

Jak já to vidím – pediatrie na sčestí/rozčestí

Česká pediatrie má problém. Je málo doktorů na práci (i když čísla hovoří trochu jinak), chybí sestry, nejsou ani pacienti. Dost je jen lůžek a dětských oddělení. Využití lůžek je ale nízké, počty hospitalizovaných se po covidu nevrátily na původní úroveň a klesají dál. Primární péče si s diagnostikou a ambulantní léčbou dokáže poradit jako nikdy dřív.

Popisují situaci pediatrie na okresní úrovni, kterou znám za víc než 40 let praxe (sekundární lékař, primář, praktický lékař) víc než dobře. Chybějící personál a pacienti a přebytečný lůžkový fond vytvářejí kritickou situaci, která vyžaduje řešení. Ale jaké? Lokální politici – zřizovateli nemocnic jsou většinou kraje, jen část subjektů je soukromých – se dušují, že oni nic nezruší ani nezavrou – mají přece své voliče rádi a tohle by jim nemohli udělat. Ať si prsty pálí někdo jiný. A tak přibývá oddělení, kde chybí lékaři do služeb, řada oddělení stojí na jediném kvalifikovaném lékaři, který za sebe nemá náhradu a když vysadí, je zle. Nemálo oddělení nesplňuje kritéria pro udělení akreditace a nemůže školit mladé absolventy.

V roce 1990 bylo v České republice 135 dětských oddělení, do dnešních dnů jich zbylo asi 80 (přesné počty nejspíš nikdo neví – některá se zavírají, jiná na chvíli otvírají – koncepci žádnou dávno nikdo neřeší). Ale potřebujeme tolik dětských oddělení? O potřebnosti dětských lůžek rozhoduje přirozená spádová oblast. V pediatrii platí, že na nejbližší dostupné dětské oddělení směřuje 90 až 95 procent dětí ze spádu – část z nich je pak referována na kliniky a specializovaná pracoviště. Dětská populace (0–19 let) dnes činí 20 procent obyvatel – v absolutních číslech něco přes 2 miliony (tento počet by měl být do roku 2035 přibližně stejný, pak se čeká pokles). Potřeba hospitalizace na 1 000 dětí se pohybuje kolem 60 případů ročně (opět jde o okresní úroveň – dříve nemocnice prvního či druhého stupně – nikoliv o terciární centra). Pro okres či region, který má 50 tisíc obyvatel (ekvivalentem je 10 dětských obvodů ve spádu – praxe PLDD mají v průměru něco přes tisíc dětí) to znamená 600 hospitalizací ročně. Při průměrné ošetrovací době 2,5 dne tak je v průměru na takovém oddělení denně 5 dětí. Při dvojnásobném spádu (okres se 100 tisíci obyvateli nebo 20 dětských obvodů) to

je dětí deset. Stopadesátitisícový spád (toho ale dosahuje jen několik okresních oddělení) přináší v průměru patnáct dětí. Starý systém, kdy každý okres měl aspoň jedno dětské oddělení, se přežil. Má tedy vůbec pediatrie v okresech šance na přežití?

Osobně se domnívám, že má, ale musí se změnit. Vidím několik variant možného fungování okresní pediatrie. Oddělení s větším spádem (ne vždy se reálný spád kryje s hranicemi okresu, okresy však mají centripetálně organizovaný systém veřejné dopravy a mnohdy i systém dopravní a záchranné zdravotní služby) minimálně 20 tisíc dětí, mohou fungovat jako dosud, obvykle i s porodnicí. Rušení porodnic je obvykle největším trnem v oku místním občanům. Praxe ukazuje, že lze provozovat porodnici s neonatologií i bez dětských lůžek. I zde musí být zajištěna služba lékařem 24 hodin denně, personální zajištění takového oddělení je ale nesrovnatelně méně náročné, než klasická pediatrická lůžka. Jeden či dva kmenoví lékaři a zbytek služeb smluvně zajištěných externisty jsou schůdné řešení (v ČR v současné době takto funguje několik novorozeneckých oddělení a další přibývají, byť zastaralá vyhláška s nesmyslnými personálními nároky tomu někde stojí v cestě). Záleží na místních podmínkách, zda jsou schopni zároveň provozovat v pracovní době ve všedních dnech pediatrický stacionář (i tato varianta se v okresních rozměrech začíná prosazovat a ze strany ZP má zelenou).

Stacionář si představuji jako přítomnost kvalifikovaného pediatra (lékař L3, případně L2 s dohledem na telefonu) od 7 do 15 hodiny (dle možností i déle), který provádí základní klinickou a paraklinickou diagnostiku dětí ze spádové oblasti (k dispozici má konziliáře a komplement místní nemocnice) a rozhoduje, koho zvládne léčit ambulantně (včetně i. v. antibiotické léčby nebo krátkodobých infuzí) a koho odešle na dostupné smluvní dětské oddělení k hospitalizaci. Zkušenosti ukazují, že kde došlo k uzavření dětských lůžek, počet hospitalizací požadovaný po sousedním zařízení se pohyboval kolem 50 % původních hospitalizací. Redukcí počtu dětských oddělení tedy přehlcení těch zbylých jistě nehrozí. Patronátní dětské oddělení může pomoci stacio-

náři i s personálním obsazením a postgraduální přípravou.

A dostávám se k asi největšímu problému současné pediatrie – pohotovostním službám. Veřejnost považuje za pohotovost každé zařízení, kde je přítomen pediatr a domnívá se, že je možno sem přijít v jakoukoliv denní či noční dobu s jakýmkoliv problémem a lékař je povinen pacienta ošetřit. Neznámý pacient bez anamnestických údajů přichází k neznámému lékaři, který je často v kvalifikační přípravě a má mnohdy na starosti lůžkové oddělení a/nebo novorozenecký úsek. Na potenciální průšvih je tak zaděláno. Žádný jiný segment pediatrie nepovažují za tak nebezpečný a nedostatečně definovaný. Za model *lege artis* považují pohotovost v podobě LPS, kdy je vyčleněn kvalifikovaný lékař jen pro potřeby ambulantní péče a nemá žádné jiné povinnosti. Zřídit LPS ve všední a víkendové dny na každém okrese je však jednoznačně mimo možnosti systému. Ochota PLDD podílet se na LPS klesá, nemocničním lékařům brání nadměrné počty přesčasových hodin a nedostatečná kvalifikace (lékaři L1 a L2, případně L0). LPS by tak měla být zřízena jen tam, kde na to jsou personální kapacity. Oddělení, která takto zvládají svůj vlastní provoz, by v rámci UPS pacienty „z ulice“ vyšetřovat neměla. V praxi to samozřejmě bude znamenat, že se dostupnost dětské pohotovosti zhorší. Povede to ale k tomu, že rodiče, kteří dnes pohotovost zneužívají pro vlastní pohodlí a snadnou dostupnost si rozmyslí, jestli jet do sousedního okresu. Možná i někteří PLDD, kteří jsou od časných odpoledních hodin nedostupní, změní svůj přístup a pro případ skutečného ohrožení zdraví dítěte je zde robustní aparát ZZS, který už dnes mnohde vozí pacienty přes hranice okresu na oddělení, kde si s pacientem ví personál rady.

Takže tak to vidím já. Otázka zní, kdy konečně pánové nahoře pochopí, že vyhnivací strategie je destruktivní přístup a nepřináší nikomu nic dobrého! Nejméně pak pacientům!!!

Původně jsem chtěl nazvat článek Rozverná macecha – aby titulek udeřil do očí. Ale nenazval, protože není o macechách. Nebo je?

Luděk Ryba, Ústí nad Orlicí