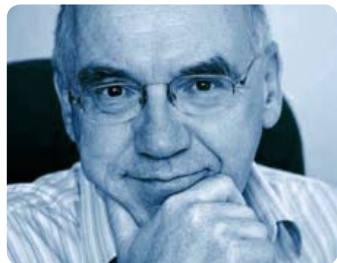


Jako momentálně nepraktickujícího, ale přece jen dětského lékaře mě výsledky naší dětské medicíny plní pýchou a radostí. Fakt jsme dobří.



Například v kojeneckém období u nás umírá jen 3,12 promile dětí, což nás řadí k absolutní světové špičce, a zdá se, že jsme dosáhli hranice možného. Ty tři děti z tisíce živě narozených, o které dnes přicházíme, vstupují do života většinou s postižením, které s ním není slučitelné. Snaha být v této oblasti ještě lepšími má rysy rouhání vůči přírodě.

Ano, zdá se, že naše pediatrie je dnes na vrcholu. Dostala se na něj díky tradičně dobré organizaci služeb, zvláštěnímu étosu dětských lékařů, kteří, na rozdíl od „dospělé“ medicíny, cítí osobní odpovědnost za své malé pacienty i jejich rodiče, a správným investicím ve správný čas. Naše neonatologie by nebyla tam, kde je dnes, bez centralizace a zainvestování začátkem devadesátých let a stejně to platí pro většinu oborů od dětské kardiologie po péči o děti s cystickou fibrózou. Naše pediatrie dobře využila prostoru, který se před ní ote-

vřel návratem kapitalismu, ale ne všechny její obory měly štěstí na charismatické reprezentanty typu Milana Šamánka nebo Věry Vávrové.

Nicméně i ve zdravotnictví platí vojenské „voják se stará, voják má“ a odbornosti, jejichž zástupci neměli jasnou vizi, nebo ji v raných dobách formování systému zdravotního pojištění nedokázali prosadit, dodnes tahají kratší slámku. S velkým zobecněním se dá říci, že ti, kteří pracují převážně svojí hlavou, jsou na tom hůře než ti, kteří k ní využívají nějakou chytrou mašinku nebo při ní spotřebovávají drahé materiály. Jednou z taktů postižených skupin jsou dětští psychiatři, kteří postrádají dorost a jen obtížně se probíjejí skořápkou stigmatizace oboru.

Dosavadní způsob sjednávání cen ve zdravotnictví sloužil jako účinné konzervans a připravovaná reformní opatření mohou posloužit jako rozpouštědlo. Uvidíme, jak si s větší kontraktační volností poradí pojišťovny i poskytovatelé zdravotních služeb. Rostoucí konkurence bude nepochybně motivovat zdravotní pojišťovny k formování svých služeb podle potřeb dětí, protože co by matka neudělala pro své dítě. Když si uvědomíme, kdo má doma poslední slovo při volbě pojišťovny, tak se o budoucnost dětského lékařství opravdu bát nemusíme.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Co trápí dětské lékaře?



Hana Cabrmochová

úhel
pohledu

Jaroslav Matýs



Jan Lebl

volné fórum



Jozef
Hoza



Iva
Hodková



Pavel
Biskup



Marie
Košuličová



Věra
Andersová



Ivo
Paclt

mini anketa
na téma:
pedopsychiatrie

úhel pohledu >

**MUDr. Hana Cabrnchová, předsedkyně,
Odborná společnost praktických dětských
lékařů ČLS JEP**

Co trápí dětské lékaře?

Česká republika patří mezi země s nejnižší koje- neckou úmrtností. Na těchto výsledcích se podílí i velmi dobře fungující síť primární pediatrické péče. V současnosti pracuje v primární péči kolem 2200 praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), kteří registrují děti do 19 let. Většina z nich jsou fyzicky podnikající osoby, privátní ordinace napo- jené na systém veřejného zdravotního pojištění.

I díky takto dobře fungující síti se daří zajistit vysokou proočkovanost dětí, která u většiny povin- ných očkovaní přesahuje 94 %, tedy číslo, které je také důležité pro zajištění kolektivní ochrany a zamezení šíření závažných infekcí. Díky velkému rozvoji privátního trhu v oblasti očkovaní a legis- lativní možnosti přímé distribuce očkovačích látek do ordinací PLDD patříme mezi státy s vysokou proočkovaností i u tzv. nepovinných očkovaní. Zavádění nových očkovačích látek do povinného očkovaní je ale v současnosti zatíženo vysokými finančními nároky, nové a kvalitnější očkovačí látky jsou také podstatně dražší.

Jsmo rádi, že nemusíme řešit problém jako v okolních státech (Německo), jak zajistit každému dítěti pediatra, jak zkvalitnit péči natolik, aby každé dítě mělo svého registrujícího lékaře, který dítě nejlépe zná, uvážlivě a s ohledem na zdravotní stav indikuje antibiotika, případně volí nejhodnější typ léčby. I díky vysoké proregistrovanosti dětské

populace
p a t ř í m e
mezi země
s relativně
nízkou
rezistencí
b a k t e r i í
k a n t i b i o t i k ů m ,
p r á v ě
zásluhou

**... patříme mezi země s relativně
nízkou rezistencí bakterií
k antibiotikům, právě zásluhou
dětských lékařů se podařilo
změnit spektrum používaných
antibiotik tak, aby rezistence
tak rychle nenarůstala**

dětských lékařů se podařilo změnit spektrum používaných antibiotik tak, aby rezistence tak rychle nenarůstala. Díky zavedení používání metod rychlé diagnostiky (přístroj ke stanovení CRP) se podařilo zlepšit a urychlit diagnostiku

bakteriálních infekcí. Rozhodně budeme i nadále jednat o možnosti financování těchto nových metod a jejich rychlejší zavádění.

V posledních letech se postupně podařilo i vyřešit nastavení systému vzdělávání PLDD, od roku 2004 platí nový zákon o vzdělávání lékařů. Jeho slabou stránkou je ale dosud nevyřešené financování postgraduálního vzdělávání a v tomto ohledu jsme rádi, že MZČR pracuje na novele tohoto zákona. Systém akreditovaných ordinací PLDD, které poskytují postgraduální vzdělávání, se historicky poprvé daří alespoň symbolicky financovat z prostředků zdravotního pojištění, příspěvkem od jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Mám-li odpovědět na otázku, co trápí dětské lékaře, musím na prvním místě konstatovat, že vysoký věkový průměr lékařů pracujících v primární péči. Jedná se o celý komplex dlouho neřešených problémů, který začíná na straně lepšího financování ordinací ze strany zdravotních pojišťoven, aby tato profese pro mladé kolegy byla zajímavá, dále to jistě souvisí s nastavením systému vzdělávání spolu s vyřešením problému financování. V neposlední řadě je ale třeba umožnit generační výměnu tak, aby stávající provozovatelé praxí měli možnost prodeje praxe mladšímu kolegovi a zúročili tak svou často celoživotní práci. I v těchto oblastech se chystá mnoho legislativních změn, které by měly jít zmíněným směrem, v jednání se zdravotními pojišťovnami hledáme nové cesty navýšení úhrad v rámci projektu řízené péče. Primární pediatrická péče má velmi dobrou organizační strukturu v rámci své profesní organizace, rozdělené kompetence mezi profesní a odbornou



Hana Cabrnchová

společnost, která zajišťuje především kontinuální vzdělávání, řeší i otázky odborné. Zástupci obou organizací jsou účastni mnohých jednání, a bude-li tomu i nadále, budeme se snažit v oblasti legislativních opatření dále udržovat trend rozvoje systému primární péče o dítě v ČR.

**MUDr. Jaroslav Matýs, dětský psychiatr,
ambulance dětské a dorostové psychiatrie,
Ostrava**

Co trápi pedopsychiatry?

V dnešní době, v moderní společnosti, kdy dochází k boření obecných mýtů, kdy se bez zábran a často bez úcty překračují různé hranice, jsou stále tendence některá témata neotvírat, vyhýbat se jim. To je ten lepší případ. Jsou ale oblasti, u kterých stále existuje respekt, strach, obavy, kde si nejsme jisti sami sebou. Jsou oblasti, které, abychom se s nimi nějak vyrovnali, raději zlehčujeme, podceňujeme, znevažujeme, nebo je dokonce označujeme za nevhodné a říkáme, že je zbytečné se jimi vůbec zabývat. To je ta horší varianta. A tady se dnes nachází pedopsychiatrie.

Pedopsychiatrie u nás nepatří mezi obory populární, atraktivní, a už vůbec ne mezi obory prestižní. Důvodů je více. V první řadě se jedná o obor velice mladý. Teprve v polovině minulého století byla odborně uznána kupříkladu deprese dětského věku, schizofrenních poruch není tak moc a úzkosti přece jaksi normálně „patří k dětskému věku“. Svou podstatou je práce pedopsychiatra velice diskretní. Rodiče našich pacientů se nehlásí na veřejnosti k duševním poruchám svých dětí v rodině a k problémům s tím spojeným tak, jak to dělají někdy i významné osobnosti, psychiatricky úspěšně léčené. Nemáme tedy tu „pozitivní“ popularizační mediální kampaň srovnatelnou s jinými medicínskými obory. Pro pedopsychiatrii se nevyjadřují naše celebrity v médiích. V naší populaci rodiče duševně hendikepovaných dětí prakticky nepropagují pedopsychiatrické léčebné úspěchy. Je totiž velice obtížné pro každého z nás připustit duševní nemoc u svého dítěte. Je obtížné říci na veřejnosti, že s dítětem navštěvujeme pedopsychiatra – nejsme schopni propagovat psychiatrické terapeutické úspěchy z výsostně intimních důvodů. Je obtížné si vůbec připustit, že „moje dítě“ potřebuje pomoc pedopsychiatra. Problémem je tedy přijmout fakt, že je nutno požádat o pomoc

pedopsychiatra a akceptovat ji. Nemusí se přitom jednat o závažné duševní onemocnění, jakým je schizofrenie. Stačí zde prostá, ale rozšířená a hendikepující hyperaktivita dítěte s poruchou pozornosti.

Psychiatrie samotná je tabuizována a nese své stigma v celé své historii. Spojení dětí a duševních poruch je pro někoho absurdní a pro někoho zase nepřijatelné. Pedopsychiatrie zvláště je odvětvím medicíny, dovoluje mi to technologické označení, v dnešní „velkovýrobně zdraví“ našeho zdravotnictví, podceňována.



Jaroslav Matýs

zájem médií o pedopsychiatrii je minimální, díky tomu se o pedopsychiatrii mluví jen sporadicky. Pomoc pedopsychiatra odhadem vyžaduje minimálně 4–6 % všech dětí. Ne všechny se však k pedopsychiatrovi skutečně dostanou. Faktem také je, že i při veškeré snaze personálu stanic dětské a dorostové psychiatrie jednotlivých léčen jsou podmínky k terapii často archaické, často nevhodné, a troufám si říci nedůstojné pro pedopsychiatrického pacienta. Pro nevhodnou strukturu financování pedopsychiatrie stran zdravotních pojišťoven mají ředitelé léčen tendenci dávat návrhy ke zrušení pedopsychiatrických lůžek. Nedávno pak reálně hrozilo, že v jedné části České republiky nemělo mít cca 2,5 milionu lidí standardní pedopsychiatrická lůžka! Realitou je, že v současnosti více než 70 % ambulantních pedopsychiatrů je starších padesáti let. Stávající síť ambulantních pedopsychiatrů je regionálně velice odlišná, celkově ale poddimenzovaná. Kupříkladu v Moravskoslezském kraji je t. č. deficit asi 5–6 ambulantních pedopsychiatrů z kalkulovaného počtu 10–10,5 úvazku pedopsychiatra. Realitou také je, že v celé Evropské unii je vysoká poptávka po pedopsychiatrech. Přitom v současném systému financování pedopsychiatrie – jak v případě

moderních léků, tak v případě úhrady výkonů od zdravotních pojišťoven –, je pro nastávající pedopsychiatry akceptovatelným východiskem lukrativní práce v zahraničí. Denním problémem pedopsychiatrie je nastavení správné medikace moderními psychofarmaky s minimálními nežádoucími účinky. Není to z terapeutických rozpaků, ale pro velice tvrdá regulační opatření zdravotních pojišťoven a jejich neochotu korigovat své regulace.

Současný stav pedopsychiatrie je skutečně velice složitý. Pro dnešní dobu se objevují nepochopitelné tendence tento obor zesměšňovat, podceňovat, bagatelizovat. Objevují se názory, že v pedopsychiatrii suplujeme výchovné ústavy, a podobně. Proč je v tom případě terapie narkomanů, alkoholiků, gamblerů ve zdravotnických zařízeních hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění? Padají nepochopitelné názory z pediatrické obce o absolvování 12měsíční stáže, o proškolení pediatra na pedopsychiatrii, aby pak takový lékař-pediatr mohl vykonávat pedopsychiatrickou práci. To by pak mohlo znamenat, že analogicky praktický lékař pro dospělé by za stejných podmínek 12měsíční stáže, proškolení a praxe na psychiatrii pro dospělé mohl vykonávat psychiatra pro dospělé. To je jistě stejně absurdní konstrukce jako již zmíněná varianta na pedopsychiatrii. Rušení pedopsychiatrických lůžek jako prostředek k „optimalizaci“ ekonomické bilance léčeben není plně relevantní. Podobně deficitní je také sexuologie. Nakonec když „ve veřejném zájmu“ dotuje stát, respektive kraje, protialkoholní záchytné stanice, proč by měl být problém dofinancovat nebo z m ě n í t financování provozu pedopsychiatrických lůžek?

V dnešní době špičkových až unikátních medicínských výkonů v některých oborech českého zdravotnictví bojuje pedopsychiatrie o možnost poskytovat alespoň standardní pedopsychiatrickou ambulanci péči s adekvátní dostupností. Lůžková péče má k optimu daleko a od ideálů je až nekonečně vzdálená. Podmínky pedopsychiatrických pacientů v léčebnách jsou často až nedůstojné (zdůrazňuji ještě jednou, že i přes snahu a obětavost personálu).

Co by pomohlo pedopsychiatrii jakožto standardnímu, i když mladému medicínskému obo-

ru? Zásadně změnit přístup k této problematice, a to hlavně v oblasti strategického rozhodnutí ze strany státu. Je doslova nutné měnit přístup zdravotních pojišťoven k nastavení nových parametrů na úhrady medikace a vynaložené pedopsychiatrické ambulanci i lůžkové péče. Musí být jasná vůle státu, aby umožnil doplnit stávající nedostačnou síť pedopsychiatrických ambulančí a aby jako zřizovatel a provozovatel pedopsychiatrických lůžek v psychiatrických léčebnách zřetelně deklaroval, že o tato lůžka stojí a považuje je za součást standardní struktury psychiatrických léčeben nebo nemocnic.

Věřím, že se podaří změnit povědomí o pedopsychiatrii a že se podaří kompetentní lidi a instituce přesvědčit o tom, že pedopsychiatrická péče je standardní v rámci systému veřejné zdravotní sítě. Současná moderní pedopsychiatrie totiž diagnostikuje a efektivně léčí duševní poruchy u dětí v celém spektru psychiatrické problematiky. Pouze neinformovaný nebo neznalý člověk dokáže redukovat pedopsychiatrii na úroveň 50. let minulého století, na „vědu o poruchách chování dětí“.

**prof. MUDr. Jan Lebl, CSc., přednosta,
Pediatrická klinika FN Motol a 2. LF UK**

Potřebujeme ještě pediatrii?

Nedávno si jeden náš zahraniční student u státnice z pediatrie vytáhl otázku „rickets“, tedy rachitis, křivice. Matně tušil, že problém souvisí s kostrou a snad také s ping-pongovým míčkem. Nakonec usoudil, že na rentgenu kostí jsou defekty velikosti ping-pongových míčků, které mizejí po pobytu na slunci. Na otázku, proč se dnes rachitis ve vyspělých zemích téměř nevyskytuje, neznal odpověď. Neměl ani tušení o celoplošném podávání vitamínu D všem kojencům. Tento student u státnice neuspěl. Jeho přístup je ale příznačný pro současný evropský postoj k pediatrii: „Naše děti jsou zdravé, krásné, dobře rostlé, růžolíci. To je práce v bohaté společnosti samozřejmé!“ Že by to byla zásluha pediatriů? Ale kdeže...

V mladší době kamenné, v jeskyních lovců mamutů, umírala podle kvalifikovaných odhadů polovina dětí během prvního roku života – kojenecká úmrtnost představovala cca 50 %, tedy 500 promile. V roce 1662 se jen jedno ze čtyř dětí narozených v Londýně dožilo věku 26 let a ještě v roce 1840 tam zemřelo 50 % dětí před 21. naro-

**Pomoc pedopsychiatra
odhadem vyžaduje minimálně
4–6% všech dětí. Ne všechny
se však k pedopsychiatrii
skutečně dostanou.**

zeninami. V průmyslových městech severní Anglie byla situace ještě smutnější: jen polovina dětí se dožila 12 let. Chudokrevnost, křivice, tuberkulóza byly mezi dětmi všudypřítomné. Na těchto základech vznikla pediatrie. Pediatri se stali bojovníky za zlepšení životních podmínek dětí i za zdravotnické programy s cílem eradikovat nejzávažnější nemoci dětského věku. Díky tomu u nás kojenecká úmrtnost klesala na 167 promile v roce 1921, na 101 promile v roce 1937 a na 94 promile v roce 1946. Jen za posledních 61 let se snížila třicetkrát na neskutecnou, snovou hodnotu – 3,14 promile v roce 2007. Tedy – 997 dětí z tisíce narozených se dožije svých prvních narozenin. V prvním desetiletí 21. století jsme v pediatrii dosáhli téměř maxima možného. Naše děti jsou skutečně krásné, zdravé,

Pediatri se stali bojovníky za zlepšení životních podmínek dětí i za zdravotnické programy s cílem eradikovat nejzávažnější nemoci dětského věku.

dobře rostlé a růžolíci, a pokud náhodou některé není, díky dokonalému pediatrickému

servisu to rychle zjistíme a většinou úspěšně vyléčíme. Tento stav spolu s posunem životních priorit i změnou demografického rozložení populace začíná vést v některých evropských zemích k určité demontáži pediatrické péče. Pozornost veřejnosti se namísto ke zdravotní péči o děti začíná obracet k péči o vlastní zdraví; limitované finanční zdroje pro zdravotnictví jsou přednostně alokovány do péče o stárnoucí populaci. Důsledky se v některých zemích projevují: některé pediatrické preventivní programy přestávají být účinné, opět se objevují pozapomenuté preventabilní nemoci,

některé závažné stavy u dětí jsou v důsledku dysfunkční primární péče diagnostikovány pozdě. Tam by náš neúspěšný kandidát státní zkoušky už opět mohl vidět děti s křivici a mohl by vyhmatat měkké záhlaví rachitického kojence, poddajné jako ping-pongový míček.

Díky dobře fungující síti praktických lékařů pro děti a dorost jsou naše děti a dospívající těchto rizik zatím do značné míry ušetřeni. Přesto si musíme toto nebezpečí uvědomovat a cílevědomě mu předcházet – v zájmu dětských pacientů, ale i v zájmu celé populace. I ve 21. století platí, že zdravé děti jsou předpokladem budoucího zdraví dospělých.

Můžeme cítit stavovskou hrdost, že děti jsou zdravé díky pediatriům, díky našim celoplošným preventivním programům s téměř 100% účinností a díky cílené depistáži zdravotních poruch při jednotných preventivních prohlídkách. Buďme připraveni, společně praktičtí dětští lékaři i pediatri z nemocnic, připomenout v zájmu našich dětských pacientů plátcům zdravotní péče, že i pediatrie pro toto svoje fungování potřebuje přiměřené zdroje a prostředky – a že je pro zdraví dětí stále nezbytná.



Jan Lebl



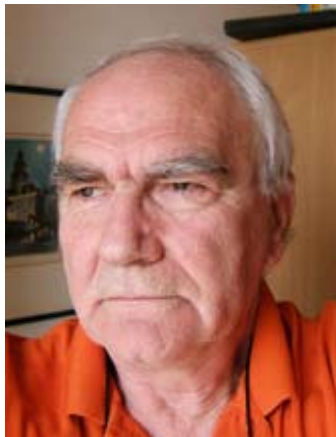
Rádi bychom Vás upozornili na novou knihu, která by mohla být podnětem k zajímavé diskusi:

Jiří Šavlík, Jan Hnízdil, František Houdek

Jak léčit nemoc šílené medicíny aneb Hippokratova noční můra

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Kde si myslíte, že nás v dětském lékařství nejvíce tlačí bota?
2. Můžeme být spokojeni s koordinací a návazností péče mezi jednotlivými typy zdravotních služeb pro děti?
3. Co byste si přál/a změnit?



doc. MUDr. Jozef Hoza, CSc.,
předseda, Česká pediatriká
společnost ČLS JEP

odpovědi Jozefa Hozy:

1. V první řadě musím konstatovat, že přes řadu problémů funguje zdravotní péče o dítě u nás velmi dobře. Je to zásluha všech, kteří se na ní podílejí. Problémy bych rozdělil do několika bodů:

– vzdělávání:

a. neskutečné průtahy s definitivním zakotvením vzdělávacích programů v dětském lékařství i některých pediatrických oborech (lékaři v přípravě na atestace jsou často vystaveni několika zásadním změnám, neprospívá to zájmu o obor)

b. zrušení oboru dětská sestra a legislativní změny, které již nyní znamenají ohrožení kvalifikované ošetrovatelské péče o dítě, o budoucnosti ani nemluví

– lůžková péče: zásadní změna v systému péče o nemocné dítě – zvýšené kompetence pro PLDD v kurativě, hospitalizace jen vážně nemocných dětí atd. nás nutí k restrukturalizaci lůžkové pediatrické péče. Jsem si vědom toho, že jde o politicky choulostivé téma, ale zde musí být dostupnost spojena s vysokou odbornou úrovní lůžkového oddělení. Těžko ji může naplnit dětské oddělení s několika málo lůžky, které hospitalizuje spíše sociálně potřebné nebo diagnosticko-léčebně jednoduché případy, které lze řešit mimo lůžkové zařízení.

– rozpaky nad některými preventivními programy: otázky nad BCG vakcinací u novorozenců, vstupy aktivit napadajících očkování vůbec, oddalování nových očkování, úrazová prevence, prevence násilí na dětech a další. Místo akcí dlouhé a neobsažné diskuse.

– centralizace nákladné péče: lokálně patriotické zájmy v některých oblastech převažují nad racionalitou

– nepřipravenost na nové odborné problémy pediatrické: nárůst problémů psychiatricko-psychologických u dětí a dospívajících není zajištěn nárůstem specialistů v této péči, nárůst počtu dětí s chronickými chorobami nemá zajištění v podobě organizační ani sociální atd.

– nepřipravenost na dopady demografických změn

v posledním desetiletí a malá péče státu o prosazování rodiny a její funkce v zajištění kvalitní výchovy dítěte

Jistě je toho více, ale výše uvedené považuji pro nejbližší období za aktuální záležitost k řešení.

2. Z výše uvedeného vyplývá i odpověď – spokojeni nebudeme moci být nikdy. Nicméně bych si nepřál, aby se současná úroveň koordinace a návaznosti zhoršovala.

3. Dětské lékařství je základní pilíř péče o dítě ve zdraví a nemoci. Přál bych si však, aby problémy dítěte nezůstaly jen na bedrech zdravotníků. Přál bych si, aby systém dbal více na kontrolu poskytované péče po stránce odborné, nikoliv jen po stránce ekonomické. Přál bych si, aby vyrostla generace manažerů zdravotnictví schopných dostat do popředí zájem pacienta před zájmy zisku, ke spokojenosti poskytovatelů péče.

Přál bych si také, aby pediatrie nepokračovala v atomizaci a stala se opět vysokou autoritou.

odpovědi Ivy Hodkové:

1. Nemohu mluvit za jiné obory v rámci dětského lékařství. Hodně, hodně tlačí bota dětské a dorostové psychiatrie jak v ambulancích, tak v lůžkových zařízeních.

Zásadní problém vidíme v systému financování ze strany zdravotního pojištění, a to dlouhodobé podfinancování. Tím se snižuje dostupnost odborné péče

pro děti s psychickými poruchami a nemocemi.

O tento potřebný, ale zároveň náročný a finančně neatraktivní obor jeví zájem méně lékařů, než by bylo skutečně v praxi potřeba.

Dále vidím problém v tom, že existuje boj o dětského pacienta. Neztratit pacienta, neztratit zdroj financí, dochází k podceňování symptomů psychické poruchy, opožděnému odeslání do odborné ambulance či na lůžko atp.



prim. MUDr. Iva Hodková, ředitelka, Dětská psychiatrická léčebna Opařany

Další oblastí je i mylná představa rozšířená mezi některými pediatry, že dětským psychiatrem se lékař může stát „nějakým zaškolením“ a že je jednodušší vybudovat akutní lůžka dětské psychiatrie, když chybějí.

Základní neznalost problematiky oboru dětské psychiatrie vede právě k této zjednodušenému pohledům, které více škodí, než pomáhají.

2. Dlouhodobě stoupá kvalita odborné péče o dítě. V našem zařízení jsou hospitalizovány děti, které se léčí i v jiných oborech dětského lékařství – aler-

gologie, diabetologie, dermatologie, neurologie atd. Přicházejí ve stabilizovaném stavu s kvalitní léčbou. Péče o ně je na velmi dobré úrovni, komplikace v době hospitalizace jsou minimální. To dříve nebylo.

3. Co bych si přála změnit? Důležité je, aby nezůstalo jen u přání, ale aby bylo realizováno. A tímto přáním je změna systému financování dětské a dorostové psychiatrie.

Zatím došlo jen k minimálním změnám, které nejenže nepřinesly zásadní zlepšení, ale hlavně nemají efekt pro samotný systém v péči o dítě, které potřebuje dětskou psychiatrii.

Existují reálná data, která jasně ukazují na potřebnost dětské psychiatrie. Existují reálná data ekonomická a statistická, která dokladují, že je opravdu nejvyšší čas jednat.

K tomu musí být splněno několik zásadních předpokladů:

- mít k dispozici data a prezentovat je
- mít partnera k jednání u ZP
- a hlavně – zejména v případě zdravotních pojišťoven – mít vůli ke změně.

Vysoká náročnost na odbornost, personální vybavení a neatraktivní až ztrátové finanční ohodnocení ošetrovacího dne vedou k tomu, že se dětská a dorostová lůžka psychiatrická redukují a nebo se uvažuje o jejich rušení bez ohledu na dostupnost a potřeby komplexní péče o dítě.

Sama nestojím stranou, nemám jen kritické připomínky, jsem v mnoha různých pracovních skupinách, které pracují dlouhodobě na změně.

Občas si však položím otázku, zda vynaložené úsilí je přímo úměrné dosaženému efektu.

Dlouhodobě se mluví o výrazném podfinancování oboru dětské a dorostové psychiatrie.

Dosáhli jsme systémových změn, které jsou více odborné. Nedosáhli jsme zatím podstatné změny ve financování. A tam vidím nepropojení systémů. Žádoucí a potřebné moderní a efektivní odborné trendy se nedají dělat s minimálními financemi, které jsou historicky neupravené pro současnou dobu.



MUDr. Pavel Biskup, dětský lékař, člen Českého výboru pro UNICEF, ředitel Dětského domova ve Strančicích

odpovědi Pavla Biskupa:

1. Doufám, že nemáte na mysli tu španělskou!? Dětské lékařství je jeden z mála oborů v medicíně, o kterém lze konstatovat, že se jedná o obor preventivní. Zvláště činnost praktických lékařů pro děti a dorost je z valné většiny založena na systému preventivních prohlídek s dispenzarizací dětí s postižením a nebo ohrožených sociálním prostředím. Vedle včasného odhalování závažných poruch ve vývoji dítěte nesmíme zapomenout ani na jeho ochranu proti infekčním chorobám. Tím mám na mysli

očkování podle doporučených schémat. Pokud chcete slyšet jasnou odpověď na vaši otázku, pak nás v dětském lékařství při poskytování léčebné preventivní péče bota netlačí.

V péči o dítě samozřejmě ale velmi citlivá místa jsou. První Achillovou patou je mnohdy svízelná spolupráce s rodiči. Ne vždy dodržují doporučení dětských lékařů a mnohdy bagatelizují doporučená očkování. Zdá se, že v České republice neumíme prosadit primární prevenci. Podotýkám, že primární prevence není záležitostí zdravotníků samotných, ale musí být i politikou státu. Druhou Achillovu patu cítím ve zvyšujícím se věku praktických lékařů pro děti a dorost a v jejich nedostatku.

2. Z otázky není zřejmé, o jaké typy zdravotních služeb by se mělo jednat. Nicméně se asi nebudu mýlit v konstatování faktu, že je velice špatná spolupráce mezi dětskými lékaři a stomatology. Není to způsobeno tím, že spolu nechtějí komunikovat, ale prostě proto, že v České republice neprozíravou organizací zdravotních služeb v návaznosti na postgraduální vzdělávání lékařů je naprostý nedostatek stomatology. Obdobné organizační rezervy jsou ve spolupráci praktických lékařů s odbornými ambulancemi. Zde opět není vinou lékařů, že rodiče s plačícími dětmi čekají hodiny na vyšetření u ušního lékaře a nebo týdny na alergologické vyšetření. V poslední době se začaly prodlužovat termíny na vyšetření u ortopedů. Opět se projevuje důsledek špatně nastaveného systému všeobecného zdravotního pojištění v ČR, neboť zdravotní pojišťovny mají své limity sítě odborných ambulančí.

3. Zde se asi ode mě očekává kreativní odpověď. Tedy dobrá.

Přál bych si, aby byly do praxe co nejrychleji převáděny screeningové metody detekující všechny možné vrozené vývojové, genetické, metabolické vady a poruchy vývoje, které tak odhalí možné narození poškozeného plodu. Změnilo by to život v utrpení mnoha rodin, které se těšily na narození zdravého potomka. Změnilo by to osudy mnoha dětí, které jsou kvůli svému postižení odmítnuty rodinou a musejí žít kdesi v ústavu.



*MUDr. Marie Košuličová,
ředitelka, Národní centrum
ošetřovatelství a nelékařských
zdravotnických oborů*

odpovědi Marie Košuličové:

1. Předložená otázka ani odpověď na ni není, jak by se na první pohled mohlo zdát, nijak jednoduchá a lze říci, že ani jednoznačná. V nástinu zaměřeném na vzdělávání dětských lékařů musíme vycházet ze změny v procesu vzdělávání, jak je uvedeno v doposud platném zákoně č. 95/2004 Sb. Svou pozornost musíme věnovat 5 hlavním příčinám úmrtí u dětí, což jsou vrozené anomálie, onemocnění srdce, syndrom náhlého úmrtí a dechové tísně,

různé druhy poranění a zhoubné nádory.

Na základě ovlivnění nepříznivých demografických změn v pediatrické praxi, s ohledem na klasické složení pediatrického týmu (lékař a všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí dětské sestry, či raději do budoucna opět dětská sestra) by měla být dána možnost pro větší kompetence pediatrické sestry až na 80 % běžného ambulantiho provozu, přičemž nemá a ani nemůže lékaře nahrazovat.

Dětští lékaři v rámci celoživotního vzdělávání musejí mít dostatečné lékařské znalosti, úsudek, profesionální přístup, klinické a komunikační dovednosti, poskytovat nemocným péči o vysoké kvalitě, při zachování odbornosti, kterou musejí prokazovat během celé odborné praxe, a předkládat důkazy o kontinuálním vzdělávání a zlepšování poskytované praxe. Cílem CME (continuing medical education) jsou nové pedagogické postupy a přístupy (např. modulové systémy, klinické postupy, kasuistiky komplikovaných případů, nové diagnostické a léčebné metody jako přínosnější ve srovnání s tradičními postupy).

Dětští lékaři musejí být dostatečně připraveni na péči o děti s psychiatrickými onemocněními a musí se umět vyjadřovat k otázkám zdravotnické legislativy.

V současnosti do popředí vystupuje problém očkování (četnost a přesvědčování rodičů), nové psychosociální diagnózy, praktičtí lékaři se setkávají s řadou nových nemocí, jejichž souvislost je spojena se socioekonomickým vývojem. Jsou to problémy chronicky nemocných dětí, narůstající závislost dětí na návykových

látkách, psychiatrické poruchy, nárůst sebevražd u mladistvých a disfunkční rodiny.

Dětská lékařství se musejí vyrovnávat s dynamickými změnami ve vlastní profesi s tím, že moderní pediatrie se bez moderních technologií neobejde.

Je nutná inovace vzdělávacích programů, potřebná analýza v oblasti dorostového lékařství a toto je třeba zařadit do dalšího vzdělávání pediatriů. Vhodné se zdá ovlivnění atomizace oboru, velký počet odborností podle zákona č. 95/2004 Sb. nemůže přinést kvalitativní posun v pediatrické péči.

Určitým východiskem by mohlo být vytvoření jednotlivých standardizovaných postupů, což může přinést a současně zajistit dostatečné kompetence pro kvalitu poskytované zdravotnické péče.

Doposud vážným problémem je financování specializačního vzdělávání (otázka zněla kdo, kdy a jak). Nyní Ministerstvo zdravotnictví ČR s profesními organizacemi, akreditovanými pracovišti a dalšími subjekty navrhuje novelizaci zákona č. 95/2004 Sb., kde by po schválení měla být otázkám finančního zabezpečení postgraduálního a celoživotního vzdělávání věnována celá řada paragrafů s jasnými pravidly. Stát podle pravidel platných v Evropské unii přebírá svou odpovědnost za financování specializačního vzdělávání.

Takže Vámi uvedená bota nás skutečně v současné době tlačí na řadě míst a toto souvisí s rozvojem oboru pediatrie jako takového, jakož i s výše uvedenými změnami v této oblasti, které musíme řešit komplexně, na základě důkladné analýzy současné situace, s výhledem nejméně do roku 2050.

2. Zde bychom si mohli opět položit otázku, formulovanou trochu jinak, a to ve smyslu „ovlivňuje návaznost zdravotní péče mezi jednotlivými typy zdravotnických zařízení kvalitu poskytované péče pro děti?“

Celospolečenské změny po roce 1989 se plně promítly i do této oblasti. Dětská lékařství, dříve centralisticky umístění na jednotlivých poliklinikách v rámci MÚNZ, OÚNZ a KÚNZ, vytvořili privátní dětské ambulance, které mimo zdravotní péči musejí zabezpečovat provoz ambulančí po stránce ekonomické a přístrojové.

Přestože zdravotní pojišťovny již řadu let hovoří o vytvoření sítě zdravotnických pracovišť, doposud není úplně vytvořena, a proto se konkrétní situace liší podle regionu (např. situace ve velkých městech je podstatně příznivější než v některých venkovských oblastech).

Od toho se odvíjí i koordinace a návaznost péče mezi jednotlivými typy zdravotnických zařízení. Z obecného pohledu lze říci, že jde o vztah mezi privátními dětskými ambulancemi různých odborností na straně jedné a nemocnicemi na straně druhé. Ať již je jejich vztah ke zřizovateli jakýkoli, nedomníváme se, že by byla návaznost péče nějakým negativním způsobem ovlivněna.

Lze tedy říci, že nemusíme hledat důvody pro přílišnou spokojenost s koordinací a návazností zdravotní péče, jejichž kvalita dosahuje i v současné době velmi dobré úrovně poskytované péče dětem. Určitým nedostatkem jsou počty dětských sester, které mohou poskytovat péči i na JIP a lůžkových novorozeneckých odděleních, protože i tento fakt by dříve či později mohl právě

návaznost zdravotní péče nepříznivě ovlivnit.

Dostáváme se tedy opět k problematice dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků (zde nelékařů) podle zákona č. 96/2004 Sb, proto úplná spokojenost v rámci zdravotní péče o dítě není nyní plně na místě, ale ani nespokojenost.

Koordinaci a návaznost péče mezi jednotlivými typy zdravotních služeb musíme zlepšit při diagnostikování týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte.

Řešení této problematiky si vyžaduje ještě značný časový prostor, včetně změn a novelizace řady zákonných i podzákoných norem.

3. Přání změnit určitou situaci nemůže záviset jenom na osobním postoji jednotlivce. Jsem ráda, že se začíná definovat jasná strategie v dalším vzdělávání zdravotníků. Připravuje se promyšlená koncepce všeobecné dostupnosti dalšího postgraduálního a celoživotního vzdělávání, stanovuje se kompetenční odpovědnost státu, centrálních orgánů, krajů, vzdělávacích institucí, profesních sdružení a sociálních partnerů.

Přála bych si systém aktivního profesního (kariérového) poradenství, respektování trendů a „reaktivní“ přístup (zaměřený na zajišťování potřeb) dalších vzdělávacích aktivit; rovněž specializaci vzdělávacích institucí s vysokou odbornou úrovní a kvalitní spolupráci poskytovatelů vzdělávání při vývoji nových vzdělávacích programů se znalostí trendů na straně poptávky a nabídky.

Dále bych si přála, aby péče o dítě a rodinu v České republice byla i nadále prioritou občanské společnosti.



Věra Andersová, matka

odpovědi Věry Andersové:

1. Z mého pohledu, to znamená z pohledu matky dvou dětí (jedno handicapované), chybí mezi lékaři a rodiči dialog. Často jsem měla pocit, že lékaři řešili vždy jen konkrétní problém, ale jakoby bez další návaznosti. Pokud se rodič aktivně nezajímá, nezjišťuje informace a nevyhledává specialisty, nedozví se nic navíc. Bohužel se ani nedozví o případných alterna-

tivách léčby, rizicích a podobně. Mně osobně trvalo dlouho, než jsem to pochopila a než jsem se dopracovala k lékařům, kterým mohu důvěřovat a o kterých jsem přesvědčena, že je skutečně zajímavá celkový vývoj mých dětí.

2. Moje zkušenosti nejsou nejlepší. V mém případě hrálo asi nejdůležitější úlohu štěstí spolu s metodou „pokus–omyl“.

3. Z mých předchozích odpovědí je zřejmé, že postrádám informace, ucelenost a návaznost péče.

odpovědi Iva Paclta:

1. Domnívám se, že „bota nás nejvíce tlačí“ v koordinaci jednotlivých oborů a zejména v informovanosti praktických lékařů pro děti a dorost o diagnostických a terapeutických možnostech některých oborů, zejména dětské psychiatrie. Představy pediatriů jsou často zkreslené, neúplné a nepřesné. Je třeba si uvědomit specifika tohoto oboru, zejména v souvislosti s tím, že výcvik v tomto oboru je ve většině zemí pětiletý a zakončený prvostupňovou atestací.



doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.,
dětský psychiatr,
Psychiatrická klinika 1. LF UK

2. Nemůžeme být zcela spokojeni a řešení vidím v dalším vzdělávání pediatriů v příslušných oborech a ve zlepšení ekonomických podmínek pro některé obory, v našem případě dětskou psychiatrii.

3. Byl bych velmi spokojen, kdyby se změnilo alespoň něco z toho, co jsem výše uvedl.

mini anketa
na téma:
pedopsychiatrie

1. Myslíte si, že je adekvátní dětská psychiatrická péče pro všechny pacienty v ČR dostupná, a to i ve srovnání se státy EU?
2. Co je v současnosti největším problémem pedopsychiatrické péče v ČR?

**MUDr. Ivo Kunst, Institut intervenční a manipula-
tivní psychoterapie Ambulance dětské a dorostové
psychiatrie Hradec Králové**

1. Otázkou je definice pojmu "adekvátní ambulanti pedopsychiatrická péče". Tato péče chápána jako sociointervenční a systémově psychoterapeutická snaha o snižování škodlivého nárůstu napětí na komunikačních rozhraních kolem dítěte se v rámci mandátu stává pozvolna obtížně dostupnou. Různé úhradové regulace ze strany zdravotních pojišťoven prakticky znemožňují poskytovat takto chápanou

pomoc potřebným dětem, adolescentům a jejich rodinám. Nesmírně dětským psychiatrům při terapii svazují ruce. Ekonomicky značně podhodnocený obor není pro mladé lékaře příliš atraktivní, a tak funkčních pedopsychiatrických ambulancí s věkem lékařů ubývá.

2. Dětskou psychiatrii velmi svazuje velmi řídká síť dostupných specializovaných lůžek. Mám na mysli lůžka dostupná pro akutní pobyty, během kterých by bylo možné nejlépe diagnostikovat obtíže a zmapovat kontextuální situaci dítěte v jeho životně důležitých

sociálních systémech. Navíc by taková lůžková zařízení integrovala péči celé řady pomáhajících profesí ve prospěch potřebného dětského či mladistvého pacienta. Problémem dětské psychiatrie u nás je její malá komplexnost. Ne vždy a ne všem pracovištím se daří s dostatečnou vědeckou účinností skloubit psychoterapeutický a rodinně terapeutický přístup s konstruováním někdy nezbytné regulativní farmakologické clony. Na škodu je jak neracionální paušální odmítání jakékoli medikace, tak i jednostranná preference biologického paradigmatu bez ohledu na systémové souvislosti rozvoje osobnosti dětského a mladistvého pacienta.

**prim. MUDr. Iva Hodková, ředitelka,
Dětská psychiatrická léčebna Opařany**

1. Dětská psychiatrie je obor, který by mohl v současných podmínkách zcela srovnatelně poskytovat kvalitní odbornou péči ambulantní a lůžkovou srovnatelnou s vyspělými státy EU.

Ovšem chybí realitě odpovídající systém financování. Současný systém je nevyhovující, pokřivený, postavený na základech historie v našem oboru.

Díky dlouhodobě nereálně nastavenému systému financování jsou dlouhé čekací doby v ambulancích, ambulance pracují na zlomky úvazků. Jsou dlouhé čekací doby, lékaři si nemohou dovolit sestru v ambulanci. I tak lze říci, že odléčíme více pacientů, než za kolik jsme zaplacení, a to jak v ambulancích, tak v lůžkových dětských psychiatrických.

I přesto dochází k regulacím referenčním obdobím!

Při narovnání financování oboru by zcela určitě došlo k větší propustnosti ambulantní a také k možnosti poslat dětského pacienta podle potřeby na lůžko.

Máme k dispozici vzdělávací systém pre- a postgraduální pro lékaře, dostupnost vyšetřovacích metod, moderní medicínské intervence, moderní psychofarmaka, psychoterapii, léčebné režimy a programy.

V posledních letech se zvýšil zájem o problematiku dětské psychiatrie i ze strany veřejnosti, médií atd. Ale nemělo to zásadní vliv na podporu změny ve financování.

2. Zásadní problematiku vidíme:

1. **v systému financování** zejména ze strany zdravotního pojištění a v některých případech i státu, a to dlouhodobé podfinancování.

Tím se snižuje dostupnost odborné péče pro děti s psychickými poruchami a nemocemi zejména v ambulantním segmentu a následně i v lůžkové péči.

- V lůžkové péči, a to zejména v dětských psychiatrických léčebnách, poté na dětských odděleních psychiatrických léčeben pro dospělé, ale výjimkou nejsou ani dětská psychiatrická oddělení nemocnic, je podfinancování už historicky dané a dále se prolongující.
- Denní ztráty činí minimálně 500 Kč na pacienta, a to vede managementy léčeben, nemocnic nebo zřizovatele k redukci lůžek či jejich rušení. Budou vznikat oblasti, kde bude dostupnost lůžkové psychiatrické péče velmi obtížná.
- Opakovaným jednáním na nejvyšší úrovni došlo jen k dílčím finančním opatřením ze zdrojů zdravotního pojištění.jednání se datují od druhé poloviny 90. let. Celkově nebyl zájem výrazně ošetřit financování dětské psychiatrie. V mnoha případech byly hledány argumenty, jak situaci vyhrodit a prohlásit některá zařízení dětské psychiatrie za zbytečná.

Argumentace ze strany dětské psychiatrie byla zásadním způsobem podceňována, neakceptována.

- Dětská psychiatrie tak přežila jen díky výrazným nestandardním úsporným opatřením v provozních nákladech (samostatné dětské psychiatrické léčebny), v nízkých průměrných platech a díky historicky dané skromnosti, na kterou je existenčně adaptována.
- Dětské psychiatrie lůžkové mají výrazně méně komfortní zázemí.
- Více se podařilo v oblasti odborné, kdy se výrazným způsobem zmodernizoval celý proces kolem dětského pacienta.
- Dosáhli jsme systémových změn, které jsou více odborné. Rychlý diagnostický proces, intenzivní léčebný proces, moderní psychofarmaka, větší zainteresovanost rodiny. Tlak propustit dítě rychleji do nukleární rodiny.
- Nedosáhli jsme podstatné změny ve financování, tam vidím nepropojení systémů. Žádoucí a potřebné moderní a efektivní odborné trendy se nedají dělat s minimálními financemi, které nejsou upravené pro současnou dobu.
- I v podfinancovaném systému dochází k regulacím v úhradách proti srovnatelným obdobím.

A pokud by snad systém zdravotního pojištění tvrdil, že v posledních letech zejména 2005–2007 došlo k výraznému procentuálnímu nárůstu úhrad za lůžkovou péči v léčebnách, tak musí dodat, že je to navýšení zase z onoho citovaného historického minima! Oproti jiným oborům, které jsou v úhradách dlouhodobě diametrálně pozitivně odlišné, jsme museli o pár

procent „povýšit“, protože jinak už bychom nebyli schopni existence vůbec. I tak nadále trvá podfinancování a denní propad ve všech zařízeních minimálně o 500 Kč.

Jestliže je tomu tak všude, zřejmě se jedná o systémový nedostatek, nikoliv o špatné jednotlivé nastavení cen za OD.

2. výrazný problém je, že o potřebný, ale zároveň odborně náročný a finančně neatraktivní obor jeví zájem méně lékařů, než by bylo skutečně v praxi potřeba. Většina dětských psychiatrů je ve věku kolem 50 let věku a výše.

Dojde-li k narovnání financování, je velká naděje, že obor bude saturován i mladou odbornou generací a bude zajištěna potřebná dostupnost pro děti a adolescenty s psychiatrickou problematikou.

Současnou komplexní péči o dítě a dorost si nedovedu bez potřebné dostupnosti k oboru dětské a adolescentní psychiatrie vůbec představit.

Současný stav je nepřijatelný a musí se změnit. O situaci se ví, jen se neřeší na místech, kde se rozhoduje o financích.

MUDr. Jaroslav Matýs, dětský psychiatr, ambulance dětské a dorostové psychiatrie, Ostrava

1. Pedopsycheiatrii v České republice jsou schopni poskytovat plně srovnatelnou a špičkovou pedopsycheiatriickou péči na úrovni předních států EU. Nicméně historicky došlo u nás k deformaci možnosti poskytovat takovou péči v podmínkách systému financování zdravotní péče. Závažné podfinancování pedopsycheiatrie jako segmentu v ambulanci, ale i lůžkové péči dnes vede k tendenci nesmyslně rušit pedopsycheiatriká lůžka v léčebnách. Samot-

ná síť pedopsycheiatrických ambulančních má daleko k optimu. Tomu odpovídají neúměrně dlouhé objednávací doby. U některých kolegů jsou to i tři měsíce. Zásadním způsobem jsme tlačeni korigovat medikaci na úrovni minulého století. Z toho je tedy jasné, že optimální péče se nedostane ke každému, respektive je množství pedopsycheiatrických pacientů, kteří nedostanou žádnou pedopsycheiatriickou péči. K tomu je nutno připomenout, že věková struktura ambulanci pedopsycheiatričtů je nevyhovující. Téměř 70 % je starších padesáti let.

2. Za nejdůležitější považuji změnu přístupu státu a zdravotních pojišťoven k této problematice, která není ani populární, ani prestižní. Problémem je dosáhnout důstojných podmínek pro léčbu „dětského psychiatrického pacienta“, a to jak v ambulancích, tak v léčebnách. Je pro mne absolutně nepřijatelné, aby kupř. 2,5milionový region na Moravě neměl k dispozici jediné pedopsycheiatrické lůžko. Pro všechny soudné lidi je doufám také absolutně nepřijatelné, aby dětská psychiatrická lůžka v dnešní době byla svým vybavením, ale i strukturou personálu na úrovni socialismu, neřkuli na úrovni první Československé republiky. Stačí porovnat lůžka a prostory pediatrické s lůžky a prostory pedopsycheiatrickými. Je rovněž ostudné, aby v současné době v našich podmínkách pod tlakem finančních sankcí musel pedopsycheiatričt léčit dle schémat z minulého století a nemohl předepisovat skutečně moderní a „šetrná“ psychofarmaka. Když stát nebo kraje mohou dofinancovat kupříkladu protialkoholní záchytné stanice, nevidím jediný důvod k odmítnutí napravit současný nespravedlivý systém financování v pedopsycheiatrii.

Nadace
OPEN SOCIETY FUND PRAHA



o. s. Občan děkuje za podporu

Nadaci Open Society Fund Praha

