



CÍL 3: ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

DO ROKU 2020 VYTVOŘIT PODMÍNKY, ABY VŠECHNY NAROZENÉ DĚTI A DĚTI PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU MĚLY LEPŠÍ ZDRAVÍ UMOŽŇUJÍCÍ JIM ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA

Důležité komponenty tělesného a duševního zdraví se vyvíjejí již v raných fázích života. Zdravotní stav mladé generace a péče o ni je obrazem sociální a kulturní úrovně každé civilizované země.

ČR se řadí mezi státy s velmi nízkou úrovní porodnosti a plodnosti. Dosaženou úrovní celkové perinatální mortality 4,4 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě.

Výrazný pokles úmrtnosti v dětském věku je odrazem odborného zkvalitnění péče především v prenatálním období. Těhotné ženy, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností, nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče perinatologických center. Integrální součástí perinatologických center jsou vysoce specializovaná pracoviště neonatální péče o nezralé novorozence, či novorozence s nízkou porodní hmotností (dále jen NPH). V ČR je frekvence novorozenců s NPH cca 6 %, což odpovídá statistickému srovnání s vyspělými evropskými zeměmi. Ve výskytu vrozených vad (dále jen VV) dochází k relativnímu zvýšení jejich frekvence ve vztahu k počtu živě narozených dětí. Zvýšení je způsobeno zkvalitněním diagnostiky VV (včetně důsledného vyšetřování všech těhotných žen ultrazvukem) a zlepšením jejich vykazování.

Díky koncepčně preventivnímu zaměření má současná pediatrie velmi dobře zavedený systém jednotných preventivních prohlídek, zaměřených na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře. Komplexní preventivní prohlídky se v kojeneckém věku zaměřují na sledování doby kojení a správné podávání kojenecké výživy a vitamínů, vývoje délky a hmotnosti, zraku, sluchu, řeči, na vývoj dentice, pohybového ústrojí, psychomotoriky a úroveň péče o dítě rodiči. Dětská lékařská péče podává rodičům odborně fundované připomínky k problematice životního stylu se zaměřením na zdravou výživu, přiměřený pohyb a vedou rodiče k abstinenci rizikového chování.

Dětské lékařství (pediatrie) má několik užších specializací, které dovolují vysokou odbornou koncentraci na určitá vývojová období dítěte. Neonatologie se věnuje novorozeneckému období, perinatologie době od 24. týdne těhotenství do 7. dne života novorozence. Prenatálním obdobím se označuje celá doba vývoje dítěte před narozením, postnatálním obdobím doba po porodu.

Ohrožené a chronicky nemocné či postižené děti jsou zařazovány do dispenzárních skupin, ve kterých jsou zvýšeně sledovány dětským lékařem a příslušnými specialisty. V dispenzární péči pediatrií je ročně sledováno v průměru každé páté dítě. V mnoha případech je ve spolupráci s odbornými ambulancemi a praktickými lékaři pro děti indikována, v rámci tzv. komplexní péče, lázeňská péče a pobyty v odborných léčebnách. Ve výjimečných případech selhání rodiny v péči o své dítě, např. zanedbávání, týrání či zneužívání, je ve spolupráci s resortem práce a sociálních věcí a soudu, indikován pobyt ve zvláštních dětských zařízeních typu kojenecký ústav a dětský domov resortu zdravotnictví.

Zdravotní stav dětské populace v ČR se i přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva výrazně nezlepšuje. Stoupá počet vrozených vad, alergických onemocnění, trvá nárůst

onemocnění nervového systému, mentální retardace, závažných poruch chování, poměrně značně stoupá počet závažných úrazů a toxikomanie u dětí a mladistvých. Extrémně vysoká nemocnost akutními respiračními onemocněními se vyskytuje zejména u dětí navštěvujících předškolní dětská zařízení.

Za nejzávažnější příčiny tohoto stavu lze považovat nesprávnou životosprávu, nepříznivé socioekonomické vlivy a některé faktory životního prostředí dítěte.

Dílčí úkol č. 3. 1.

Lepší přístup k prenatalní a perinatální péči

Současný stav:

Péče prenatalní je součástí péče perinatální. Kritériem úspěšnosti péče je perinatální úmrtnost (PÚ), která je dále diferencována na prenatalní, intrapartální a neonatální. Dosaženou úroveň celkové perinatální mortality 4,4 promile patří ČR mezi země s nejlepšími výsledky na světě (to platí i pro jednotlivé komponenty PÚ). Těmito kritérii je hodnocena péče prenatalní, péče v průběhu porodu a péče novorozenecká. Tyto složky péče jsou zajištěny v ČR pro všechny těhotné systémem 3stupňové diferencované péče. Další snižování perinatální úmrtnosti s výjimkou desetin promile není v nejbližších letech reálné.

K problémům, které mohou negativně ovlivnit vynikající úroveň výsledků perinatální péče v ČR patří:

- a) perinatální péče o imigranty, kteří přicházejí z oblastí, kde nebyla poskytována prenatalní péče. Tyto pacientky obvykle představují klienty pro akutní péči a obvykle nemají zdravotní pojištění. Problém je medicínský - těhotné bez adekvátní prenatalní péče -a problém finanční - nepojištěné pacientky představují zátěž pro péči poskytující zařízení. Zvyšování podílu takových pacientek při neřešení výše zmíněných problémů může vést k ovlivnění výsledků perinatální péče v negativním smyslu.
- b) vysoký podíl porodnic s méně než jedním porodem za den. V těchto zařízeních musí být k dispozici stálý tým pracovníků a vybavení odpovídající úrovni, přičemž jejich využití je minimální. Takových zařízení je v ČR stále ještě cca 20 %, čímž se lišíme od ostatních evropských zemí. Geografické důvody (vzdálenost) nejsou argumentem pro hustotu sítě takto malých zdravotnických zařízení.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.1.1: Identifikace a analýza potřeb imigranční populace z hlediska perinatální péče

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP
Termíny: v roce 2003

3.1.2: Zajištění adekvátní zdravotní péče v imigranční populaci

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP
Termíny: v období 2004-2006

3.1.3: Zajištění způsobu hrazení péče poskytované nepojištěným těhotným imigrantkám
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MV, ČLS JEP, ZP
Termíny: v roce 2003

3.1.4: Redukovat počet porodnických pracovišť s ohledem na zajištění efektivity práce, kvality zdravotní péče a dostupnosti těchto zdravotnických zařízení.
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: ČLS JEP, ZP, územní samosprávné celky
Termíny: průběžně, roční analýzy

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- perinatální úmrtnost a její součásti (mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost), včetně údajů institucionálních a regionálních,
- procento transferu rizikových gravidit a novorozenců do perinatologických center,
- podíl porodů bez perinatální péče.

Dílčí úkol č. 3. 2.

Snížení míry kojenecké úmrtnosti

Současný stav:

Neonatologie se v současné době jednoznačně podílí na kvalitě raného vývoje dítěte. Perinatální úmrtnost během posledních 10 až 12 let v ČR plynule klesala a v roce 2000 byla nižší než 5‰ (přesně 4.4/1000 porodů). Stejný trend lze pozorovat při hodnocení neonatální mortality a kojenecké úmrtnosti. Neonatální mortalita poklesla v roce 1999 pod hranici 3‰ a v roce 2000 se dále snížila (na 2.4/1000 živě narozených). Bude nutné průběžně vynakládat velké úsilí, abychom dosažené výsledky udrželi i v následujících letech. Kojenecká úmrtnost ve stejném období rovněž zaznamenala podstatné zlepšení a klesla pod hranici 5‰. Paralela snižování neonatální a kojenecké úmrtnosti napovídá, že nedochází k přesunu úmrtnosti v důsledku perinatální nemocnosti do postneonatálního období. "Hrubými ukazateli" kvality poskytované zdravotní péče, tj. úmrtností v nejranějším dětství, jsme se tak zařadili k předním zemím na světě a WHO vytyčené cíle pro Evropský region pro první období 21. století jsme výrazně překročili.

Praktický lékař pro děti a dorost (dále PLDD) je v ČR samostatně pracující pediatr v primární péči. Pacienti mají volný přístup k ošetření dle své svobodné volby lékaře. PLDD své pacienty registruje a nadále přebírá do komplexní péče preventivní, diagnostické i léčebné. Sleduje své pacienty co nejbližně jejich sociálnímu prostředí, je v kontaktu s rodinou, vykonává návštěvní službu v rodině.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 3.2.1: Snížit prevalenci pozdní (postneonatální) morbidity
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: Sekce perinatální medicíny při ČGPS, Česká neonatologická společnost v součinnosti s Perinatologickou komisí při MZ, OSPDL, SPLDD
Termíny: průběžně
- Roční analýzy (audit) perinatální a neonatální péče s rozbořením perinatální morbidity a pozdní morbidity (děti pod 1500 g a děti s prokázanou perinatální hypoxií, infekcí a dalšími rizikovými faktory).
- Hodnocení změn prevalence pozdní, postneonatální morbidity (postižení) ve 2-3 letých intervalech.
- 3.2.2: Vytvořit standardizovaný systém integrované rané péče o perinatálně ohrožené a postižené děti na regionální úrovni, a to na základě vytvoření příslušného legislativního návrhu
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MPSV, MŠMT, Společnost rané péče (občanské sdružení), OSPDL, SPLDD, územně samosprávné celky
Termíny: průběžně
- konečný termín - návrh konec roku 2005
- 3.2.3: Volba pediatra pro novorozence - doporučený postup
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická, praktických lékařů pro děti a dorost, pediatrická
- průběžně
- Termíny:
- 3.2.4: Způsob propuštění novorozenců - doporučený postup
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická a pediatrická, OSPDL, SPLDD
- Termíny: průběžně
- 3.2.5: Převzetí novorozence do péče prosazením zákonné povinnosti registrace dětí u PLDD
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická a pediatrická, OSPDL, SPLDD
- Termín: průběžně

- 3.2.6: **Podporovat rozvoj zdravotnických zařízení zapojených do hnutí „baby - friendly“**
odpovědnost: **MZ**
spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP - neonatologická a pediatriká, OSPDL, SPLDD, ÚZIS
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- Perinatální, neonatální, kojenecká úmrtnost a pozdní (postneonatální) morbidita. Vyhodnocování vývojových trendů pozdní morbidity dětí pod 1500 g ve 2-3 letých obdobích a porovnání s relevantními daty z EU, zámoří (metodika již zavedena).
- Cerebrální morbidita dětí s perinatální zátěží hypoxie nebo závažného infekčního onemocnění.

Dílčí úkol č. 3. 3.

Snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí

Současný stav :

Podíl vrozených vad (VV) na časně novorozenecké úmrtnosti (ČNÚ) byl v roce 2000 0,6 promile, tj. 37 %. K dalším úmrtím z důvodů VV dochází v pozdním novorozeneckém a ponovorozeneckém období, nicméně neznáme velikost tohoto podílu. Vhodné by bylo diferencovat vady strukturální a metabolické a vady slučitelné a neslučitelné s životem.

Registrace VV má již 40letou tradici, včetně podrobných analýz tuzemských i zahraničních. V současné době neexistuje v ČR obecně přijímaný program pro primární prevenci VV (vitaminová suplementace, osvěta zdravotnických pracovníků, osvěta laické veřejnosti). Výsledky sekundární prevence jsou naprosto srovnatelné s výsledky zahraničních registrů.

Zlepšení je možné prostřednictvím programů primární prevence. Dalším řešením problému je další zlepšování prenatalní diagnostiky (větší efektivita používaných a zavádění nových metod) a uplatňování sekundární prevence (ukončení gravidity za souhlasu rodičů).

Jednou z možností je zavedení screeningových metod prenatalní diagnostiky do období I. trimestru. Kombinovaný screening v I. trimestru gravidity umožní detekovat větší podíl VV, než je tomu u dosud rutinně používaného biochemického screeningu II. trimestru. Takový přístup by také mohl snížit frekvenci invazivních diagnostických výkonů, které jsou prováděny při falešné pozitivitě screeningu II. trimestru. Další možností je kombinace screeningových metod I. a II. trimestru (integrováný test), který si klade podobné cíle. Otázkou zůstává, kde mají být taková screeningová vyšetření prováděna (obvodní gynekolog versus screeningová centra; otázka funkčních licencí a odborných a technických podmínek v terénu apod.). V případě vad se životem slučitelných jejich detekce a léčba (včetně koncentrace takových případů v Perinatologických centrech, která jsou schopna takto postiženým novorozencům zajistit adekvátní perinatální a zejména postnatální péči).

Pokud jde o další postižení, je nutné definovat pojem postižení ve smyslu perinatální morbidity (psychoneurologické následky) a zmapovat kvalitu života takto postižených dětí.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

3.3.1: Zavedení programů primární prevence

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: ČLS JEP
Termíny: 2003-2010

3.3.2: Zlepšení efektivity prenatální diagnostiky, včetně vypracování systému provádění screeningu v ČR

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: ČLS JEP
Termíny: 2003-2005

3.3.3: Léčba vybraných skupin VV na specializovaných pracovištích

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: ČLS JEP
Termíny: průběžně, roční hodnocení

3.3.4: Vypracování systému dlouhodobého sledování dětí narozených s VV

Odpovědnost: MZ
Spolupráce: ČLS JEP, ÚZIS
Termíny: průběžně, roční hodnocení

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- podíl VV na poporodní úmrtnosti včetně analýzy spektra VV,
- úspěšnost prenatální detekce VV,
- počet umělých přerušení těhotenství v důsledku detekované VV,
- poporodní morbidita v důsledku VV.

Dílčí úkol č. 3. 4.

Snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %.

Současný stav:

V současnosti přetrvávají nedostatky v hlášení PLDD při podezření na násilí páchaném na dětech. Důvody jsou mnohé, např. nezkušenost PLDD odhalovat skryté násilí na dětech, obava o ztrátu pacienta při hlášení podezření, nejistota v postupu komu, jakou formou a kdy hlásit. Častá je

nediskrétnost ve spolupráci mezi pracovníky sociální sféry, policií a školskými pracovníky a zdravotníky při následném přešetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení. Citelně chybí dostatek dobře vyškolených psychologů a psychoterapeutů v této oblasti. Chybí vzájemná informovanost a koordinace postupů různých odborníků a nestátních organizací pro realizaci interdisciplinární spolupráce.

V současné době je vypracován doporučený postup pro PLDD při náhlé smrti kojence a dále součástí hlášení ÚZIS budou evidována náhlá úmrtí samostatně.

Z hlediska oboru soudního lékařství bude prvořadým úkolem zjistit incidenci (zpětně za dobu 10 let) v ČR se zaměřením na vraždu novorozence dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte. Je potřeba provést zpětnou studii nálezů soudně-lékařských pracovišť ČR. Výsledkem studie bude přesná informace o počtu takových úmrtí, což dosud chybí. Je nutné vypracovat příslušné hlášení o násilí na dítěti, které by nejspíše vystavoval PLDD. Problematika náhlé smrti se týká kojeneckého věku. V současné době je incidence cca 0,5 promile živě narozených dětí a jedná se o nejčastější příčinu smrti v kojeneckém věku. K řešení i prevenci problematiky dětí se syndromem CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) přispívají sociální služby, jako např. Centrum krizové pomoci, krizové telefonní linky, azylové domy.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 3.4.1: Zavedení do praxe doporučeného postupu pro všechny praktické lékaře při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, včetně komerčního sexuálního zneužívání dětí
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MŠMT, MPSV, MV, územní samosprávné celky, Společnost sociální pediatrie ČLS JEP, Koordinační centrum sociálně právní ochrany dětí (obč. sdružení), OSPDL, SPLDD
Termíny: 2004
- 3.4.2: Zavést dotazník anamnézy úrazu dítěte pro odborné ambulantní lékaře
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: Odborná společnost sociální pediatrie ČLS JEP, OSPDL, SPLDD, Koordinační centrum sociálně právní ochrany dětí (obč. sdružení)
Termíny: 2003
- 3.4.3: Provést analýzu násilného jednání na dítěti
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: MV, MS, MPSV, Koordinační centrum sociálně právní ochrany dětí (obč. sdružení), pracoviště v oboru soudního lékařství (pro zjištění incidence vražd novorozence dítěte matkou a týrání a zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte), OSPDL, SPLDD
Termíny: 2005
- 3.4.4: Analýza a prevence náhlé smrti kojence (SIDS)
Odpovědnost: MZ
Spolupráce: pracoviště v oboru soudního lékařství, Český výbor pro UNICEF
Termíny: 2005

- 3.4.5: Zjistit incidenci vražd novorozeného dítěte matkou a týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte
odpovědnost: MZ
spolupráce: **MV, MPSV, MS, odborné společnosti ČLS JEP, zdravotnická pracoviště soudního lékařství, OSPDL, SPLDD, Společnost sociální pediatrie**
termíny: 2003
- 3.4.6: Podporovat vytváření sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech
odpovědnost: **MPSV**
spolupráce: **MV, MZ, orgány sociálně-právní ochrany dětí**
termíny: průběžně

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- náhlé úmrtí, děti se sy. CAN, počet sebevražd dětí,
- počty dispenzarizovaných dětí podle kategorií MKN 10,
- počet sociálně preventivních programů zamezujících páchaní násilí na dětech.

Dílčí úkol č. 3. 5.

Snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2 500 g o 20 %

Současný stav:

V ČR je frekvence novorozenců s nízkou porodní hmotností nižší než 2 500 g cca 6 % a tento podíl je více méně stabilní a podobný vyspělým evropským zemím. Je potřebné diferencovat čistou prematuritu a intrauterinní růstovou retardaci a kombinaci prematurity s intrauterinní retardací růstu plodu.

Frekvence novorozenců s NPH v ČR je již déle než 10 let stabilní a úroveň odpovídá vyspělým evropským zemím a neskýtá vysokou pravděpodobnost pro významné snížení této frekvence.

Potenciálním problémem v udržení nízké frekvence novorozenců NPH může být zvyšující se podíl pacientek bez prenatální péče, obvykle z populace imigrantů. Také etnické rozdíly v distribuci porodní hmotnosti mohou ovlivnit celkovou frekvenci NPH.

Řešením (ve smyslu snížení frekvence NPH o desetiny procenta) může být další zdokonalování již vynikající centralizace rizikových gravidit do perinatologických center a zlepšování prenatální péče o riziková těhotenství.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- 3.5.1: Zlepšení centralizace rizikových gravidit do perinatologických center a zlepšování prenatální péče o riziková těhotenství, včetně preventivních opatření
odpovědnost: MZ
spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti), Perinatologická komise, ÚZIS
termíny: průběžně, roční analýzy
- 3.5.2: Analýza podílu intrauterinní růstové retardace na populaci novorozenců nízké porodní hmotnosti
odpovědnost: MZ
spolupráce: ČLS JEP (odborné společnosti), Perinatologická komise, ÚZIS
termíny: v roce 2003, dále průběžně po 2 letech
- 3.5.3: Zajištění adekvátní prenatální péče ženám z rizikových skupin, včetně populace imigrantů
odpovědnost: MZ
spolupráce: MV, ČLS JEP (odborné společnosti), Perinatologická komise, ÚZIS
termíny: v období 2004-2006

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet dětí s nízkou porodní váhou,
- frekvence intrauterinní růstové retardace,
- procento transferu rizikových gravidit a novorozenců do perinatologických center (viz též 3.1),
- procento žen bez prenatální péče (viz též 3.1).