývaly v nemocnicích dlouhodoběji nebo že by byly operovány vícekrát než zdravé děti.
- **poruchy spánku:** až 56 % dětí s ADHD hůře usíná ve srovnání s 23 % zdravých dětí. Až u 39 % dětí s ADHD se mohou projevovat problémy s nočním probouzením. Přes 55 % dětí s ADHD, jak uvádějí rodiče, je unavených po probuzení, ve srovnání s 27 % ostatních dětí. Tento zvýšený výskyt poruch spánku se může objevit už u kojenců, a to u plných 52 % dětí s ADHD ve srovnání s 21 % zdravých dětí.
- **zneužívání drog, alkoholu:** tato problematika bývá kupodivu často opomíjena. Např. je statisticky dokázáno, že neléčené děti s ADHD začínají s nikotinismem a abúzem ostatních PAL o 4 roky dříve než ostatní populace. Léčba stimulancii v dětství nemá na pozdější zneužívání drog či alkoholu žádný vliv.



- **komorbidní poruchy** – viz tabulku: až 44 % dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou další psychickou poruchou, 32 % trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % dokonce třemi či více. Proto diagnostika i léčba dětí s ADHD náleží pouze do péče pedopsychiatra. Děti s ADHD častěji mají symptomy úzkosti, deprese a nižšího sebehodnocení, mohou trpět afektivní poruchou, OCD, tikovou poruchou. U dětí s ADHD se projevuje podstatně více poruch učení (24–70 %, z toho 15–30 % dyslexie), poruch chování (ve formě lhaní, krádeží, záškoláctví), opozičního a vzdorovitého chování, agresivity včetně delikventních činů než u zdravých dětí.

Hyperkinetická porucha chování (F 90.1) je dána současným výskytem symptomů ADHD a poruch chování:

- splněna kritéria pro ADHD
- splněna kritéria pro poruchy chování: problémy s chováním před věkem 6 let a po dobu nejméně 6 měsíců ve formě agrese k lidem i zvířatům, destrukce majetku, nepoctivost nebo krádeže, porušování pravidel, lhaní, záškoláctví, útěky z domova.

Etiologie:

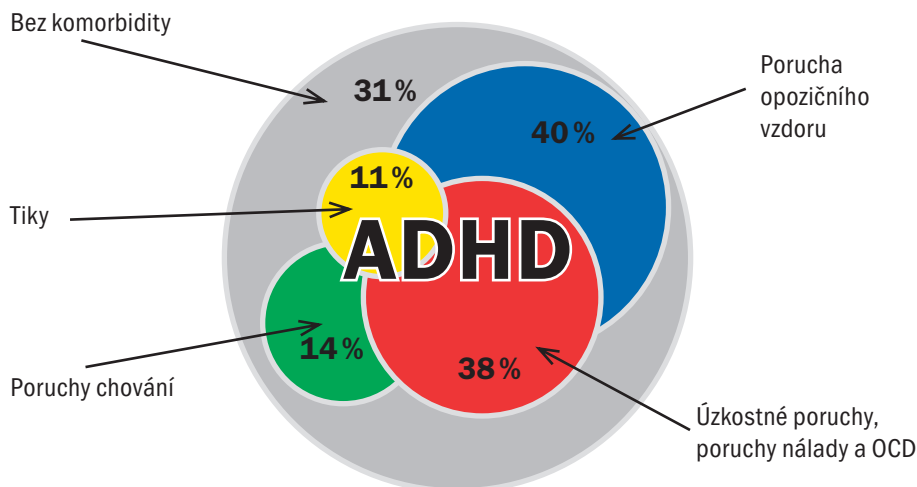
- **genetické faktory:** ADHD je polygenní onemocnění podmíněné různými kandidátskými geny. V současné době je známo více než třicet dopaminergních, noradrenergických, serotoninergních a gabaergních genů.
- **negenetické faktory:** prenatální (např. kouření matky, prodělaná infekce či užívání léků v průběhu těhotenství matky), perinatální (protrahovaný či překotný porod), postnatální (zvažují se těžké kovy v ovzduší...)

Podstatou je porucha v oblasti neurotransmiterů – noradrenalinu, dopaminu. Výsledky strukturálních a funkčních zobrazovacích metod (MR mozku, PET) potvrzují specifické organické abnormality.

■ Charakteristický průběh poruchy v závislosti na věku dítěte s ADHD

- Klinický obraz se mění s věkem dítěte.
- Hyperaktivita ustupuje spontánně před nástupem adolescence asi u poloviny dětí.
- Porucha pozornosti a impulsivita stále přetrvávají.

ADHD a komorbidity



Adaptováno dle Jensen, P et al. *Archives of General Psychiatry*, MTA study; December, 1999

- U poloviny dětí s ADHD přecházejí projevy do dospělosti, příznaky jsou mírnější než v dětství, ale přesto výraznější proti vrstevníkům bez ADHD.

Vyšetření pedopsychiatrem probíhá na žádost rodičů, školy, PPP a obsahuje:

- Klinické vyšetření dítěte
- Rozhovor s rodiči či jinou blízkou osobou, rozhovor s učitelem dítěte
- Dotazníky a škály, psychologické vyšetření (nejčastěji z/v PPP)
- Vhodné je doplnit neurologické vyšetření, včetně EEG

Léčba ADHD:

Kombinace: psychofarmaka, psychoterapie, práce s rodinou, instruktáž učitelů a sociální opatření. Vyšetření v pedagogicko-psychologickém poradně a vytvoření individuálního vzdělávacího plánu do školy.

Nejúčinnější léčba ADHD dle současných poznatků:

1. farmakoterapie (klinická vodítka léčby)
2. některé psychoterapeutické behaviorální techniky

Léky první volby – stimulancia, při rozvoji nežádoucích účinků je to atomoxetin.

Léky další volby – antidepressiva s noradrenergickým účinkem (bupropion, amitriptylin, venlafaxin) či SSRI (sertralin), malé dávky antipsychotik (risperidon, tiaprid, aripiprazol, levomepromazin), thymoprotektiva (karbamazepin, valproát).

Základní principy jsou ve všech současných světových standardech shodné.

Stimulancia: methylphenidát (MTPH)

– **Ritalin**: je celosvětově nejčastěji používaným lékem v léčbě ADHD. Působí prakticky okamžitě a jeho efekt je možno sledovat již od prvního podání. Základním problémem při léčbě bývá nedostatečná dávka. Má četné nežádoucí účinky, např. nechutenství, poruchy usínání, tikové poruchy, snižuje práh pro rozvoj epilepsie. Před jeho nasazením je vždy nutné provést EEG vyšetření. Má krátký vylučovací poločas (3 hod.), proto se musí podávat ve více denních dávkách, což vede ke stigmatizaci dětí ve škole. Od roku 2009 je v České republice k dispozici methylphenidát s prodlouženým poločasem vylučování – Concerta, je podáván pouze 1× denně ráno, neruší spánek, nedochází k výkyvům hladiny ani ke změnám klinické účinnosti.

atomoxetin – Strattera: je nestimulační noradrenergický preparát. Má anxiolytický účinek, významně tlumí impulsivitu, je větší bezpečný i u epileptiků s ADHD. Podává se 1× denně. Pro své minimum nežádoucích účinků je vhodný k léčbě dětí s ADHD s komorbidními poruchami. Snad jedinou nevýhodou je delší nástup účinku (4–6 týdnů); vysazuje se po 3 měsících užívání, pokud nenastal terapeutický efekt.

Prospěch z farmakoterapie (Drtílková et al., 2007):

1. Ovlivnění kognitivní oblasti – zlepšení koncentrace pozornosti, krátkodobé paměti, zmírnění roztěkanosti a impulsivity, zlepšení přesnosti a schopnosti dokončit úkoly.
2. Ovlivnění motoriky – snížení hyperaktivity, zlepšení písma a jemné motoriky,



tlumení mnohomyšlnosti, vykřikování a vyrušování.

- Ovlivnění sociální oblasti – tlumení afektů vzteku, agrese a ničení věcí, mírnění vzoru a opozičního chování, zlepšení sociálního postavení a vztahů v rodině, samostatnosti v práci i ve hře.

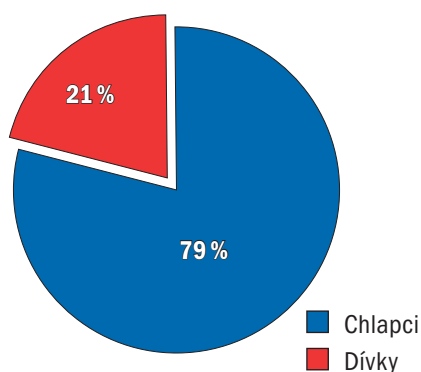
ADHD není neškodná porucha, u neléčených pacientů s ADHD (Barkley et al., 2002):

- Vyloučení ze školy 32–40 %
- Dokončení studií na VŠ 5–10 %
- Málo nebo žádní přátelé 50–70 %
- Nižší posty v zaměstnání 70–80 %
- Antisociální aktivita 40–50 %
- Otěhotní jako mladiství 40 %
- Onemocnění sexuálně přenosnou nemocí 16 %
- Zažívá depresi 20–30 %
- Poruchy osobnosti v dospělosti 18–25 %
- Častější konzumace tabáku a návykových látek. Australská studie (D. Hay) sledovala adolescenty s ADHD a potvrdila, že začínají experimentovat s alkoholem, nikotinem a THC o 3–4 roky dříve než jejich vrstevníci či adolescenti s léčnou ADHD.
- Jízda nepřiměřenou rychlostí, četné dopravní nehody.

Současná pedopsychiatrické praxe u pacientů s ADHD

DPA FN Plzeň měla v roce 2013 v péči 210 dětí ve věku 4–17 let s projevy ADHD včetně dalších komorbidit. Diagnózu poruchy pozornosti a aktivity splňovalo 140 dětí, z toho bylo 110 chlapců. 70 dětí mělo poruchu autistického spektra s projevy ADHD.

Rozdělení podle pohlaví

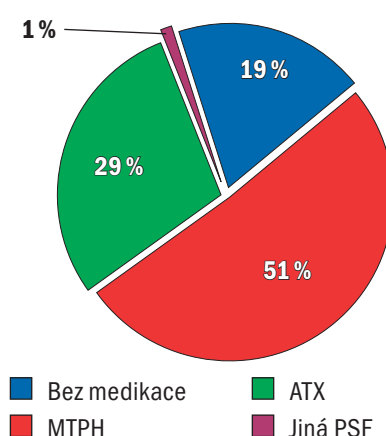


Přehled psychofarmak užívaných u dětí s ADHD.

Z celkového počtu 140 dětí s ADHD bylo:

- Bez medikace: 26 dětí
- MTPH v monoterapii: 36 dětí
- MTPH v kombinaci s jiným PSF: 36 dětí
- ATX v monoterapii: 36 dětí
- ATX v kombinaci s jiným PSF: 4 děti
- Jiná psychofarmaka; 2 děti

Farmakoterapie u dětí s ADHD



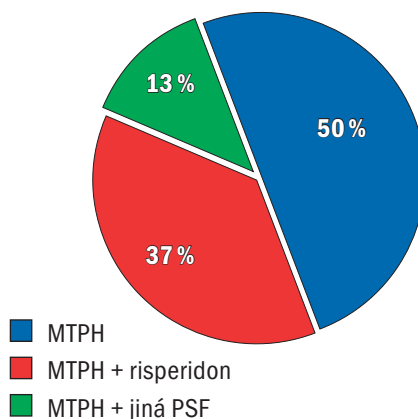
Shrnutí pedopsychiatrických zkušeností v léčbě dětí s ADHD

Dle předpokladu byl nejčastěji podáván Ritalin (methyphenidát – MTPH), jedná se o lék první volby na projevy nekomplikované ADHD.

Věková struktura: ze 72 dětí léčených MTPH bylo 45 dětí do věku 12 let a 27 adolescentů.

MTPH v monoterapii mělo 36 dětí, 27 dětí MTPH + risperidon a 9 dětí MTPH a jiná psychofarmaka (karbamazepin, sertralin, ziprasidon, levomepromazin).

ADHD a terapie MTPH



Strattera (atomoxetin-ATX) byla podávána u dětí s ADHD a komorbiditou:

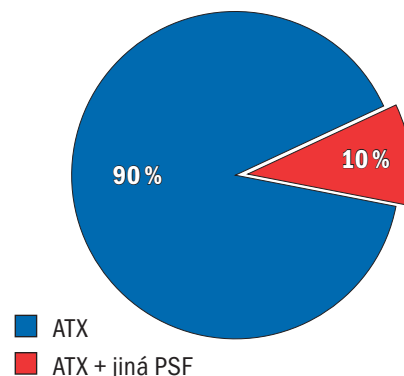
- Tiková porucha: 18 dětí
- Poruchy chování: 5 dětí
- Úzkostná porucha: 4 děti
- Epilepsie: 9 dětí

Věková struktura: ze 40 pacientů léčených ATX bylo 29 dětí do 12 let a 11 adolescentů.

Průměrná denní dávka: v rozmezí 0,8–1,2 mg/kg a nepřekročila 1,5 mg/kg. Změna MTPH na ATX proběhla u 4 dětí pro rozvoj nežádoucích účinků (tiková porucha, nechutenství, nespavost).

Strattera (atomoxetin – ATX) byla podávána u pacientů s ADHD v monoterapii i přes jejich četné komorbidity u 36 dětí z celkového počtu 40 dětí léčených ATX. Čtyři děti užívaly kombinaci ATX a jiné psychofarmakum (tiaprid, risperidon).

ADHD a terapie ATX



Literatura

- Ivo Paclt a kol. Hyperkinetická porucha chování a poruchy chování. Praha: Grada, 2007
- Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E a kol. Dětská a dorostová psychiatrie. Praha: Portál, 2000
- Goetz M, Uhlíková P. ADHD. Praha: Galén, 2013



Když kašel, tak černý

MUDr. Kateřina Konkolská, MUDr. Jaromír Paukert

Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

■ Úvod

Pertuse je akutní onemocnění dýchacích cest charakterizované záchvatovitým kašlem trvajícím déle než dva týdny a provázeným některým z dalších příznaků – zájmutím, zvracením nebo apnoe. Původcem je výlučně lidský patogen *Bordetella pertussis*. Přenos se děje kapénkovou cestou. Bordetely osidlují dýchací cesty, kde se pomnožují a produkují biologicky aktivní látky (např. dermonekrotický toxin, tracheální cytotoxin, pertusový toxin) poškozující řasinkový epitel. Důsledkem je lokální zánět respiračního traktu. Toxiny jsou rovněž zodpovědné za vzdálené systémové účinky, jako je leukocytóza, lymfocytóza, hypoglykémie.

Přes trvale vysokou proočkovanost naší populace výskyt pertuse i při zohlednění cyklických výkyvů stoupá. Nejohroženější skupinou pacientů jsou neočkovaní kojenci. V této věkové skupině se setkáváme s těžkými průběhy onemocnění vyžadujícími hospitalizaci. Respirační komplikace (apnoe, pneumonie) a komplikace v důsledku úporného kašle (zvracení, únava, neprospívání, subkonjunktivální a interventrikulární hemoragie) nejsou vzácností. Jsou popisovány i komplikace neurologické (křeče a poruchy vědomí při toxoinfekční encefalopatii), život ohrožující epizody (ALTE) a vzácně i souvislosti s případy SIDS.

Prezentujeme kazuistiku dvoutřídenní dívky a třítydenního chlapce s diagnostikovanou pertusí. Léčba vyžadovala hospitalizaci včetně pobytu na JIP. Diagnóza byla potvrzena PCR vyšetřením nazofaryngeálního stěru.

■ Kazuistika 1

Dosud zdravá dobře prospívající dvoutřídenní dívka. Perinatální anamnéza bez pozoruhodností. Vyšetřena na LSPP v Kolíně pro týden trvající dráždivý kašel, serózní sekreci z nosu. Po celou dobu obtíží byla afebrilní, bez problémů s krmením, prospívala. Při fyzikálním vyšetření bez celkové alterace,

velmi čilá, s chudým somatickým nálezem. Doporučena symptomatická terapie.

Následující den vyšetřena u PLDD. Přetrvával chudý somatický náleze, ale rodiče udávali změnu charakteru kašle ve smyslu záchvatovitého, nově se objevila během ataky kašle i periorální cyanóza. Pro tento údaj odeslána PLDD k hospitalizaci.

Osm dní byla hospitalizována na standardním oddělení. V klinickém obraze dominovaly charakteristické záchvaty dávivého kašle se zájmutím. V laboratoři byly nízké zánětlivé parametry, v krevním obraze významná leukocytóza $36 \times 10^9/l$, v diferenciálním rozpočtu lymfocytóza 82 %. 2. den hospitalizace byl proveden nazofaryngeální stěr na přímou diagnostiku pertuse pomocí PCR. Vzhledem k diferenciální diagnostice syndromu dávivého kašle rovněž odesláno vyšetření PCR na parapertusi (*B. parapertussis*) a onemocnění způsobené respiračně syncytiálním virem. Dívka byla empiricky zajištěna makrolidy. 5. den hospitalizace diagnóza pertuse laboratorně potvrzena (PCR *B. pertussis* v počtu 260 mil. kopií/ml).

Osmý den došlo během kašle ke krátké apnoické pauze. Dívka byla přijata na oddělení JIP, její stav se přechodně zhoršil, ataky dávivého kašle byly časté, během záchvatů byly pozorovány opakované apnoické pauzy s hyposaturacemi pod 80 % s rychlou spontánní úpravou, bez potřeby oxygenoterpie. V mezidobí kašle byla nadále čilá, dobře prospívající, bez jiných komplikací základního onemocnění. Následovalo postupné zlepšování klinického stavu. Dimise možná 21. den hospitalizace.

■ Kazuistika 2

Třítydenní donošený plně kojený chlapec. V osobní anamnéze 2. den života podezření na novorozeneckou sepsi (rozvoj ikteru a elevace CRP), na antibiotické léčbě rychlá úprava stavu, z porodnice propuštěn 9. den života. Dále byl doma bez obtíží, dobře prospíval.

Pro týden trvající kašel, obtíže s krmením při zahlenění vyšetřen u PLDD. Bylo provedeno CRP z prstu s negativním nálezem a zhotoven RTG snímek plic, který byl bez zánětlivého ložiska. Chlapec byl pro rizikovou osobní anamnézu, nízký věk a začínající obtíže s kojením odeslán k hospitalizaci.

Při přijetí na naše oddělení byl zahleněný, ale eupnoický, dýchání měl poslechově sklípkové symetrické. Vzhledem k afebrilnímu průběhu, nízkým zánětlivým parametřům a fyzikálnímu vyšetření zpočátku hodnoceno jako virová nazofaryngitida.

Třetí den hospitalizace při ranní vizitě chlapec předvedl typický pertusoidní kašel se zájmutím. Bylo doplněno vyšetření krevního obrazu s nálezem významné leukocytózy $34 \times 10^9/l$ s převahou lymfocytů, zánětlivé parametry byly nadále nízké. Pro potřebu rychlé diagnostiky bylo provedeno vyšetření PCR stěru z epifaryngu (*B. pertussis*, *B. parapertussis*, RSV), empiricky nasazený makrolidy. Již za 3 dny od odběru biologického materiálu diagnóza pertuse laboratorně potvrzena.

Klinický stav chlapce se přechodně významně zhoršil. Ataky dávivého kašle byly časté, chlapec byl unavený, nechtěl se přisát k prsu, odmítal i krmení savičkou, musel být přechodně sondován. Stav se na antibiotické a symptomatické terapii postupně zlepšoval, od 7. dne hospitalizace byl již čilejší, bez potřeby krmení sondou. Žádné další komplikace se během hospitalizace dále neobjevily. Chlapec byl propuštěn 9. den v celkově dobrém stavu do domácí péče. 3 týdny od začátku obtíží byl proveden kontrolní krevní obraz s normálním nálezem.

■ Diskuse

Před zavedením celoplošného očkování proti pertusi byla incidence onemocnění v ČR velmi vysoká. Maxima bylo dosaženo v roce 1956, kdy bylo hlášeno 49 144 případů onemocnění (incidence 520/100 000 obyvatel, incidence nejmenších dětí 3805/100 000 obyvatel). Po zavedení celoplošného očko-



Utiší váš kašel...

NAČECHREJ
SVĚ PLICE...



LEVOPRONT®

sirup, kapky

Levodropropizin

Periferní antitusikum

stejně účinné a lépe tolerované
než centrální antitusika¹

Bez ovlivnění respiračních funkcí
a mukociliární clearance¹

ERDOMED®

erdosteín

**Antibakteriální mukoregulátor
s antiflogistickým
a antioxidačním účinkem**

Erdomed je hrazen zdravotními pojišťovnami pouze na základě preskripce pneumologů v rámci fenotypové léčby CHOPN. Lékaři jiných odborností předepisují Erdomed v rámci schválených indikací bez úhrady zdravotními pojišťovnami. Recept je nutno označit symbolem „P“ a slovy „hradí pacient“.

Zkrácená informace Levopront sirup, kapky: **S:** Levodropropizinum 60 mg v 1 ml roztoku, Levodropropizinum 60 mg v 10 ml sirupu. **I:** Bronchopulmonální afekce doprovázené dráždivým suchým kašlem. Je vhodný před bronchoskopickým vyšetřením. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Nemocní s bronchiální hypersekrecí nebo sníženou mukociliární funkcí. Výrazné snížení funkce jater. **ZU:** Používat pouze po důkladném zvážení rizika u pacientů s těžkou insuficiencí ledvin a u dětí mladších 24 měsíců. Sirup obsahuje sacharózu, kapky alkohol. **NÚ:** Zřídka nauzea, zvracení, pálení žáhy, průjem; mdloba, závrať; palpitate. Velmi vzácné alergické reakce. **IT:** Používat s opatrností při podávání benzodiazepinů. **TL:** Přípravek je v době těhotenství a kojení kontraindikován. **D:** Dospělí a děti od 12 let 1 ml (20 kapek) roztoku nebo 10 ml sirupu až 3x denně. Děti 2-12 let 1 mg levodropropizinu/kg až 3x denně. **B:** Kapky 15 ml, sirup 120 ml. Držitel registračního rozhodnutí: Dompé Farmaceutici S.p.A., Itálie. Datum poslední revize textu SPC: 21. 3. 2012. Přípravky nejsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC). Literatura: 1. Aktuální SPC přípravku.

Zkrácená informace Erdomed: **S:** Erdosteínium 300 mg v 1 tvrdé tobolce, Erdosteínium 175 mg v 5 ml suspenze, Erdosteínium 225 mg v 1 sáčku prášku pro přípravu perorálního roztoku. **I:** Akutní a chronické onemocnění horních a dolních cest dýchacích, včetně exacerbace chronické bronchitidy a CHOPN, hypersekreční astma bronchiale, k adjuvantní léčbě s antibiotiky v případech exacerbace s bakteriální infekcí, prevence respiračních komplikací po chirurgickém zákroku. **KI:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku a na látky obsahující volné SH skupiny. Jaterní poruchy a renální insuficience těžšího stupně, homocysteinurie. Děti s tělesnou hmotností nižší než 15 kg; fenyketonurie - netýká se tobolek. **ZU:** Současné podávání přípravku s antitusiky nemá racionální opodstatnění a může způsobit akumulaci sekretů v bronchiálním stromu se zvýšením rizika superinfekce či bronchospasmu. **NÚ:** Zřídka se vyskytuje pálení žáhy, nauzea; výjimečně průjem. Ojedinelé byla pozorována ztráta nebo porucha chuti. Hypersenzitivní reakce jsou velmi vzácné. **IT:** Erdosteín potencuje účinek některých antibiotik (např. amoxycilinu, klarithromycinu), čehož lze využít k terapeutickým účelům. Byl prokázán synergický účinek s budesonidem a salbutamolem. **TL:** Pro užívání přípravku v době těhotenství, zejména v 1. trimestru, a při laktaci musí být zvlášť závažné důvody. **D:** Dospělí obvykle 1 tobolka 2x-3x denně nebo 1 sáček prášku pro přípravu perorálního roztoku 2x-3x denně. Suspenze u dětí 15-20 kg 2,5 ml 2x denně, 21-30 kg 5 ml 2x denně, nad 30 kg 5 ml 3x denně. **B:** 100 ml suspenze, tobolky 10, 20, 60 x 300 mg, sáčky 20 x 225 mg. Po naředění je suspenze použitelná 14 dnů, je-li uchovávána při teplotě 2-8°C. Datum poslední revize textu SPC: Suspenze a sáčky 12. 9. 2012, tobolky 9. 1. 2013. Přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen zdravotními pojišťovnami s omezením E/PNE, P: Erdosteín je hrazen u pacientů s prokázanou CHOPN od stadia II, která má mukopurulentní fenotyp a více jak 2 exacerbace za posledních 12 měsíců. U pacientů, u nichž nedojde ke zlepšení průběhu CHOPN za 3 měsíce, má být léčba erdosteínem přerušena. Seznamte se prosím se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Nový plán: úbytek lékařů má vyřešit více studentů medicíny

Čeští lékaři stárnou a kvůli novým zákonům nesmějí sloužit tolik přesčasů jako dřív. Varují, že za pár let by mohla být čtvrtina Čechů bez praktického lékaře. Vysoké školy a lékařská komora proto připravují plán, jak díru zacelit: přijmout až o 15 % více studentů. Každý rok dostane diplom s titulem MUDr. zhruba 1050 mediků. Pokud se podaří uskutečnit nápad, s nímž přišla Česká lékařská komora, bude ročně promovat 1200 studentů lékařských fakult. Mohl by se tak vyřešit problém s nedostatkem lékařů.

„Vysoké školy jsou pro a spočítaly si, že je možné přijmout až o 15 % nových studentů ročně navíc,“ uvedl prezident České lékařské komory Milan Kubek s tím, že o návrhu už komora jednala také s premiérem a oběma ministerstvy – školství a zdravotnictvím.

„Právě o tom diskutujeme s děkany lékařských fakult a žádná škola není proti. Samozřejmě – musí jim to stát zaplatit, podobně jako se navýšily peníze na vzdělávání učitelů,“ potvrdil rektor Univerzity Karlovy Tomáš Zima.

Patnáct milionů ročně navíc

Plán je však poměrně reálný i finančně: stát platí vysokým školám na medika v průměru 90 tisíc korun na rok. „Spočítali jsme si, že by to dělalo asi patnáct milionů ročně navíc, a to není zase tak velká suma, aby se ji nepodařilo vyjednat,“ vzkázal ministr školství Marcel Chládek po svém mluvčím Ondřeji Macelovi s tím, že ministr rozhodně podporuje navýšení počtu studentů ve všech oborech, kde je v praxi nouze o zaměstnance. Otevřená náruč vysokých škol vůči zájemcům o medicínu by pomohla také zacelit propast, která se čím dál víc rozevírá mezi lékaři a pacienty. Třeba praktičtí lékaři si spočítali, že už za pár let nebude mít kdo ošetřovat celou čtvrtinu národa. Lidé neseženou lékaře, protože ti už budou v penzi. V některých okresech by se ostatně péče zhroutila už dnes. Kdyby například na Děčínsku šli naráz do penze všichni doktoři, kteří na ni mají nárok, dvě třetiny ordinací by zanikly. Obdobná situace je i v jižních Čechách. Navýšení počtu lékařů by se hodilo také nemocnicím, které jsou v pasti kvůli přesčasovým hodinám. Skončila totiž evropská výjimka na vyšší počet odsloužených hodin a nemocnice zatím nemají jiné řešení, než že porušují zákon.

Zdroj: L. Petrášová, idnes.cz, 13. 8. 2014

vání v roce 1958 se počet případů pertuse významně snížil. Mezi lety 1974–1999 se incidence u dětí do jednoho roku života udržovala pod 10/100 000 obyvatel. V dalších letech se v ČR podobně jako v ostatních vyspělých zemích začala incidence onemocnění zvyšovat. V roce 2012 dosáhla ve věkové skupině dětí do jednoho roku života 28,5/100 000 obyvatel. Navíc od roku 2005 v souvislosti s pertusí zemřely čtyři děti, všechny mladší šesti měsíců.

Nárůst incidence pertuse je jistě multifaktoriální. Nemalou roli pravděpodobně hraje i výměna více reaktogenní celobuněčné vakcíny za vakcínu acelulární, lépe snášenou, která se v ČR používá od roku 2003, celoplošně od roku 2007. Tuto domněnku potvrdily např. výzkumy prováděné v Austrálii a v USA. Studie Sheridanové z Queenslandu prokázala vyšší účinnost celobuněčných vakcín oproti acelulárním, podobný výsledek přinesla i Wittova analýza v Kalifornii. Postvakcinační imunita po použití acelulárních vakcín rychle klesá. Očkované osoby se stávají v intervalu cca 3–12 let vůči onemocnění opět vnímavé, nejdříve v asymptomatické formě a následně s plně rozvinutými typickými klinickými příznaky.

Vakcína s acelulární pertusovou složkou je v ČR rovněž doporučena pro očkování budoucích či stávajících rodičů a všech blízkých kontaktů dítěte do jednoho roku života. Vakcinace je nazývána jako „cocoon“ strategie a má za cíl ochránit vnímavé neimunizované kojence před onemocněním pertusí. Předpokládá se, že bezchybně a komplexně zavedená „cocoon“ strategie všech blízkých kontaktů může snížit počet případů pertuse u dětí do tří měsíců věku až o 70 %. Poslední studie Althouse z února 2014 však naznačuje, že při použití pouze acelulárních vakcín nemusí být „cocoon“ strategie tak účinná, jak se předpokládá. K zabránění šíření pertuse a ke snížení fatálních následků onemocnění v nejmladší věkové skupině je především nezbytné včasné rozpoznání nemoci a brzké zahájení antibiotické terapie. Laboratorní diagnostika při podezření na pertusi by měla být rychlá. Vhodný je přímý průkaz agens metodou PCR či kultivací. Odběr nazofaryngeálního aspirátu či nazofaryngeálního výtěru na dakronový tampon by měl být proveden co nejdříve od začátku symptomů. Sensitivita tohoto vyšetření je

nejvyšší v prvních třech týdnech onemocnění. Pokud se rozhodneme pro nepřímou sérologickou diagnostiku pertuse, měli bychom vědět, že se jedná o diagnostiku pozdní, vyžadující dva vzorky séra. První vzorek se odebírá v akutním stadiu onemocnění, druhý zhruba za tři týdny. Za pozitivní výsledek lze považovat signifikantní čtyřnásobný vzestup titrů specifických protilátek (především IgG protilátek proti pertusovému toxinu), případně sérokonverze z negativity do positivity. Nevýhodou sérologického vyšetření je nemožnost interpretace hladin protilátek u nedávno očkovaných osob, správná interpretace je možná až teprve za rok po očkování.

Antibiotická terapie proti pertusi by měla být zahájena co nejdříve od prvních symptomů. Nejlepších výsledků dosáhneme, pokud ji zahájíme již v katarálním stadiu onemocnění, což ale bývá velmi obtížné pro počáteční nespécifické příznaky. Antibiotická terapie nasazená až v prooxymálním stadiu onemocnění sice již neovlivní průběh samotné nemoci, ale má značný vliv pro eliminaci bordetel z nosohltanu, a tím zabránění dalšímu šíření infekce na vnímavou populaci. Lékem volby jsou makrolidy.

Závěr

Vezmeme-li v potaz data v incidenci před érou očkování proti pertusi a po zahájení celoplošné vakcinace, o účinnosti nemůže být pochyb. Bohužel postvakcinační imunita je pouze dočasná, očkované osoby se časem mohou opět nakazit a nemoc dále šířit na vnímavou populaci. Eradikace je tak zatím v nedohlednu. Pokud chceme zabránit vzrůstající incidenci a těžkým průběhům pertuse u kojenců, je v první řadě nezbytné onemocnění včas diagnostikovat a léčit. V popředí by měla stát diagnostika pomocí PCR, která je rychlá a velmi spolehlivá v počátku onemocnění. Empirická antibiotická terapie by měla být zahájena co nejdříve i při mírném průběhu onemocnění. Dosud neočkovaní kojenci nebo kojenci neúplně očkovaní, především do čtyř měsíců života, s podezřením na pertusi či s již diagnostikovanou pertusí by měli být jistě léčeni za hospitalizace vzhledem k možným závažným komplikacím v této věkové kategorii.



Ze světa odborné literatury...

■ Včasné biomarkery jako prediktor bronchopulmonální dysplazie u nezralých kojenců

Bronchopulmonální dysplazie (BPD) je obvykle diagnostikována u nezralých dětí, a to 28. den po porodu. Největší zájem je o potenciální biomarkery, které predikují vývoj nemoci včetně neurologického obrazu. Proto se v dané práci zaměřili na v současné době známé bioindikátory. Identifikovali 46 hodnot, ze kterých pak prezentovali 30 potenciálních biomarkerů. Senzitivita a specifita se kalkulovala u 16 z nich. Rozdílný přístup je u extrémně nezralých dětí narozených kolem 26. týdne. Hodnoty kyslíku zde více než plicní postižení prezentují plicní nezralost. Možno také konstatovat, že BPD v posledních letech poklesla z 35 % na 25 %. Připravili také kritéria pro zařazení, jako závislost na kyslíku v 36. týdnu a další. Do hodnocení včasnosti patří CC16 v séru ve vyšších hodnotách, sledovaný od 2. hodiny po 14. den. C-reaktivní protein se neukázal jako signifikantní. E-selektin je po porodu zvýšený v pupečnickové krvi. KL-6 má také vyšší hodnoty v plazmě u dětí s BPD. Lysozomální enzymy, jako glukuronidáza, galaktosidáza a další, byly také vyšší. Počty neutrofilů zde nevyskytují relaci. Placentární růstový faktor má také velkou specifitu. Také v pupečnickové krvi rozpustný glykoprotein je nacházen často výrazně zvýšený jako ukazatel možného vývoje BPD.

Biomarkery v tracheálním aspirátu:

Jedná se o cytokiny IL-6, IL-8 – jsou signifikantně zvýšeny u nepříznivých průběhů.

Růstový faktor keratinocytů byl zvýšen u kojenců, kde se BPD nevyvinula.

Vyšší počty neutrofilů se velmi často objevovaly při tendenci k BPD.

Biomarkery v bronchoalveolární laváži:

Jde především o vaskulární endoteliální růstový faktor, který bývá zvýšen jako nepříznivý prognostický ukazatel.

Biomarkery v moči:

Jedná se o natriuretický peptid, který zůstává signifikantní po sedm dní. Posledním zmiňovaným ukazatelem je hladina CO. Je přesnějším ukazatelem než plicní funkce.

Eur. J. Pediatr. 2014;173(1):15–23

■ Obezita a infekce

Poměrně málo prací vysvětluje vliv obezity na imunitní odpověď. V souvislosti s obezitou je uváděno několik mikrobů a virů. Hovoří se hlavně o adenoviru 36. Je evidentní, že obezita zvyšuje incidenci nozokomiální a komunitní,

v kolektivech získané infekce. Obezita ale také hraje roli ve farmakokinetice léčby a v odpovědi na vakcíny. Již 17 % dětí a adolescentů v USA a kolem 10 % v Evropě je obézních. Studie demonstrují genetické riziko obezity, také se studují hormony s vlivem na chuť, jako jsou leptin a adiponektin.

Také ošetřování infekcí u obézních je v neposlední řadě ovlivněno. Ukazuje se výraznější alterace buněčné obranyschopnosti, změny v počtu leukocytů a více lymfocytů, vyšší monocytová a granulocytová fagocytóza. Dále obézní pacienti vykazují prozánětlivý stav cirkulujících mononukleárních. Samotná obezita má vliv na T buňky. Obezita je asociována se stavem bílé tukové tkáně a s alterací cirkulujících hormonů. Dále je zde metabolická alterace, hyperinzulinémie a inzulinová rezistence. Může být indukována polyklonální stimulace. Inzulin moduluje T buňky. Expozice T buněk vysoké glukózy koncentraci zapřičiňuje produkci kyslíkových radikálů a lipidovou peroxidaci. Obezita je klasicky spojována s vyšší alterací respiračního mechanismu. Známy je pokles kyslíkové noční saturace se všemi důsledky. BMI vyšší než 20 kg/m² je asociován s dvakrát větším rizikem infekce. Problematiku ještě dokresluje přítomnost specifických bakterií v ústech.

Eur. J. Pediatr. 2014;173(1): 25–32

■ Imunní dysregulace u autismu

Několik genů je asociováno s rizikem vzniku některé z poruch autistického spektra. Jejich etiologie zůstává zcela neznámá. Vnímavost tohoto vývoje má své komponenty. Jsou zde chronické neurologické zánětlivé a imunní dysregulace vedoucí k uvolňování zánětlivých cytokinů v CNS. Ty zřejmě alterují bariérovou funkci v CNS. Excesivní cytokinová odpověď, modulace buněčné reaktivity, pokles produkce imunosupresivních cytokinů a zvýšená produkce protilátek. Tak dochází k narušení sociálních interakcí, komunikace, stereotypům v chování. Klinicky je autismus diagnostikován poprvé během třetího roku života, mnoho dětí je ale diagnostikováno do osmého roku života. Americká psychiatrická asociace vydala v roce 2013 shrnutí poruch autistického spektra. Nápadné zvýšení počtu autistů začíná v roce 2007. U velmi malého procenta autistů je zjištěna genetická porucha. V rodinách autistů se vyskytuje větší množství autoimunních onemocnění. Imunní dysfunkce nepochybně hraje roli ve vývoji onemocnění. Dále lze v rodinách vyzorovat určitý obsesivní nepořádek.

V práci se snaží najít biomarkery, mateřské autoprotilátky, specificky charakteru IgG. Uvažuje se i o roli vitamínu D, resp. jeho nízké hladiny. Dále mateřská infekce, febrilní epizody a antibiotická terapie. Cytokinový profil podporuje obraz chronického zánětu. Objevuje se velké množství prací z nejrůznějších pohledů.

Eur. J. Pediatr. 2014;173(1):33–43

■ Vztah mezi socioekonomickými faktory a antropometrickými parametry

Účelem studie bylo vyšetřit vazbu mezi antropometrickými parametry, nadváhou, obezitou a socioekonomickými faktory. Také měření obvodu pasu, výpočet BMI a měření TK byly součástí statistické analýzy. Výška jedinců byla pozitivně asociována s vyšší mateřskou edukací i otcovskou regulací. I platová stránka v RA je důležitá. Lokalizace školy není důležitá. Důležitá je vyšší sociální pozice rodiny.

Eur. J. Pediatr. 2014;173(1):45–52

■ Mladí fotbalisté a jejich stav kostí

Otázka byla postavena tak, zda by mladí fotbalisté mohli mít kostní benefit v prepubertě a pubertě odlišný. Během roční studie bylo vyšetřeno 76 chlapců ve stáří 10–13 let. Všichni chlapci byli prepubescenti v začátku studie. Na konci studie zůstalo 35 chlapců prepubescenty a 41 chlapců vstoupilo do puberty. Proces kostního zrání byl velmi stimulován kombinací fyzické zátěže a sexuální impregnace.

Eur. J. Pediatr. 2014;173(1):53–56

■ Terapie propranololem pro velké kožní infantilní hemangiomy

Studie vychází z léčebného protokolu této nové metodiky. Hodnotí bezpečnost dávek propranololu. Vyhodnoceno 20 pacientů, kteří dostávali propranolol 1× denně pro dg. infantilního hemangiomu. Doba sledování byla 18 měsíců. Byl veden lokální protokol po každém podání. První dávka propranololu byla 0,5 mg/kg per os. V ordinaci sledování po dobu dvou hodin. Když se neobjevil žádný vedlejší efekt, dostali denní dávku 1 mg/kg a posléze další den 2 mg/kg. Pacienti byli hodnoceni 8. den. Všichni pacienti měli normální kliniku. Všechny hemangiomy se zmenšily, průměrně na 2,35 cm.

Eur. J. Pediatr. 2014;173(1):63–68

*Ve spolupráci s firmou Pfizer připravil
MUDr. Jiří Liška, CSc.*



Aktuality...

Nemocnice proměnil miliardář Chrenek ve zlatý důl. Chce ho pro sebe?

Řada nemocnic nařiká na těžké časy, miliardář Tomáš Chrenek na nich ale slušně vydělává. Prvních pár akcií dnešní společnosti Agel získal před deseti lety. Postupně kupoval další. Nyní zlatý důl ovládl.

Je to jen shoda okolností, nebo ostravská korupční kauza Dědic přiměla miliardáře Tomáše Chrenka k razantním změnám v Agelu? Společnost provozuje řadu nemocnic a dalších zdravotnických firem v Moravskoslezském kraji, ale i jinde. Vydělává stamiliony. A také jí se dotkla kauza spojená s korupcí ostravských veřejných zakázek, která zřejmě odstartovala velké personální změny v Agelu. Jejich výsledkem je to, že podnikatel Chrenek, který si před deseti lety koupil od místních lékařů prvních pár akcií a dnes už vlastní tři čtvrtiny mateřské firmy Agel, ji nyní řídí celou sám nebo prostřednictvím svých vyvolených. Lidé, kteří už se mu nehodí, chtě nechtě končí – včetně druhého akcionáře. MF DNES už před měsícem informovala o tom, že v Agelu skončili oba vrcholoví manažeři distribuční firmy Martek Medical obvinění (stejně jako firma) z poskytování úplatků Dědicově firmě Business Advisor za vítězství v zakázce pro Městskou nemocnici Ostrava.

Strohá informace o změnách

„Úplatky jsme nedali,“ tvrdí jeden z nich, Roman Gavanda. Vinu popírá i jeho bývalý kolega z Agelu Tomáš Dohnal, stejně tak jako další manažeři z jiných firem včetně samotného lobbisty Martina Dědice, který měl podle policie ovlivňovat výsledky výběrových řízení a za to brát milionové úplatky. Gavanda ani Dohnal nechtěli odchod z Agelu příliš komentovat. A bobříka mlčení držela i firma. Nicméně teď se ukazuje, že odchodem dvou lidí změny nekončí. Naopak. Dočasná tisková mluvčí Radka Miloševská (nečekaně se totiž rozhodla odejít i její předchůdkyně) vydala v pátek strohou informaci o změnách v dozorčí radě. „Z pozice místopředsedy dozorčí rady na vlastní žádost odstoupil MUDr. M. Polach, MBA. Z pozice člena dozorčí rady byl valnou hromadou odvolán MUDr. F. Horák, MBA. Novým členem se stal Mgr. J. Kotrba,“ uvedla mluvčí Agelu Miloševská.

Nikdo se nechce moc vyjadřovat

Dodala, že o změnách rozhodla valná hromada 5. srpna a souvisely s novou strategií firmy. Žádné podrobnosti o tom, kam chce společnost směřovat, ale neuvedla. Co tedy mají čekat pacienti a tisíce zaměstnanců Agelu? To není jasné ani z odpovědí samotného Tomáše Chrenka, který redakci písemně odpověděl na pár otázek. „Společnost Agel je stabilním poskytovatelem zdravotní péče. Realizované personální změny mají jednoznačně za cíl rozšíření a zkvalitnění péče poskytované našim pacientům,“ uvedl Chrenek místo konkrétní odpovědi na otázku týkající se strategie. Ke změnám v Agelu se moc nechťejí vyjadřovat ani ti, kterých se dotkly. Buď nezvedají telefony, nebo jsou více než struční. „Nevím, proč mě odvolali. Měl jsem zůstat nejméně do konce roku. Změnu jsem zjistil z programu valné hromady,“ přiznal překvapený Filip Horák, který na jaře rezignoval na funkci generálního ředitele celého Agelu. „Teď už vidím svoji budoucnost jinde,“ říká.

Strach v Agelu? Ne, firma je stabilizovaná, říká Chrenek

Ještě víc než jeho rychlý konec překvapuje odchod minoritního akcionáře Martina Polacha. Ten ale zatím s redakcí nekomunikuje.

„Nedivíme se. V nejvyšších patrech Agelu vládne strach. Jde o rozkol mezi akcionáři. Nejdříve odešli ti, s nimiž Polach spolupracoval, pak i on,“ tvrdí různí lidé s podmínkou utajení jména. Chrenek odmítá, že v Agelu panuje atmosféra strachu. „Firma je stabilizovaná,“ říká. Polach byl takřka u vzniku společnosti. V roce 1993 sedm lékařů zprivatizovalo závodní nemocnici Třineckých železáren. Začali ji měnit v moderní Nemocnici Podlesí, která je dnes vlajkovou lodí Agelu, a kupovali další zařízení. Polach se asi po třech letech stal spolujeditelem rozvíjející se společnosti. Jako jediný dodnes neprodal svých 25 % akcií mateřské firmy Agel. Dosud měl díky tomu vliv na chod celé skupiny, byl v orgánech řady firem. Nyní ale rezignoval na vše. Podle mínění některých lidí je rozkol mezi akcionáři, dříve velkými přáteli, tak velký, že už právníci obou jednájí o prodeji akcií.

Chrenek: Své akcie určitě neprodám

„Slyšel jsem, že Polach nabídl Chrenkovi, že od něj akcie koupí. Ale když v Agelu skončil, tak spíš Chrenek bude chtít koupit jeho akcie. Získá tak pro sebe celé impérium, které už stejně ovládá,“ míní lidé, kteří byli nebo jsou s Agelem spjati. Míní, že na odkup potřebuje Chrenek peníze, které získá prodejem jiných akcií, třeba železáren. Polach situaci nekomentuje. Tomáš Chrenek však na tyto spekulace zareagoval jasně: „Nikdy jsem neuvažoval o prodeji mých aktiv ani ve skupině Moravia Steel, která vlastní Třinecké železářny, ani ve skupině Agel. Kategoricky vylučuji jejich prodej i do budoucna,“ říká. A popírá i nákup čtvrtiny Agelu: „O akcie Martina Polacha nemám zájem a neusuiluji o jejich odkup.“ Personální změny podle něj souvisí s vyššími požadavky společnosti na odbornou způsobilost těch zaměstnanců, kteří byli z funkcí odvoláni. „Bylo by demotivující pro ostatní, kdyby měli některé nekompetentní vedoucí,“ líčí Chrenek. Manažeři mu opouňují. „O naší odbornosti vypovídají úspěšné výsledky. Osobně jsem vyvedl ze ztráty pět nemocnic na Moravě včetně krnovské a Podhorské v Bruntále i Rýmařově,“ říká Roman Gavanda. „Mým vysvědčením jsou výsledky firmy i spokojenost lidí s nemocnicemi, které jsem řídil jako generální ředitel a současně šéf dozorčích rad,“ dodal Horák.

Zdroj: I. Lesková, idnes.cz, 13. 8. 2014

Za přítomnost otce u porodu se mohou, ale nemusejí vybírat peníze

Zákon totiž placení či neplacení nijak neřeší, takže se nic nemění ani v době rušení jiných poplatků.

V některé nemocnici za přítomnost otce či jiné blízké osoby u porodu vybírají různě vysoký poplatek, v jiných nechtějí nic. Je to však v pořádku. Jak vysvětluje Všeobecná zdravotní pojišťovna, výběr peněz za tuto službu nenařizuje ani nezakazuje žádný zákonný předpis, závisí na nemocnici, jak si to ve svém vnitřním řádu stanoví.

Doplňující podrobnosti:

Existující zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.) uvádí, že pacient má při poskytování zdravotních služeb mj. právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.

Omezení je možné

Může se stát, že vnitřní řád nepovoluje v některých případech přítomnost otce u porodu nebo ji nějakým způsobem podmiňuje. Třeba



i absolvováním předporodního kursu pro otce. Běžně je možnost přítomnosti otce u porodu omezena aktuálním počtem rodičů žen a samozřejmě aktuální zdravotní situací rodičky (potřebou chirurgického zákroku apod.). Většinou ale porodnice berou přítomnost doprovodu rodičky pozitivně a bez problémů ji umožňují, některé i bezplatně. Případný poplatek by měl přiměřeně pokrývat skutečné

náklady spojené s přítomností otce u porodu, zejména zapůjčení oděvu, obuvi, pokrývky hlavy a roušky, případně další nadstandard jako občerstvení apod. Takový přístup nemocnice není v rozporu se zákonem. VZP nabízí svým klientkám příspěvek 500 korun, z nichž mohou poplatek za přítomnost otce u porodu zaplatit.

Zdroj: admin, 29. 7. 2014

INZERCE

305 3-14

Prodám zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze**. Telefon 737 600 021, jkduli@seznam.cz

306 3-14

Hledám lékaře na zástup na odpolední poradnu, 1× v týdnu, nebo 1× za 14 dní. Nejlépe lékařka na mateřské dovolené. **Praha 6-Petřiny**, telefon 604 988 174.

307 4-14

Přenechám zavedenou **praxi PLDD v centru Prahy**. Telefon 702 034 920.

308 4-14

Hledám lékaře do ordinace PLDD **v Ústí nad Labem**, výhledově prodej praxe. Telefon 721 131 329.

309 4-14

Přenechám zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v dobré čtvrti **v Praze**. Telefon 737 600 021.

312 5-14

Přijmu lékaře do zavedené ordinace **PLDD v Praze 8** s předpokladem blízkého prodeje. Tel.: 724 270 539.

313 5-14

Hledám nástupce do ordinace PLDD **ve Frýdlantu v Čechách**, telefon 602 943 964.

314 5-14

Hledám pediatra na dlouhodobější zástup od října 2014 (po dobu asi 6 měsíců) do ordinace PLDD **v okrese Šumperk**, 6 km od Zábřehu. Telefon 603 843 226.

315 6-14

Prodám přístroj „Mission Hb Hemoglobin Testing System“ – analyzátor na měření hemoglobinu – včetně 50 ks odběrůvek. Zn. Nepoužívaný. Telefon 327 31 61 66.

316 6-14

Prodám zavedenou **praxi PLDD na Vysočině**. Nabízím též možnost výhodného pronájmu většího bytu v žádané lokalitě blízko ordinace. Kontakt: 778 824 315.

317 6-14

Pro pediatrickou ambulanci **v centru Brna hledáme** lékaře – **pediatra**, splnění podmínky pro samostatný výkon povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb. není podmínkou, ale výhodou. Požadujeme: získání specializace I. nebo II. stupně v základním oboru pediatrie, samostatnost, morální a trestní bezúhonnost, zájem o obor, flexibilitu. Nabízíme: zajímavé finanční ohodnocení. Telefon 777 568 598.

318 6-14

Prodám dobře zavedenou pediatrickou **praxi v Ústí nad Labem**. Kontakt: jehlikova.renata@seznam.cz.

319 7-14

Hedám nástupce do ordinace PLDD **v Hejnicích**, 25 km severně od **Liberce** od 1. 1. 2015. Telefon: 482 322 519 (v pracovní dny).

320 7-14

Hledám lékaře pro převzetí pediatrické praxe **na Vysočině**. Telefon 603 732 466.

321 7-14

Prodám ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost – dobře zavedenou s velkým počtem pacientů, **okres Ústí nad Orlicí**. e-mail: pediater3691@seznam.cz.

322 7-14

Přenechám ordinaci PLDD v České Skalici. Kontakt: helena.semerakova@seznam.cz.

323 8-14

Prodám ihned ordinaci PLDD na Barrandově, Praha 5, telefon večer 608 304 429.

324 8-14

Hledám dlouhodobější zástup do menší ordinace PLDD – mám založenou spol. s r.o. **na Vysočině**. Možno i třeba jen na některé dny v týdnu. Telefon 773 996 656.

325 8-14

Předám praxi PLDD s.r.o. v Praze 8-Kobylisy, solidní jednání, důvod vyšší věk, kontakt: 286 888 148, 724 270 539.

326 8-14

Od 4/2015 **přenechám** (prodám nebo lékaře na plný úvazek za-městnám) zavedenou ordinaci PLDD (s.r.o.) **ve Staré Boleslavi**. Telefon 606 416 548.

**V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod.
Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.**

Autodidaktický test 7/2014

Neurologie

1. Nejvýznamnější inhibiční účinek na centrální nervový systém má GABA (kyselina gama amino máselná). Mezi farmaka používaná v epileptologii, která zvyšují hladinu GABA v cílové tkáni, patří:

- a) lamotrigin
- b) benzodiazepiny
- c) hydantoináty
- d) barbituráty
- e) gabapentin
- f) valproát

2. Odborníci na výživu doporučují nepodávat potraviny s obsahem glutamátu dětem do tří let, těhotným a kojícím ženám a to i přesto, že studie WHO neprokázala výrazný škodlivý dopad při užívání glutamátu. Kyselina glutamová patří mezi

- a) aminokyseliny s excitačním účinkem na centrální nervový systém
- b) mastné kyseliny s excitačním účinkem na centrální nervový systém
- c) aminokyseliny s inhibičním účinkem na centrální nervový systém
- d) mastné kyseliny s inhibičním účinkem na centrální nervový systém

3. Žádné antiepileptikum není v graviditě zcela bezpečné, při jeho užívání hrozí různě vysoké riziko poškození plodu. Nejvyšší teratogenní potenciál má/mají:

- a) benzodiazepiny
- b) valproát
- c) hydantoináty
- d) gabapentin

4. S ohledem na neexistenci bezpečného antiepileptika je u gravidní ženy trpící epilepsií doporučeno:

- a) vysadit veškerou antiepileptickou farmakoterapii po celou dobu gravidity a kojení pro vysoké riziko poškození plodu a kojence
- b) u již gravidní epileptičky ponechat zavedenou antiepileptickou farmakoterapii bez ohledu na riziko teratogenity daného preparátu, ale v co nejnížší účinné dávce
- c) vysadit v graviditě veškerou antiepileptickou farmakoterapii po dobu organogeneze plodu
- d) již v prekoncepčním období nastavit účinnou optimální farmakoterapii tak, aby poškození plodu bylo minimalizováno (lamotrigin, levetiracetam)

5. Od klasického epileptického záchvatu je z hlediska nastavení terapeutického schématu nutno odlišit psychogenní neepileptický záchvat. Na rozdíl od epileptického záchvatu u záchvatu psychogenního nalézáme:

- a) častá zranění během záchvatu
- b) pokousání jazyka jen na špičce, pokud vůbec nějaké zranění vznikne
- c) vznik záchvatu často za přítomnosti obecnstva
- d) trvání záchvatu řádově po dobu desítek minut
- e) záchvat se objevuje během spánku
- f) reaguje dobře na antiepileptika
- h) aktivní odpor při pokusu o otevření očních víček prsty
- i) po záchvatu zmatenost či spavost
- j) psychotrauma nebo frustrace v anamnéz



KOJENÍ JE PRO DĚTI TO NEJLEPŠÍ

NOVÁ


BEBA
AL110 Lactose Free

**PŘI LAKTÓZOVÉ INTOLERANCI A PRO RYCHLEJŠÍ ZOTAVENÍ
PŘI PRŮJMOVÝCH ONEMOCNĚNÍCH**



- Neobsahuje laktózu
- Obsahuje aktivní probiotické bakterie *Lactobacillus reuteri*
- Bakterie *L. reuteri* podporují rozvoj střevní mikroflóry pro rychlejší zotavení při průjemových onemocněních



materiál určený pouze pro pracovníky ve zdravotnictví

Ochrana proti invazivním meningokokovým onemocněním (IMO)

- ✓ co nejčasnější...
- ✓ co nejširší...
- ✓ co nejdelší...

ACWY?

Jaká je prevence IMO ve Vaší ambulanci?

Nimenrix™

Konjugovaná vakcína proti séro skupinám A, C, W₁₃₅, Y s indikací pro děti **od 12 měsíců věku.**¹

Nejčastěji očekávanými nežádoucími účinky mohou být reakce v místě vpichu, horečka, únava, ztráta chuti k jídlu.¹

K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkováných osob.¹

Informujte prosím všechny rodiče Vašich malých pacientů o možnosti očkování vakcínou Nimenrix™ během 12měsíční preventivní prohlídky.

Reference: 1. SPC Nimenrix. 20. 2. 2014.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznámta s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendum.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hlédova 1734/2e, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com.

CZ/NIM0001/14

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakýkoli podezření na nežádoucí účinky. **Název přípravku:** Nimenrix™ prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem v předplněné injekční stříkačce. Konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W-135 a Y. **Složení:** Po rekonstituci 1 dávka (0,5 ml) obsahuje: *Neisseria meningitidis* A polysacharid 5 µg, *Neisseria meningitidis* C polysacharid 5 µg, *Neisseria meningitidis* W-135 polysacharid 5 µg, *Neisseria meningitidis* Y polysacharid 5 µg. Antigeny konjugovány na proteinový nosič tetanický toxoid 44 µg. **Terapeutické indikace:** Nimenrix™ je indikován k aktivní imunizaci osob od 12 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W-135 a Y. **Dávkování a způsob podání:** Nimenrix™ se má podávat v souladu s dostupnými oficiálními doporučeními. Základní očkování. K imunizaci se používá jedna dávka 0,5 ml rekonstituované vakcíny. **Přechodování:** Nimenrix™ lze podat subjektům, kteří byli dříve očkováni obyčejnou polysacharidovou meningokokovou vakcínou. Nutnost podání druhé dávky u osob primárně očkovaných vakcínou Nimenrix™ nebyla dosud stanovena. **Bezpečnost a účinnost vakcíny Nimenrix™ u dětí mladších 12 měsíců** nebyla dosud stanovena. Imunizace se provádí pouze intramuskulární injekcí, nejlépe do deltového svalů. U dětí ve věku 12 až 23 měsíců lze vakcínu rovněž aplikovat do anterolaterální strany stehna. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Nimenrix™ se nesmí za žádných okolností podávat intravenózně, intradurálně ani subkutánně. Podle zásad správné klinické praxe předchozí očkování zhodnotíme anamnézou (zejména s ohledem na předchozí očkování a možný výskyt nežádoucích účinků) a klinické vyšetření. Pro případ vzácné anafylaktické reakce po podání vakcíny musí být vždy k dispozici příslušná lékařská péče a dohled. Očkování vakcínou Nimenrix™ je třeba odložit u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Lehká infekce, jako je např. nachlazení, by neměla být důvodem k odložení očkování. Během jakéhokoli očkování, nebo dokonce před ním, může dojít zejména u dospělých v důsledku psychologické reakce na injekční jehlu k synkopě (mlebě). Je důležité přiměřeně příslušná opatření, aby při mlebě nedošlo k poranění. Nimenrix™ je třeba podávat s opatrností osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou krvetvorby, protože po intramuskulární aplikaci může dojít u těchto osob ke krvácení. Nimenrix™ poskytuje ochranu pouze proti *Neisseria meningitidis* skupin A, C, W-135 a Y. Tato vakcína nechrání proti žádným jiným skupinám *Neisseria meningitidis*. K vyvolání protektivní imunitní odpovědi nemusí dojít u všech očkováných osob. Lze očekávat, že u pacientů léčených imunosupresivy nebo u pacientů s imunodeficiencí nemusí dojít k vyvolání odpovídající imunitní odpovědi. Ažkol po očkování vakcínou Nimenrix™ bylo pozorováno zvýšení koncentrace protilátek proti tetanickému toxoidu (TT), přípravek Nimenrix™ nenahrazuje očkování proti tetanu. Podávání vakcíny Nimenrix™ společně s vakcínou obsahující TT, nebo jeden měsíc před jejím podáním během druhého roku života nemělo vliv na odpověď na TT ani významně neovlivnilo bezpečnost. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nimenrix™ lze podávat společně s jakoukoli z následujících očkovacích látek: vakcína proti hepatitidě A (HAV) a hepatitidě B (HBV), vakcína proti spalničkám, příušnicím a zardlečkám (MMR), vakcína proti spalničkám, příušnicím, zardlečkám a planým neštovicím (MMRV), desetivalentní pneumokoková konjugovaná vakcína nebo neadjuvovaná vakcína proti sezónní chřipce. Nimenrix™ lze rovněž podávat společně s kombinovanými vakcínami proti záškrtu, tetanu a černému kašli (acelulární pertuse) během druhého roku života, včetně kombinace vakcín DTap s vakcínou proti hepatitidě B, dětské otrně (inaktivovaná vakcína) nebo Haemophilus influenzae typu b, jako je vakcína DTap-HBV-IPV/Hib. Kdykoli je to možné, mají se vakcína Nimenrix™ a vakcína obsahující TT, jako je např. vakcína DTap-HBV-IPV/Hib, podávat společně, nebo je třeba přípravek Nimenrix™ podat alespoň jeden měsíc před podáním vakcíny obsahující TT. Pokud se vakcína Nimenrix™ podává spolu s jinou injekční vakcínou, je třeba vakcíny aplikovat do různých míst. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nimenrix™ by se měl v těhotenství a při kojení použít, pouze pokud možná výhod převažuje možná rizika. Studie se zvířaty nenašly žádné přímé ani nepřímé škodlivé účinky a ohledem na fertilitu. **Nežádoucí účinky:** Ve všech věkových skupinách byly nejčastěji hlášenými lokálními nežádoucími účinky po očkování bolest, zarudnutí a otok. Ve věkových skupinách 12 – 23 měsíců a 2 – 5 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování podrážděnost, spavost, ztráta chuti k jídlu a horečka. Ve věkových skupinách 6 – 10, 11 – 17 a ≥ 18 let byly nejčastěji hlášené celkové nežádoucí účinky po očkování bolest hlavy, únava, gastrointestinální příznaky a horečka. Dalšími hlášenými nežádoucími účinky byly nezpavost, pláč, hypotenze, závrať, svědění, vyrážka, myalgie, bolest končetin, malátnost, hematomy v místě vpichu injekce, reakce v místě vpichu injekce (včetně indurace, svědění, ztupění a necitlivosti). **Doba použitelnosti:** 3 roky. Po rekonstituci musí být vakcína použita okamžitě. Chemická a fyzikální stabilita byla nicméně po rekonstituci prokázána po dobu 24 hodin při teplotě do 30 °C. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Prášek v injekční lahvičce (sklo typu I) se zátkou (butylová pryž) a rozpouštědlo v předplněné injekční stříkačce se zátkou (butylová pryž). Velikost balení 1 a 10, s jehlami nebo bez jehel. Na trhu nemusí být k dispozici všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační číslo(a):** EU/1/12/767/001-004. **Datum první registrace:** 20. 4. 2012. **Datum revize textu:** 20. 2. 2014. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznámta s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompendum.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hlédova 1734/2e, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 21. 7. 2014.

