



## **Stanovisko k návrhům výkonů „Screeningové posouzení kognitivních funkcí a návrh podpůrných intervencí“ a „Neurokognitivní rehabilitace u pacientů s organickým poškozením mozku“ - návrhy výkonů odbornosti 911**

Profesní organizace AKL ČR zastupující klinické logopedy podporuje rozvoj dostupnosti péče o pacienty s kognitivními poruchami a oceňují snahu o systematické ukotvení této problematiky v českém zdravotnictví. Současně však považujeme navržené výkony za odborně, kompetenčně i legislativně problematické a v předložené podobě je nedoporučujeme ke schválení.

Předložené návrhy významně přesahují rámec ošetrovatelské péče a zasahují do oblasti odborné diagnostiky a rehabilitace vyšších mozkových funkcí. Navrhovaný výkon „Screeningové posouzení kognitivních funkcí a návrh podpůrných intervencí“ zahrnuje administraci standardizovaných screeningových nástrojů, jejich interpretaci, komplexní zhodnocení psychického a funkčního stavu pacienta, formulaci závěrů a návrh rehabilitačních intervencí v oblasti neurokognitivní rehabilitace. Součástí výkonu je rovněž vytvoření plánu péče a doporučení dalších postupů (Návrh výkonu „Screeningové posouzení kognitivních funkcí a návrh podpůrných intervencí“, odbornost 911, změnové řízení 911-2026-06-05-11-15-17).

**Navržené výkony ve skutečnosti nepředstavují výkon ošetrovatelské péče, ale výkon specializované diagnostické a rehabilitační činnosti v oblasti vyšších mozkových funkcí. Takto formulované činnosti jsou obsahově bližší kompetencím klinické psychologie, klinické logopedie a ergoterapie než kompetencím všeobecné sestry definovaným platnou legislativou.**

Takto definované činnosti již nepředstavují screening ani běžné ošetrovatelské hodnocení, ale zahrnují odbornou diagnostickou rozvahu a klinickou interpretaci výsledků. Součástí výkonu není pouze identifikace rizika, ale rovněž interpretace zjištěných deficitů a návrh rehabilitačních opatření. U pacientů po cévní mozkové příhodě, s neurodegenerativním onemocněním nebo jiným získaným poškozením mozku nelze výsledky nástrojů typu MoCA, MMSE nebo ACE interpretovat izolovaně. Nízké skóre může být důsledkem afázie, apraxie, poruch pozornosti, exekutivních funkcí, zrakově-prostorových deficitů, depresivní symptomatiky, nízké úrovně vzdělání či vlastní neurokognitivní poruchy. Diferenciace těchto stavů vyžaduje specializované vzdělání a klinické zkušenosti v oblasti neuropsychologie, klinické logopedie, ergoterapie a neurologie.

Zvláštní pozornost si zaslouží pacienti po cévní mozkové příhodě s afázií. U těchto pacientů může být výkon ve screeningových nástrojích zaměřených na kognitivní funkce významně ovlivněn samotnou poruchou porozumění, pojmenování, verbální produkce nebo opakování, aniž by byla přítomna odpovídající porucha kognitivních funkcí. Nízké skóre v testech typu MoCA, MMSE nebo ACE proto nelze bez další odborné analýzy interpretovat jako důkaz kognitivního deficitu. Nesprávná interpretace může vést k podhodnocení schopností pacienta, nevhodnému plánování rehabilitace a

zkreslení diagnostického závěru. Diferenciace mezi jazykovým a kognitivním deficitem je jednou ze základních odborných kompetencí klinického logopeda a vyžaduje specializované vzdělání a klinickou zkušenost (European Stroke Organisation Guidelines, 2021).

Obdobně druhý navržený výkon „Neurokognitivní rehabilitace u pacientů s organickým poškozením mozku“ zahrnuje realizaci cíleného tréninku paměti, pozornosti, exekutivních funkcí, orientace a dalších kognitivních schopností (Návrh výkonu „Neurokognitivní rehabilitace u pacientů s organickým poškozením mozku“, odbornost 911, změnové řízení 911-2026-06-05-11-33-08). Tyto intervence představují vlastní obsah neurokognitivní rehabilitace, která je v současné klinické praxi poskytována zejména klinickými psychology, klinickými logopedy, ergoterapeuty a dalšími členy multidisciplinárních rehabilitačních týmů. Navržený výkon tak vytváří významný překryv s činnostmi odborností, které mají pro tuto oblast vysokoškolské vzdělání, specializační přípravu a dlouhodobě definované kompetence.

Neurokognitivní rehabilitace představuje specializovanou rehabilitační intervenci zaměřenou na obnovu, kompenzaci nebo podporu vyšších mozkových funkcí. Mezinárodní doporučení dlouhodobě zdůrazňují význam multidisciplinárního přístupu a zapojení odborníků se specializovaným vzděláním v oblasti neuropsychologie, logopedie, ergoterapie a rehabilitační medicíny (Cicerone et al., 2019; WHO Rehabilitation 2030). Navrhovaný výkon však umožňuje realizaci těchto intervencí samostatně všeobecnou sestrou bez odborné garance profesí, jejichž kompetencí tato činnost tradičně je.

Za zásadní považujeme rovněž otázku legislativního ukotvení. **Vyhláška č. 55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vymezuje kompetence všeobecných sester zejména v oblasti ošetrovatelské péče, hodnocení potřeb pacienta, edukace, podpory soběstačnosti a rehabilitačního ošetrovatelství (vyhláška č. 55/2011 Sb.). V platné legislativě nejsou odborná diagnostika kognitivních funkcí, interpretace neurokognitivních screeningových nástrojů, stanovování rehabilitačního plánu ani specializovaná neurokognitivní rehabilitace mezi kompetencemi všeobecné sestry výslovně vymezeny. Současně se jedná o činnosti, které jsou dlouhodobě součástí odborné praxe dalších zdravotnických profesí se specializovanou kvalifikací, zejména klinických psychologů, klinických logopedů a ergoterapeutů (zákon č. 96/2004 Sb.; vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Předkladatelé návrhu opakovaně argumentují existencí **akreditovaného certifikovaného kurzu „Neurokognitivní rehabilitace v ošetrovatelské praxi“** uvedeného v návrhu obou výkonů (Návrh výkonu „Screeningové posouzení kognitivních funkcí a návrh podpůrných intervencí“, odbornost 911, změnové řízení 911-2026-06-05-11-15-17; Návrh výkonu „Neurokognitivní rehabilitace u pacientů s organickým poškozením mozku“, odbornost 911, změnové řízení 911-2026-06-05-11-33-08). Existence certifikovaného kurzu v rozsahu 80 hodin však sama o sobě nezakládá novou odbornou způsobilost ani nerozšiřuje kompetence zdravotnického pracovníka nad rámec zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb. Certifikovaný kurz představuje formu celoživotního vzdělávání a nelze jej považovat za ekvivalent specializační přípravy v oborech, jejichž náplní je diagnostika a rehabilitace vyšších mozkových funkcí. Za problematické považujeme zejména skutečnost, že rozsah tohoto vzdělávání neumožňuje doložit dosažení kompetencí odpovídajících odborné diagnostice, diferenciální diagnostice a specializované neurokognitivní rehabilitaci. Interpretace výsledků neurokognitivních screeningových metod, diferenciální diagnostika kognitivních poruch a plánování

cílené neurokognitivní rehabilitace jsou odborné činnosti, které běžně vyžadují vysokoškolské vzdělání příslušného oboru a následnou specializační přípravu v délce několika let.

Za významný považujeme také argument samotných autorů návrhu, kteří uvádějí, že v **zahraničí** nebyl identifikován přímo srovnatelný samostatný výkon prováděný všeobecnou sestrou ani odpovídající úhradový mechanismus (Návrh výkonu „Screeningové posouzení kognitivních funkcí a návrh podpůrných intervencí“, odbornost 911, změnové řízení 911-2026-06-05-11-15-17; Návrh výkonu „Neurokognitivní rehabilitace u pacientů s organickým poškozením mozku“, odbornost 911, změnové řízení 911-2026-06-05-11-33-08). Naopak je péče o pacienty s kognitivní poruchou v evropských zemích zpravidla poskytována v rámci multidisciplinárních týmů a financována jako součást širších diagnostických, rehabilitačních či neuropsychologických programů. Samotná skutečnost, že obdobný model samostatného screeningu a neurokognitivní rehabilitace realizované všeobecnou sestrou nebyl v zahraničí identifikován, zpochybňuje tvrzení o jeho odborné ukotvenosti a systémové nezbytnosti.

Jsme přesvědčeni, že budoucí rozvoj péče o pacienty s kognitivními poruchami by měl být založen na multidisciplinární spolupráci jednotlivých odborností, nikoliv na vytváření paralelních diagnostických a rehabilitačních kompetencí. Všeobecné sestry nepochybně představují důležitou součást rehabilitačního týmu a mohou významně přispívat k monitoraci stavu pacientů, edukaci rodin, podpoře orientace, aktivizaci pacientů a realizaci ošetrovatelských intervencí. Nepovažujeme však za odborně ani legislativně odůvodněné, aby byly samostatně oprávněny interpretovat výsledky neurokognitivních screeningových vyšetření, stanovovat rehabilitační plán a poskytovat specializovanou neurokognitivní rehabilitaci.

Z uvedených důvodů doporučujeme navržené výkony v předložené podobě neschválit a vrátit je k přepracování. Případné nové návrhy by měly respektovat kompetence jednotlivých zdravotnických profesí definované platnou legislativou, zachovat multidisciplinární charakter péče o pacienty s kognitivními poruchami a jasně vymezit hranice mezi ošetrovatelskou péčí a specializovanou diagnostickou a rehabilitační činností.

#### **Legislativa**

- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

#### **Předložené návrhy**

- Návrh výkonu „Screeningové posouzení kognitivních funkcí a návrh podpůrných intervencí“, odbornost 911.
- Návrh výkonu „Neurokognitivní rehabilitace u pacientů s organickým poškozením mozku“, odbornost 911.

#### **Odborné zdroje**

- Cicerone, K. D., et al. (2019). *Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014*.

- World Health Organization (2017). *Rehabilitation 2030: A Call for Action*.
- European Stroke Organisation Guidelines (2021).

V Praze dne 29.6.2026

Mgr. et Mgr. Barbora Richtrová

Předseda AKL ČR

Mgr. Gabriela Solná, PhD.

Místopředsedkyně AKL ČR