

III. SOCIÁLNĚ PEDIATRICKÁ KONFERENCE

**Regionální centrum
Olomouc**

19.–20. září 2012

Pořadatelé

*Sdružená zařízení
pro péči o dítě v Olomouci*

*Společnost sociální
pediatrie ČLS JEP*



POŘADATELÉ

- Sdružená zařízení pro péči o dítě v Olomouci
- Společnost sociální pediatrie ČLS JEP

SOLEN
MEDICAL EDUCATION**III. SOCIÁLNĚ
PEDIATRICKÁ
KONFERENCE**

19.–20. září 2012

Regionální centrum Olomouc**Pořadatelé**

*Sdružená zařízení pro péči o dítě v Olomouci
Společnost sociální pediatrie ČLS JEP*

Koordinátor konference Ing. Marie Fickerová, MBA

ředitelka Sdružených zařízení pro péči o dítě v Olomouci

Organizátor

SOLEN, s. r. o.
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba:

Mgr. Hana Danyi
5852 396 038, 724 048 902, danyi@solen.cz

**Záštitu III. sociálně pediatrické konference převzala paní poslankyně
MUDr. Jitka Chalánková.**

Regionální centrum Olomouc 19.–20. 9. 2012

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry a sociální pracovníky, 8 kredity pro psychology a fyzioterapeuty.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

ISBN 978-80-87327-99-9

Středa, 19. 9. 2012

10.30–12.00

I. blok – Porodnictví a neonatologie

Koordinátor: MUDr. Lumír Kantor, Ph.D., Mgr. Magda Pilková

- Problematika domácích porodů – pohled odborníka – Martin Procházka
- Neonatologie dnešních dnů – Lumír Kantor
- Pozdní morbidita předčasně narozených novorozenců – Jan Hálek
- Sociální problematika v kontextu neonatologie – Tomáš Juren

12.00–13.00

II. blok – Formy péče o děti s perinatálními riziky

Koordinátor: MUDr. Jaroslava Lukešová, MUDr. Jaroslav Wiedermann

- Děti s perinatálními riziky v poradně centra komplexní péče FN v Motole – Martina Kašparová
- Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dětském věku – Eva Klásková
- Diagnostika časných příznaků autizmu – Libuše Stárková
- Handicap třikrát jinak – Jaroslava Lukešová

14.00–15.00

III. blok – Raná péče

Koordinátor: Bc. Petra Hálková, Mgr. et Mgr. Andrea Kafková

- Raná péče – terénní sociální služba – Eva Novotná
- Možnosti mezioborové spolupráce v rané péči – Petra Navrátilová
- Kazuistika prezentující průběh služby rané péče v klientské rodině a spolupráci s dalšími subjekty – Petra Hálková
- Včasná intervence u dětí se sluchovým postižením z pohledu služby rané péče – Miroslava Francová

15.30–17.00

IV. blok – Možnost komplexní péče

Koordinátor: MUDr. Anna Neduchalová, Mgr. Michaela Hradilová

- Stimulace pravé hemisféry v raném stadiu rozvoje komunikace – Miloslava Čecháčková
- Psychologická péče u dětí do 3 let věku – Michaela Hradilová
- Parametry hybné poruchy u kojence, pravidla fyzioterapie – Věra Kovačiková-Skaličková
- Akupunktura a laser, součást komplexní terapie dětí s handicapem – Anna Neduchalová
- Možnosti léčby dětských pacientů v Dětské léčebně Vesna, Janské Lázně – Vasil Janko
- Možnosti využití muzikoterapie u dětí s vývojovým postižením – Zdeněk Vilímek

Čtvrtek, 20. 9. 2012

9.00–10.00

I. blok – Aktuální spektrum péče v ústavních zařízeních

Koordinátor: MUDr. František Schneiberg, Mgr. Vladislava Marciánová

- Současný stav konceptu dětských center – František Schneiberg
- Vyhodnocení péče o děti v Kojeneckém ústavu a Dětském domově SZPD Olomouc – vývoj a aktuální trendy – Jaroslav Wiedermann
- Raný postnatální vývoj novorozenců a kojenců v DC Pavučinka – Marie Nováková
- Netradiční formy podpory dětí se speciálními potřebami v podmínkách DC – Markéta Hrdličková

10.00–11.30

II. blok – Problematika ohroženého dítěte v ČR – fakta a čísla

Koordinátor: MUDr. Drahomíra Peřinová, Bc. Lenka Krátká

- Syndrom CAN včera a dnes – Lubomír Kukla
- Kolik máme chronicky nemocných dětí v ČR – dostupná statistická data – Pavel Frühauf
- Možnosti enterální výživy u dětí s perinatální patologií – Eva Karásková
- Pohled na vztah etických aspektů klinického výzkumu a dosažených výsledků v pediatrii a intenzivní péči – Petra Kanioková Veselá
- Zdravotní stav dětí s porodní hmotností pod 1 500 g v 5 letech věku – Petr Kašpar
- Dítě cizinec – Drahomíra Peřinová

12.00–13.30

III. blok – Vize komplexní péče o ohrožené dítě v kontextu legislativy

Koordinátor: Mgr. Petr Fabián, Ing. Marie Fickerová

- Trendy mezinárodního adopčního práva ve světle novely zákona č. 359/1999 Sb., o sociálněprávní ochraně dětí – Zdeněk Kapitán
- Specifická role ÚMPOD v procesu svěření dítěte do preadopční péče do zahraničí – Markéta Košutová
- Nový medicínský kodex – zákon o zdravotních službách – Sabina Procházková
- Kam dál? – Petr Fabián

I. blok – Porodnictví a neonatologie

Koordinátor: MUDr. Lumír Kantor, Ph.D., Mgr. Magda Pilková
středa / 19. 9. 2012 / 10.30–12.00

Problematika domácích porodů – pohled odborníka

doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
Porodnicko-gynekologická klinika,
Fakultní nemocnice Olomouc

Diskuze na téma podmínek a bezpečnosti domácích porodů je vedena ve většině vyspělých zemí a bohužel je velmi často ideologizována. Ve vyhodnocení bezpečnosti a efektivity poskytované porodnické péče v různých alternativách je třeba na základě dostupných vědeckých prací a bez emocí. V poslední době byla publikována řada prací předkládající bezpečnost jednotlivých modalit vyjádřenou mírou rizika komplikací a nežádoucích výsledků porodnické péče v různých podmínkách. Srovnávány jsou porody v domácím prostředí vedené porodní asistentkou, porody v nemocničním prostředí vedené samostatně porodní asistentkou a porody v nemocničním prostředí vedené lékařem. Výsledky takových prací se však těžko porovnávají. Rozdílnost dat je dána velmi různorodými výchozími situacemi, za kterých je sledování prováděno. Porod v domácím prostředí je velmi často nutnou praxí všude tam, kde je dostupnost porodu na porodnickém oddělení nemocnice omezeně nebo absolutně nedostupná. V podmínkách České republiky je však zabezpečení rodiček v kritických situacích při domácích porodech zcela nedostatečné a vede ke zbytečnému ohrožení životů matek i novorozenců.

Neonatologie dnešních dnů

MUDr. Lumír Kantor, Ph.D.
Novorozenecké oddělení FN Olomouc,
Fakultní nemocnice Olomouc

Abstrakt nedodán.

Pozdní morbidita předčasně narozených novorozenců

MUDr. Jan Hálek
Novorozenecké oddělení a DK FN Olomouc

V České republice se předčasně narodí asi 8 procent všech novorozeneckých dětí. Díky moderní neonatologické péči přežívá většina těchto dětí bez významných obtíží. Část z nich si však do života přece jen odnáší rizika dalších zdravotních či vývojových obtíží. Takzvaná pozdní morbidita se v posledních letech dostává do popředí zájmu nejen odborné veřejnosti.

Porodnická a neonatologická péče je v ČR tradičně na výborné úrovni, což ovlivňuje pozitivně všechny ukazatele kvality perinatální péče, mimo jiné i morbiditu rizikových novorozenců.

Sdělení přináší informace o sledování pozdní morbidity předčasně narozených dětí – zejména novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti (VLBW) v ČR. V přehledu informuje o aktuální situaci, o používané metodice sledování dětí a o výsledcích. Uvádí i srovnání se situací v ostatních rozvinutých zemích.

Sociální problematika v kontextu neonatologie

MUDr. Tomáš Juren
Neonatologické oddělení,
Fakultní nemocnice Brno

Sociální problematika je nedílnou součástí každého neonatologického pracoviště. Každý pediatr či dětská sestra by měl mít na zřeteli i sociální pozadí nejmenších pacientů, kteří procházejí zdravotnickým zařízením. V kontextu péče o zdravé, ale ve velkých perinatologických centrech i kriticky nemocné novorozence, se zdá být sociální aspekt druhotný. Připomínání důležitosti a pozornosti, která by se měla sociálnímu pozadí

novorozenců věnovat, by měla vést ke správnému nasměrování péče o novorozence. Novorozenci a malí kojenci jsou nejžádanějšími dětmi ze strany budoucích osvojitelů. Různé právní formy porodů dětí k adopci vedou k odlišným možnostem jak takové dítě adoptovat. Dobrá informovanost personálu porodních sálů a neonatologických pracovišť mohou přispět k usnadnění celého procesu a předejít nežádoucímu dlouhodobému pobytu dětí v ústavní péči. Neonatologická společnost se vážně zamýšlí i nad existencí tzv. baby boxů. Její členové jsou si vědomi právních úskalí, která je provází. Ač vyjádření České neonatologické společnosti k baby boxům je zamítavé, nepanuje mezi lékaři ohledně jejich rušení jednota.

II. blok – Formy péče o děti s perinatálními riziky

*Koordinátor: MUDr. Jaroslava Lukešová,
MUDr. Jaroslav Wiedermann*

středa / 19. 9. 2012 / 12.00–13.00

Děti s perinatálními riziky v poradně centra komplexní péče FN v Motole

MUDr. Martina Kašparová
Centrum komplexní péče pro děti,
FN v Motole, Praha

Poradna pro děti s perinatálními riziky je založena na spolupráci našeho pracoviště s novorozeneckým oddělením, klinikou dětské neurologie a klinikou rehabilitačního lékařství Fakultní nemocnice v Motole (dále FNM). Do péče rizikové

poradny jsou zařazovány děti narozené ve FNM s diagnózou prematurity většinou do 32. gestačního týdne anebo s dalšími perinatálními riziky, jako je hypoxie plodu, časný RDS syndrom, stavy po sepsi, novorozeneckých křečích a dalších komplikacích postnatálního období. Děti jsou sledovány od 3. měsíce gestačního věku, kdy přicházejí k prvnímu vyšetření. K dalším kontrolám jsou děti zvány obvykle po 3 měsících. Na těchto vyšetřeních již participují kromě neonatologů a vývojového pediatra i neurolog a fyzioterapeut. Přítomnost obou

odborníků je důležitá pro zhodnocení neurologického nálezu a úrovně prováděného cvičení, většínou fyzioterapie reflexní lokomocí. Jedná se spíše o supervizi prováděných vyšetření a cvičení v místě bydliště dítěte. Neonatologové sledují stav výživy, řídí očkování a věnují se aktuální zdravotní problematice dítěte. Děti jsou sledovány do 12. měsíce gestačního věku, někdy i déle, většinou do začátku bipedální lokomoce. Pokud mají děti závažnější zdravotní potíže či jejich stav vede k rozvoji DMO apod., pokračuje další sledování v Centru komplexní péče. Ostatní děti zůstávají v péči svých praktických lékařů pro děti a dorost a v odborné péči dle místa bydliště. Všechny děti zveme ve 2 letech života ke zhodnocení úrovně psychomotorického vývoje a zdravotního stavu. Tato zpětná vazba je velmi důležitá pro další péči o tyto děti

Podrobnější informace o činnosti poradny jsou předmětem sdělení.

Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dětském věku

MUDr. Eva Klásková

Fakultní nemocnice Olomouc

Autoři se ve svém příspěvku věnují významu prevence v dětské kardiologii.

Mortalita na kardiovaskulární choroby je v České republice stále významně vyšší než v zemích západní Evropy. Na tyto choroby u nás připadá více než 50% úmrtí. Zlepšení péče o nemocné se srdečními chorobami je tedy společným zájmem občanů, zdravotníků a státní správy.

Preventivní opatření začínají již prenatálně ve formě fetální echokardiografie, která je zaměřena na včasný záchyt závažných vrozených srdečních vad a poruch srdečního rytmu. Cílem

fetálního echokardiografického screeningu je na jednu stranu včasná diagnostika vad neslučitelných s postnatálním životem, na druhou stranu screening umožňuje prenatální terapii poruch srdečního rytmu a zajištění optimální perinatální péče o ohroženého novorozence se srdeční vadou.

Kardiologický screening postnatálně navazuje cílenou depistáží vrozených srdečních vad v novorozeneckém věku, v dětském věku a adolescenci. Součástí preventivních prohlídek u praktických lékařů pro děti a dorost je vyšetření pulzace na femorálních arteriích, diferenciální diagnóza dítěte se šelestem, s cyanózou, symptomy srdečního selhání a poruch srdečního rytmu. Tyto děti jsou následně vyšetřeny a dispenzarizovány dětskými kardiology.

Při preventivních prohlídkách v 5 a 13 letech je navíc indikováno vyšetření celkového cholesterolu a plazmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů v ohrožených rodinách (při pozitivní rodinné anamnéze ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu, náhlé cévní mozkové příhody, hyperlipoproteinemie, obezity a diabetu mellitu).

Zcela specifickou problematikou je péče o mladé sportovce a prevence náhlého úmrtí při sportu.

Diagnostika časných příznaků autismu

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance
a FN Olomouc

Zájem o problematiku dětského autismu v posledních letech výrazně stoupl. Celá skupina poruch autistického spektra zaznamenaná zřejmě velké změny v připravované revizi mezinárodního manuálu DSM V. Za rostoucím zájmem o auti-

stické děti stojí především výrazné zvýšení počtu diagnostikovaných případů. Nárůst může být dán jak zvýšeným výskytem dětského autizmu v populaci, tak zvýšeným povědomím o této nemoci v odborné i laické populaci.

Pediatři a dětské neurologové dobře vědí, jak je obtížné diagnostikovat autizmus v jeho rané fázi, zejména tehdy, kdy jsou přítomny jen některé příznaky a diagnostická kritéria, která jsou soustředěna především v diagnostickém manuálu duševních poruch, nejsou tak naplněna. Dětské psychiatry mají s diagnostikou autizmu v malém věku dítěte rovněž problémy a tak bývá nejčastěji diagnóza označena termínem suspektní. Teprve další vývoj dítěte ji potvrdí nebo vyvrátí. Z odborných publikací vyplývá, že příznaky, které se objevují u dětí dvouletých, mohou být nejméně ve 30% přechodné, zatímco symptomy, které jsou přítomny u dětí ve věku 4 a více let, mívají většinou již stacionární charakter a často hluboce zasáhnou do celkového vývoje dítěte. Velká nestabilita diagnózy byla pozorována zejména u dětí mladších 30 měsíců a u dětí, které měly vysoce kvalitní kognitivní vývoj. Ještě větším diagnostickým problémem je společný výskyt autistických symptomů, poruchy vývoje řeči a hyperkinetického syndromu.

V praxi diagnostiku opíráme o velmi pečlivé pozorování dítěte a popis příznaků, jak je uvádějí rodiče. Můžeme využít diagnostických testů pro děti do 3 let (CHAT, M-CHAT). Později využíváme především test CARS, neboť další testy (ADOS, ADI-R) běžně k dispozici nemáme.

Sdělení přinese stručný přehled současných informací o výskytu a příčinách dětského autizmu, hlavním cílem je ovšem poukázat na diagnostiku časných behaviorálních indikátorů autistických poruch s využitím screeningových dotazníků CHAT a M-CHAT.

Handicap třikrát jinak

MUDr. Jaroslava Lukešová

**Kojenecký ústav s dětským domovem,
Praha**

Sdělení se zabývá osudy dětí se stejnou diagnózou, avšak s jinými reakcemi rodičů na jejich narození.

Sleduje osudy dětí při jejich pobytu v DC. Životní příběhy dětí ukazují, že každá rodina má jiné startovací podmínky, jinou dobu přijetí dítěte, respektive přilnutí k dítěti.

III. blok – Raná péče

*Koordinátor: Bc. Petra Hálková, Mgr. et Mgr. Andrea Kafková
středa / 19. 9. 2012 / 14.00–15.00*

Raná péče – terénní sociální služba

**Mgr. Eva Novotná, Petra Navrátilová,
DiS., Bc. Petra Hálková, DiS.**

Středisko rané péče SPRP Olomouc

Raná péče je terénní služba poskytovaná rodině dítěte se zdravotním postižením ve věku do sedmi let. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na je-

ho specifické potřeby. Pracovníci střediska rané péče dojíždějí za rodinou domů, do přirozeného prostředí dítěte.

Cílem rané péče je snaha umožnit dítěti se zdravotním postižením vyrůstat ve vlastní rodině a současně poskytnout rodičům těchto dětí takovou podporu odbornou i lidskou, aby svůj náročný úkol zvládli co nejlépe. Pracovníci rané péče se snaží vytvářet podmínky pro integraci znevýhodněných dětí do společnosti a snižovat riziko, že se rodiče v bezradnosti rozhodnou pro umístění dítěte do ústavu. Dále jednotlivá střediska rané péče nabízí rodinám možnost využít i dalších aktivit – jako jsou například semináře pro rodiče, sociální poradenství, setkávání rodičů s dětmi, zaslání informačních materiálů, půjčování hraček, pomůcek a literatury, týdenní kurzy pro rodiny aj. Služba je poskytována bezplatně.

Možnosti mezioborové spolupráce v rané péči

Petra Navrátilová, DiS.

Středisko rané péče SPRP Olomouc

Představení čtyř možností spolupráce se zdravotními a sociálními zařízeními.

Kazuistika prezentující průběh služby rané péče v klientské rodině a spolupráci s dalšími subjekty

Bc. Petra Hálková, DiS.

Středisko rané péče SPRP Olomouc

Dítě se závažným zdravotním postižením, souběh služeb a zdravotní a sociální péče u dítěte a jeho rodiny. Zaměření na potřebu multidisciplinárního

prístupu odborníků a komplexnosti nabízených služeb.

Včasná intervence u dětí se sluchovým postižením z pohledu služby rané péče

Mgr. Miroslava Francová,

Mgr. Marie Pečivová

Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s.

Středisko rané péče Tamtam, Olomouc

Rodina s dítětem se sluchovým postižením je téměř ihned po stanovení diagnózy dítěte nucena řešit záležitosti, které jiné rodiny se zdravými dětmi nikdy řešit nebudou, nebo je budou řešit mnohem později. Rodiče musí zajistit optimální rozvoj svého dítěte jak po stránce zdravotní, tak i po stránce výchovné a vzdělávací. Taková rodina potřebuje maximum informací a kontaktů na odborná pracoviště, ale třeba i na další již zkušenější rodiny v podobné situaci.

Raná péče patří dle zákona o Sociálních službách č. 108/2006 Sb. mezi služby sociální prevence. Rodinám dětí se sluchovým a kombinovaným postižením od narození do 7 let věku dítěte ji poskytuje Středisko rané péče Tamtam, které je součástí Federace rodičů a přátel sluchově postižených, o. s. Středisko rané péče Tamtam poskytuje rodinám komplex služeb, které se zaměřují nejen na péči o dítě s tímto postižením, ale i na podporu rodiny jako takové.

Příspěvek si klade za cíl ukázat na příkladu dvou rodin, jak důležitá je včasná zajištění péče, které úzce souvisí se včasným odhalením postižení dítěte a informování rodiny o službách, které ji mohou provázet v jejich nelehké situaci. Jaké

budou důsledky postižení u samotného dítěte, jakým způsobem a jak rychle se s handicapem dítěte vyrovná celá rodina, závisí na včasnosti

a kvalitě poskytnuté péče. Dalším důležitým aspektem zvládnutí nelehké situace rodiny je i funkční mezioborová spolupráce.

IV. blok – Možnost komplexní péče

*Koordinátor: MUDr. Anna Neduchalová, Mgr. Michaela Hradilová
středa / 19. 9. 2012 / 15.30–17.00*

Stimulace pravé hemisféry v raném stadiu rozvoje komunikace

PaedDr. Miloslava Čecháčková
Fakultní nemocnice Olomouc

Civilizace zatěžuje intelektuální centrum člověka a tím je mozek. Čím je společnost civilizovanější, tím je víc přetěžovaná levá mozková hemisféra, kde je lokalizace řeči, logického uvažování, matematických operací, plánování. Pravá hemisféra je sídlem snění, fantazie, emocí a intuice.

Většina praváků a také 65 % leváků má dominantní levou hemisféru. Preference levohemisférového zpracování objektivní reality umožnila vědeckotechnický rozvoj, ale současně nastává pocit odcizení se přírodě, sobě samému. Člověk se učí být v souladu sám se sebou i s okolním světem. Péče o děti takovou harmonii předpokládá. Stimulace pravé hemisféry dotekem, hudbou (neposlouchat hudbu intelektuálně, ale poslouchat jinak). Hudba provázela člověka velice přirozeně – od kolébky až po hrob. Každá významná událost byla vyjádřena zpěvem. Magická síla ukolébavky je téměř zapomenuta. Nutné je oprášit „staré“ psychoterapeutické metody. Dotekem a hudbou se „lčilo od nepaměti“... Příspěvek

v náznacích připomíná možnosti stimulace dotekem v kraniosakrální lokalitě, využití aktivně i pasivně hudby a zvuku při stimulaci dítěte, která je zpočátku neverbální a následně je spojována s mluvní produkcí, adekvátní k dané situaci.

Psychologická péče u dětí do 3 let věku

**Mgr. Michaela Hradilová¹,
PhDr. Naděžda Dařílková²**

¹OKPSY Olomouc

²Oddělení klinické psychologie,
Fakultní nemocnice Olomouc

Obsahem sdělení jsou specifika psychologické diagnostiky u malých dětí do 3 let věku. Podrobnější představení vývojové škály Bayleyové (BSID –II), se kterou vyšetřujeme malé děti na našem pracovišti.

Parametry hybné poruchy u kojence, pravidla fyzioterapie

**Bc. Věra Kováčiková-Skaličková,
Mgr. Eva Macháčková**
RL-Corpus, Olomouc

Při porodu se stane, že je poškozen motorický aparát (periferní problém) nebo dokonce

CNS (centrální problém), což se také objeví na motorickém aparátu. Obvodní ošetřující pediatr je většinou první, kdo posuzuje stav kojence. Pediatr se koncentruje hlavně na stav výživy. Všimne si ovšem i nápadné odchylky na hybnosti a držení těla kojence. Jeho pozornost se na tuto oblast obrátí většinou až koncem prvního trimenonu.

Pokud se hybná porucha objeví krátce po porodu nebo nejpozději v průběhu prvního trimenonu a do konce prvního trimenonu se dostane dítě k odpovídající terapii, existuje velká šance tuto hybnou poruchu u dítěte odstranit.

Vzhledem k tomu, že se domníváme, že povědomí odborné veřejnosti o vývoji dítěte v prvním trimenonu už existuje, rádi bychom v dnešním příspěvku upozornili na symptomy, které nás upozorní, že s vývojem není něco v pořádku. Pediatr nemusí diagnostikovat poruchu, stačí, když pojme podezření a odešle dítě k vyšetření buď na neurologii, nebo specializované rehabilitační pracoviště.

V příspěvku se zabýváme jednotlivými parametry neideálního hybného projevu kojence, dle kterých lze vyslovit podezření na hybnou poruchu. Upozorníme na nápadné projevy v držení těla dítěte a nápadné projevy v hybnosti dítěte. Mezi tyto projevy patří např. omezená rotace hlavy k jedné straně a s tím spojená plagiocefalie, diastáza břišních svalů, asymetrická vzpřimovací funkce, asymetrie hybnosti horních a dolních končetin, nápadným znakem je nedostatečná nebo naopak přílišná aktivita adduktorů dolních končetin. Ukážeme, jak alespoň rámcově odlišit podezření na centrální poruchu od periferní.

Akupunktura a laser, součást komplexní terapie dětí s handicapem

MUDr. Anna Neduchalová
Kojenecký ústav Kyjov, p. o.

Téměř 20 let využívá naše zařízení v komplexní péči o děti s hybnými poruchami akupunkturu a laserterapii. Vycházíme ze skutečnosti, že se akupunkturní body tradiční čínské medicíny nacházejí v oblastech spošťových zón reflexní terapie dle Vojty. Dále z poznatků, že i vzdálené akupunkturní body mají konkrétní vztah k činnosti konkrétních svalů nebo orgánů. Ke stimulaci akupunkturních bodů používáme klasických jehel nebo laserového paprsku. Akupunktura a laserterapie, spolu s magnetoterapií, jsou v našem zařízení nedílnou součástí komplexní terapie dětí s hybnými poruchami. Vhodně doplňují rehabilitaci dle Vojty, která i nadále zůstává pilířem rehabilitační péče o děti s handicapem.

V ambulantní péči nachází akupunktura a laserterapie uplatnění i v jiných oblastech léčby, než je jenom léčba hybných poruch u dětí. Ve spolupráci s pedopsychiatrií a výchovnými poradnami především v terapii psychosomatických onemocnění (ADHD, enuresis, balbuties apod.).

Možnosti léčby dětských pacientů v Dětské léčebně Vesna, Janské Lázně

MUDr. Vasil Janko,
MUDr. Vladimír Trenčianský
Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p.
Janské Lázně

Historie lázeňské léčby se v Janských Lázních datuje do roku 1675, kdy Adolf Schwarzenberg

postavil první lázeňskou budovu. Skutečného ocenění se lázním dostalo v roce 1935, po založení léčebného ústavu pro doléčování stavů po dětské obrně. Zaužívaný byl způsob léčby, který vycházel z metody sestry Kenny. Od 1963 se v Janských Lázních jako jedny z prvních v Evropě začala využívat proprioneurofacilitace podle dr. Hermanna Kabata. V r. 1981 byla otevřena nová dětská léčebna Vesna, ve které se od 90. let minulého století snažíme (podobně jako v léčebně dospělých pacientů) dovršit přechod od tradičního lázeňství k moderní rehabilitační léčbě. To by v roce 2013 mělo být potvrzeno i formálně změnou statusu na odborný léčebný ústav. Indikací léčby v Dětské léčebně Vesna jsou neurologická onemocnění, ortopedická onemocnění, stavy po onkologické léčbě, popáleniny a netuberkulózní nemoci dýchacích cest. Možnosti moderní rehabilitační léčby a mezioborové spolupráce budeme prezentovat v kazuistice.

Možnosti využití muzikoterapie u dětí s vývojovým postižením

Mgr. Zdeněk Vilímek

Střediska podpory integrace SPOLU Olomouc, občanské sdružení, Olomouc

Stručná prezentace české muzikoterapeutické metodiky HUDBA TĚLA, která byla vytvořena na základě dlouhodobého výzkumu, teoretických poznatků a praktických zkušeností v oblasti muzikoterapie autorů Mgr. Zdeňka Vilímka a Dr. Marie Beníčkové. Účastníci kongresu se mohou seznámit s principem metodického postupu, na jehož základě jsou vymezeny úrovně muzikoterapeutické intervence, metodické fáze, způsoby muzikoterapeutické intervence, terapeutické cíle a metody. Metodika Hudba těla vznikla s cílem nabídnout metodický materiál odborníkům i zájemcům o možnosti efektivního využití podpůrné muzikoterapie v rámci lékařské, výchovné, vzdělávací a rehabilitační péče. Příspěvek Zdeňka Vilímka se zaměří především na možnosti zavedení muzikoterapie v prostředí kojeneckého ústavu a naznačí příležitosti mezioborové spolupráce v systému rané péče. Součástí prezentace budou ukázky z autorovy muzikoterapeutické praxe.

I. blok – Aktuální spektrum péče v ústavních zařízeních

Koordinátor: MUDr. František Schneiberg, Mgr. Vladislava Marciánová
čtvrtek / 20. 9. 2012 / 9.00–10.00

Současný stav konceptu dětských center

MUDr. František Schneiberg
Ústav sociální medicíny a veřejného zdravotnictví 1. LF UK, Praha

Autor uvádí současný stav přípravy legislativního zakončení dětských center, jako zařízení komplexní péče o ohrožené dítě a jeho rodinu, která vznikají transformací dosavadních kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let.

Vyhodnocení péče o děti v Kojeneckém ústavu a Dětském domově SZPD Olomouc – vývoj a aktuální trendy

MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.
Sdružená zařízení pro péči o dítě Olomouc

Sdružená zařízení pro péči o dítě v Olomouci zajišťují svěřeným dětem komplexní interdisciplinární péči – lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, sociální, rehabilitační a výchovnou. Péče je poskytována na 55 lůžkách (+ 5 lůžek pro matky) v Kojeneckém ústavu (KÚ) dětem do 18 měsíců a na 20 lůžkách v Dětském domově (DD) od 18 měsíců do 3 let. V KÚ bylo realizováno v letech 1994–2011 1 472 přijetí. Detailní vyhod-

nocení péče bylo provedeno v letech 2007–2011. Přijetí v KÚ a DD v letech 2007–2011.

Posledních 5 letech má počet přijatých dětí mírně stoupající tendenci (44–44–56–40–62). Počet propuštěných dětí prakticky kopíruje počet přijatých (50–50–51–44–62), přesto mírně stoupá počet dětí, jejichž pobyt přechází do dalšího roku (40–34–39–41–41), s čímž stoupá i využití lůžek (83–76–77–80–84%). Počet přijetí se souhlasem biologických rodičů v KÚ v letech 2007–2011 stoupá (57–64–71–75–80%) s odpovídajícím poklesem přijetí na základě předběžného opatření (41–36–37–25–17%). V DD počty přijetí se souhlasem biologických rodičů (29–38–0–37–54%) a na základě předběžného opatření (36–43–40–0–19%) kolísají. Do roku 2003 počty přijetí v KÚ ze sociálních a zdravotních důvodů prakticky kopírují celkový počet přijetí s mírnou převahou důvodů sociálních. Od roku 2003 je zřetelný pokles přijetí ze zdravotních důvodů, s výjimkou roku 2011.

Propuštění v letech 2007–2011

Kojenecký ústav: Do vlastní rodiny se vrací v letech 2007–2011 téměř polovina propuštěných dětí (36–48–59–48 a 45%). S výjimkou roku 2009 je prakticky třetina přijetí ukončena osvojením (32–28–8–20 a 32%). Pěstounská péče (10–14–8–18–5%). Dohromady bylo propuště-

no do NRP 42–42–16–38–37 %. Dětský domov: Do vlastní rodiny se vrací v letech 2007–2011 (70–50–27–33–14 %), osvojení (5–5–0–0–14 %) a do pěstounské péče (15–33–16–7–28 %). Dohromady bylo propuštěno do NRP 20–38–16–7–42 %.

Délka pobytu v KÚ a DD v letech 2007–2011

Kojenecký ústav: 257 propuštění. Návrat do rodiny 47 %, NRP 35 %, DD-ÚSP 18 %. Délka pobytu: 0–2 měsíce 33 % (95 % do rodiny), 3–5 měsíců 12 %, 6–11 měsíců (67 % NRP) 1 rok a víc 30 % (56 % NRP, 39 % DD). Dětský domov: 85 propuštění. Návrat do rodiny 41 %, NRP 25 %, DD-ÚSP 34 %. Délka pobytu: 0–2 měsíce 19 % (87 % do rodiny), 3–5 měsíců 6 % (80 % do rodiny), 6–11 měsíců 21 % (61 % do rodiny), 1 rok a víc 54 % (13 % do rodiny, 33 % NRP, 54 % DD).

Raný postnatální vývoj novorozenců a kojenců v DC Pavučinka

MUDr. Marie Nováková,
PhDr. Jaroslava Jitka Pánková
DC Pavučinka Šumperk

Příspěvek nabízí malou statistiku zkoumající soubor novorozenců a kojenců přijatých do DC Pavučinka Šumperk do ukončeného 3. měsíce života v letech 2006–2012.

Celý soubor je rozdělen do skupin podle indikace k přijetí:

- zdravotní indikace: nezralost, nízká porodní hmotnost, problémy s krmením, chronické onemocnění, zajištění RHB péče
- sociální indikace: určení k NRP, neschopnost rodičů zajistit podmínky pro péči o dítě

V jednotlivých skupinách jsou hodnoceny stanovené aspekty vývoje dítěte: zdravotní problémy, potíže s krmením, abstinenční příznaky, dráždivost, opoždění PMV, nutnost RHB péče atd.

Příspěvek se zaměřuje zejména na skupinu dětí určených k NRP a hodnotí, nakolik byl jejich raný postnatální vývoj neoptimální.

Netradiční formy podpory dětí se speciálními potřebami v podmínkách DC

PhDr. Markéta Hrdličková, Ph.D.
Thomayerova nemocnice, Dětské centrum, Praha

Příspěvek se bude věnovat několika konkrétním formám podpory poskytovaným dětským centrem dětem se speciálními potřebami. Podrobněji bude popsán dobrovolnický program, který je již v centru realizován řadu let. Budou rozebrány přínosy i rizika dané podoby dobrovolnické činnosti. Další část bude věnována metodě Snoezelen adaptované na podmínky DC. Specifikovány budou cílové skupiny, kontraindikační faktory i způsoby práce v konkrétní multi-smyslové místnosti. Dále bude představen projekt interní mateřské školy, která v DC slouží nejstarším dětem, pozornost bude věnována způsobu výběru dětí do programu, možnosti integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a komparace s běžnými mateřskými školami. Interní mateřská škola je vybavena interaktivní tabulí, které bude věnován samostatný prostor. Naznačeny nebudou jen možnosti práce s interaktivní tabulí v rámci mateřské školy, ale i v rámci speciálně pedagogické péče. Všechny formy podpory budou dokresleny konkrétními příklady z praxe.

II. blok – Problematika ohroženého dítěte v ČR – fakta a čísla

Koordinátor: MUDr. Drahomíra Peřinová, Bc. Lenka Krátká
čtvrtek / 20. 9. 2012 / 10.00–11.30

Syndrom CAN včera a dnes

MUDr. Lumír Kukla

Masarykova univerzita, Brno

Česky hovoříme o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte je snad staré jako lidstvo samo. V současnosti se o něm hovoří daleko více, některé práce však jeho frekvenci podle mého názoru dosti přeceňují, zveličují. Není jisté nezajímavé, že hlavními bojovníky za práva dítěte v historii byli lékaři. Teprve na přelomu 19. a 20. století se práva dítěte dostávají na přetřes a první větší právní norma je Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924. V roce 1962 popsal Kempe syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome) a dále rozvířil kampaň proti týrání dítěte (nejdříve v Severní Americe, později ve světě). U nás se touto problematikou zajímá prof. Dunovský, prim. Marten, prim. Březina. Při úvahách o pojení a významu syndromu CAN nesmíme také zapomínat na aspekt místa a času – čili dějinné (historické) a místní zvláštnosti. Součástí jsou i zásady vyšetřování dítěte s podezřením na syndrom CAN a kompletní zásady intervence.

Kolik máme chronicky nemocných dětí v ČR – dostupná statistická data

MUDr. Pavel Frühauf, CSC.

Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK Praha

Je udáváno podle statistik ÚZIS, že z 1000 dětí a dospívajících je 555 dispenzarizováno pro nějaký chronický zdravotní problém – sdělení se zabývá rozbohem tohoto údaje.

Možnosti enterální výživy u dětí s perinatální patologií

MUDr. Eva Karásková,

MUDr. David Vydra,

MUDr. Mária Véghová

Fakultní nemocnice Olomouc

U dětí s perinatální patologií vznikají zejména v kojeneckém a batolecím věku potíže s příjmem potravy. Zejména děti s neurologickým deficitem mohou mít potíže s polykáním, zvracením při gastroezofageálním refluxu apod. Sdělení předkládá různé možnosti, jak tyto stavy řešit. Uvádíme přehled enterální výživy dostupné u nás pro nejmladší skupinu dětí, tj. kojenců a batolat. K aplikaci enterální výživy můžeme využít různé způsoby podání. Pokud dítě přijímá stravu ústy, je možné podat enterální výživu per os, a to buď samostatně, nebo v kombinaci s ostatní stravou. V některých případech ale perorální příjem

není možný nebo je nedostatečný. Nemocné dítě nechce nebo neumí stravu přijímat ústy. V těchto případech je nutné podávat výživu pomocí nazogastrické sondy. Pokud je perspektiva sondového krmení dlouhodobá, je nutné zavést endoskopicky nebo chirurgicky gastrostomii. Dítě je pak krmeno gastrostomickým katétre. V závěru sdělení jsou uvedeny krátké kazuistiky pacientů s konkrétními problémy s výživou a jejich řešení.

Pohled na vztah etických aspektů klinického výzkumu a dosažených výsledků v pediatrii a intenzivní péči

MUDr. Petra Kanioková Veselá¹,

MUDr. Radek Kaniok²

¹Dětská klinika FN Hradec Králové
a Univerzita Karlova v Praze

²Oddělení Anesteziologie a Resuscitace,
Městská nemocnice Ostrava, p.o.

Obecně lze vědeckou etiku definovat jako teorii morálního a mravního chování a hodnotících soudů ve vědě. Konkrétněji jsou etické aspekty definovány například Evropskou chartou pro výzkumné pracovníky, Bioetickou komisí Rady pro výzkum a vývoj apod.

V průběhu humánního empirického výzkumu se tak můžeme setkat s mnohými etickými otázkami. Následně snaha o respektování etických kodexů může vést k redukci dat, což může být v období „zaměřeném“ na kvantitativní studie vnímáno jako méněcennost vědecké práce.

Výzkum v pediatrii a intenzivní medicíně vykazuje sám o sobě jistá specifika jakými jsou např. obtížnost při získání informovaného

souhlasu, stresové prostředí, užití invazivních metod apod.

Na klinickém výzkumu, do kterého „vstoupilo“ 61 středně a lehce nezralých novorozenců, kteří byli následně sledováni do dvou let věku, budeme v průběhu prezentace demonstrovat námi vnímané skutečnosti.

Zdravotní stav dětí s porodní hmotností pod 1500 g v 5 letech věku

MUDr. Petr Kašpar¹,

MUDr. Martina Kašparová²

¹Ústav veřejného zdravotnictví
a preventivního lékařství, 2. LF, UK Praha
²Centrum komplexní péče pro děti
s poruchami vývoje, FN Motol, Praha

Cílem studie bylo zhodnocení vývoje a zdravotního stavu u dětí s porodní hmotností pod 1500 g v 5. roce života.

Soubor byl tvořen dětmi z rizikové poradny pro děti s nízkou porodní hmotností CKP ve FN Motol, Praha.

Celkově bylo vyšetřeno 40 dětí, 20 chlapců a 20 dívek. Vyšetření bylo prováděno pediatrem a dětským psychologem. Byla zhodnocena anamnéza od perinatálního období až do 5 let věku, somatický stav dítěte, úroveň psychomotorického vývoje, včetně zhodnocení inteligenčního kvocientu standardním vyšetřením dle Terman – Merrillové.

Ze skupiny dětí se většina narodila ve 28. a nižším týdnu gravidity. Ve skupině byly rovnoměrně zastoupeny děti s porodní hmotností od 800 g do 1 000 g a od 1 000 g do 1 499 g. Nejčastější závažnou perinatální komplikací byly adnatní infekce u 53 % dětí. Morbidita dětí

v období mezi 2. a 5. rokem života byla nízká, lehké respirační infekty prodělalo 53 % dětí. Při hodnocení somatického vývoje (výška, hmotnost) se 66 % dětí pohybovalo v rozmezí pásem 25.–75. percentilu.

Psychologické vyšetření nevykazuje u většiny dětí hrubší odchylky při hodnocení inteligenčního kvocientu, naopak u většiny dětí byla zjištěna výrazná sociální nezralost.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že je vhodné psychologické sledování dětí s nízkou porodní hmotností, zvláště pak v předškolním věku, kdy je často nutné zvážit odklad školní docházky především z důvodu sociální nezralosti.

Dítě cizinec

MUDr. Drahomíra Peřinová

Dětské centrum Veská, Sezemice

Od roku 2001 jsme do Dětského centra ve Veské přijali 34 dětí s cizí státní příslušností.

Tato skupina dětí je různorodá, nevyhýbá se jim opuštění svými rodiči, syndrom CAN, vážné choroby dětí i jejich matek, bezdomovectví rodičů – vážné situace, které mohou mít i dopad na vývoj jedince.

V následujícím sdělení je přehled dětí cizinců s rozbohem rodinné, osobní, sociální anamnézy a další osud přijatých dětí.

III. blok – Vize komplexní péče o ohrožené dítě v kontextu legislativy

Koordinátor: Mgr. Petr Fabián, Ing. Marie Fickerová

čtvrtek / 20. 9. 2012 / 10.00–11.30

Trendy mezinárodního adopčního práva ve světle novely zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

JUDr. Ing. Zdeněk Kapitán, Ph.D.

Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, Brno

V současné době je v legislativním procesu novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a lze předpokládat její schválení Poslaneckou sněmovnou po zamítnutí Senátem. Pokud jde o mezinárodní adopční právo, pak podstatná změna, kterou

má novela přinést, je změna procedury systému zprostředkování náhradní rodinné péče. Podle dosavadní právní úpravy existoval trojstupňový model, kdy zprostředkoval náhradní rodinnou péči kraj, posléze Ministerstvo práce a sociálních věcí a teprve pokud dítě propadlo tímto pomyslným sítím systému, směřovalo do evidence dětí vhodných k mezinárodnímu osvojení. Novela přitom předpokládá, že ze systému zprostředkování vypadne střední článek – Ministerstvo práce a sociálních věcí. Systém pak současně směřuje k omezení počtu mezinárodních adopcí do ciziny, jak vyplývá z 9. cíle vládou schválené Národní strategie ochrany práv dětí.

Nepopíratelným zkušenostním a statisticky doložitelným faktem je míra úspěšnosti mezinárodní adopce. Díky způsobu výběru a přípravy žadatelů, systému fungování interakcí mezi žadatelem o osvojení a budoucími osvojenci, díky nastavení podpory předadopční i adopční péče je míra neúspěšnosti mezinárodních adopcí necelých 0,75 %, což je například ve srovnání s mírou neúspěšnosti vnitrostátní péčovské péče více než desetinásobně lepší výsledek.

Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí by rád přispěl k zavedení dobré praxe osvědčené v zahraničí do podmínek reformovaného tuzemského systému náhradní rodinné péče tak, aby tento systém vykazoval podrobnou míru funkčnosti, efektivitu a výhod pro děti v relacích obdobných mezinárodních adopcí. Abstrahovaný příspěvek se zabývá podrobnostmi tohoto záměru včetně hodnocení jeho silných i slabých stránek.

Specifická role Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí v procesu svěření dítěte do předadopční péče do zahraničí

**Mgr. Bc. Markéta Košutová,
Mgr. et Mgr. Alena Caizlová
Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, Brno**

V posledních letech roste v České republice počet dětí svěřených do péče zahraničních žadatelů. Ústředním orgánem České republiky, jenž zajišťuje svěřování dětí do péče budoucích osvojitelů v zahraničí, je Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí (dále jen „Úřad“).

Proces svěření dítěte do předadopční péče v zahraničí je metodicky uceleným postupem, na jehož

vývoji i praxi se podílí tým právníků a psychologů Úřadu. Samotnému procesu předchází oslovení vybraných zahraničních žadatelů s nabídkou seznámení se s konkrétním dítětem. V případě akceptace této nabídky započne příprava stěžejního kroku vedoucího ke svěření dítěte do předadopční péče budoucích osvojitelů, tzv. interakce. Interakce je specifickým procesem navazování vztahu mezi dítětem a žadatelem, přičemž roli Úřadu v tomto procesu je koordinace všech složek účastnících se procesu, kterou zajišťuje právník Úřadu, a podpora vznikajícího vztahu a doprovázení žadatelů během celého procesu, jež je zajišťována psychologem Úřadu. Kromě psychologa a právníka Úřadu hrají v procesu významnou roli také zaměstnanci zařízení, v němž je dítě umístěno, a pracovníce orgánu sociálně-právní ochrany dětí. V případě pozitivního vývoje interakce je Úřadem vedeno správní řízení o svěření dítěte do péče budoucích osvojitelů, po jehož skončení odjíždějí budoucí osvojitelé spolu s dítětem z České republiky do státu svého bydliště.

Proces, jehož cílem je svěření dítěte do péče budoucích osvojitelů v zahraničí, je jasně vymezeným postupem, který je svou podstatou v českém prostředí ojedinělý. Příspěvek si tedy klade za cíl s tímto procesem obeznámit odbornou veřejnost, a to s důrazem na jeho jednotlivé kroky, včetně interakce, a dále s důrazem na osvětlení úlohy Úřadu v rámci tohoto procesu. V příspěvku je na danou problematiku nahlíženo jak z pohledu práva, tak psychologie.

Nový medicínský kodex – zákon o zdravotních službách

**Mgr. Sabina Procházková
Fakultní nemocnice Olomouc**

Na konci roku 2011 vyšla ve Sbírce zákonů ČR série právních předpisů upravujících vztahy mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem.

Zejména nový medicínský kodex – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je významný tím, že po 45 letech nahradil již zastaralou normu – zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966. Proces rekodifikace základního medicínského zákona trval více než 10 let. Tento zákon nově definuje instituty – např. lege artis, terapeutické privilegium, dříve vyslovená přání. Dále rozsáhle kodifikuje nová práva pacientů, a to včetně nezletilých. K tomuto kodexu jsou postupně vydávány podzákonné předpisy – vyhlášky, které budou jednotlivá zákonná ustanovení provádět. S touto „legislativní smrští“ se budou muset seznámit všichni ti, kdo se podílí na poskytování zdravotních služeb.

Kam dál?

Mgr. Petr Fabián

**Dětské centrum Čtyřlístek,
příspěvková organizace, Opava**

Současnost se projevuje jako vysoce turbulentní doba. Co platí dnes ve vyhláškách, zítra nemusí být vůbec pravda a často věci, které vyplouvají na povrch, se spíše jeví jako dýmová clona, která má odvést pozornost.

V situaci, kdy naše zařízení jsou stále naplněná různou strukturou dětí, můžeme se zamýšlet nad budoucností našich zařízení, nad cíly našich zařízení.

Máme možnost výběru.

- 1. Dělat, že se vůbec nic neděje, dělat svou práci dobře, odpovědně a čekat, co se stane.

- 2. Můžeme obhajovat stejný styl naší práce, který máme doposud, na který jsme zvyklí. Jistě najdeme dostatek nevyvratitelných důkazů, které budou podporovat naše stanoviska k udržení jistého stavu, důležitosti našich zařízení.
- 3. Můžeme se podívat na věci jinak, vnímat současnou situaci jako báječnou příležitost ke změnám, které prospějí dětem.

Rizika hledání cest:

- Zvyk na již stabilní cesty a způsoby práce – v reálném životě nemáme strach z procesu změny, z nejistoty budoucího, ale ze ztráty jistoty starého.
- Myslím, že ve většině případech tušíme, že stávající způsob práce (MPSV, OSPOD, neziskového sektoru), který je přesvědčen o nutnosti maximální sanace dysfunkční rodiny, je zdrojem naší maximální vyčerpání zařízení. Může to být i naše podvědomá motivace bránící změně myšlení.
- Můžeme podniknout překotné změny, které nás odvedou od reálných potřeb dětí regionu, ve kterém působíme, a můžeme se stát zbytečnými.

Naším úkolem je různé pohledy vybalancovat.

Možnosti:

Pobytové služby:

- Maximalizovat počet dětí s postižením – dětská LDN, hospic.
- Systém terapeutických komunit pro starší děti, rodinné skupiny, psychoterapie. Víkendové pobyty pro děti a rodiče.

Rozvíjet terénní služby:

- Mediace
- Home-care
- Práce s matkami
- Změnit koncepci práce s rodinami, mít k tomu samostatného pracovníka
- Provozovat ambulance
- Práce s pěstouny, s dětmi v NRP. Dá se předpokládat zvýšená potřeba podpory jak dětí v NRP, tak vytvoření podpůrného prostoru na setkávání biologických rodičů s jejich dětmi v pěstounské péči

Je to opuštění představy vyhraněně sociálně-pediatrického pohledu na naše poslání. Přemýšlení v daleko širším kontextu společenských změn. Změna personálu, kdy bude ubývat dětských sester a bude přibývat speciálních pedagogů či psychologů, výchovných pracovníků, pracovníků na smlouvu o dílo a podobně.

Samozřejmě s tímto programem jde souvislost více zdrojového financování, které není dáno režimem díky z hora, ale hledáním zdrojů. Už jen toto je významná změna v našich provozech. Jsme zvyklí žít z příspěvku zřizovatele.

Nekladl jsem si za cíl dát vyčerpávající odpovědi, ani vyčerpávající otázky. Jsem však přesvědčen, že na počátku je nutno změnit úhel pohledu, opustit zaběhnuté představy. V době, kdy se slučují odbory sociálních věcí a zdravot-

nictví, kdy se i připravuje sjednocení obou ministerstev, nevystačíme jen se sociálně-pediatrickým pohledem na věc.

Cíl: Podívat se na jiné možnosti. Najít jiné možnosti rozvoje.

Základem je práce s rodinou:

- Rodina dítěte, které je v našem zařízení
- Rodina s dítětem, která je v našem zařízení
- Rodina s dítětem, která je ve svém domově
- Rodina pěstounská na přechodnou dobu

Ad. 1 Dítě je u nás, pracuje s rodinou především v období návštěvy. Pracovník musí mít přehled o dětech v zařízení, o jejich rozvoji, znalost aktivit k rozvoji dětí, být schopen unést marnost díla. Provádět mediační činnost – předpoklad, že těchto rodičů bude minimum a těžiště práce pro zařízení bude jinde.

Ad. 2 Týká se to jen několika pracovišť.

Ad. 3 Podpůrné rozvojové programy pro rodiče, odpovídající PMV vývoji a věku jejich dětí, včetně vyvážené stravy. Asistenční služba – sociální – v rodinách podle návrhu OSPOD-u, financováno granty, součást komunitního plánu dané oblasti.

Ad. 4 Rodina pěstounská na přechodnou dobu. Zde jsou smlouvy, co musíme splňovat, abychoi byli osobou pověřenou k doprovázení. Jaké pověření v systému SPOD musíme mít, aby nás OSPOD mohl nás navrhnout k doprovázení rodiny?

Jaké jsou počítány podpůrné služby, co to znamená personálně, materiálně?

Střediska rané péče Tamtam

Mgr. Miroslava Francová
Federace rodičů a přátel sluchově
postižených, o. s., Praha

Obsahem posteru je představení sociální služby rané péče Tamtam – seznámení s jejím cílem, cílovou skupinou, fungováním služby i rozsahem krajové působnosti. Z posteru jsou zřejmé i konkrétní služby, které Středisko rané péče Tamtam v Olomouci poskytuje svým klient-

ským rodinám. Samozřejmě nechybí ani kontakt a odkaz na webové stránky Střediska.

**Potřeby rodičů dětí s DMO –
pilotní šetření**

Mgr. Jana Kučová, PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
Ostravská univerzita, Lékařská fakulta

Obsahem posteru budou výsledky dotazníkového šetření zaměřené na identifikaci potřeb rodičů dětí s DMO ve věku 1–7 let.



NUTRICIA
BABY NUTRITION



Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast na finančním zajištění konference.