

Pohotovost pro děti a dorost v ČR v roce 2024

České zdravotnictví se v posledních dvaceti letech potácí ve zmatcích, nahodilosti a svévoli. Každý si bere, co chce, co nechce, to ignoruje. Převládá bezkonceptní přístup, změny nastávají chaoticky a často přinášejí víc škody než užitku. Stříháme pásy za svitu kamer u nových provozů, jiné kolabují metodou „poslední zhasne“. Zde o pozornost kamer nikdo nestojí. Celý systém ještě setrvačností běží, ale zvláště po třech letech covidu je jeho pozvolný rozklad stále patrnější. To platí v plné míře i pro péči o dětské pacienty a stále markantněji v případech pohotovosti pro děti a dorost, kterou nikdo nechce (sloužit).



Co to vlastně je pohotovost pro děti a dorost a čemu slouží? Začneme legislativou. Zákony ČR pohotovostní službu pro děti a dorost nijak nedefinují. Na stránkách MZ je v soupisu druhů zdravotní péče v odstavci s názvem Zdravotnická záchraná služba a pohotovostní služba uvedeno: „Hrazené zdravotní služby jsou zajištěny i při méně závažném náhlém onemocnění včetně úrazu v době mimo ordinaci hodiny nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře, a to v závislosti na místních podmínkách – buď se lékaři navzájem zastupují, nebo se organizují pohotovostní služby ve zvláštních ordinacích lékařské pohotovostní služby. Uvedené pohotovostní služby obvykle poskytují i zdravotnická zařízení lůžkové péče (nemocnice).“

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v hlavě I Druhy a formy zdravotní péče lékařskou pohotovost nezmiňuje vůbec.

Existuje předpoklad, že dětskou pohotovostní službu by měli poskytovat lékaři primární péče, tedy praktičtí lékaři pro děti a dorost. Ve 2. vydání učebnice Praktického



dětského lékařství vydaném v roce 2023 nakladatelstvím Grada Publishing se uvádí na straně 10 v kapitole Lékařská pohotovostní služba: „V případech náhlé změny zdravotního stavu v době mimo běžnou ordinaci dobu registrujícího lékaře, která však neohrožuje dítě na životě nebo závažným poškozením zdraví, organizují územně správní celky (kraje) lékařskou pohotovostní službu (LPS). K jejímu personálnímu pokrytí využívají povinnost PLDD účastnit se na zajištění LPS, pokud jsou k tomu vyzváni.“

K tomuto textu se zřejmě vztahuje § 45 zákona 372, který v odstavci Práva a povinnosti poskytovatele bod I říká: „Poskytovatel je povinen podílet se na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na zajištění lékařské pohotovostní služby.“

Jaká je realita? Je jasné, že i po pracovní době praktiků vyžaduje část jejich klientely akutní vyšetření pediatrem. V takovém případě, pokud není se svým praktikem pacient domluven, že mu může zavolat i ve večerních hodinách, případně o víkendu, protože nikdo nezná jeho zdravotní stav lépe než

registrující lékař (praxe zcela běžná v řadě evropských států, kterou si osvojili i někteří PLDD u nás a patří jim za to uznání – jde však o minoritní postoj), navštíví nejbližší zdravotnické zařízení, kde je přítomen dětský lékař. V praxi se jedná buď o LPS (lékařskou pohotovost pro děti a dorost), kde je pediatr, který nemá v čase pohotovosti jiné pracovní povinnosti a může se plně věnovat příchozím pacientům, anebo je dostupný sloužící pediatr dětského lůžkového oddělení, který v rámci UPS (ústavní pohotovostní služby) ošetřuje hospitalizované pacienty svého oddělení, provádí příjmy u neodkladných případů a často má na starost i novorozence na porodnici. Jistě je obvykle schopen vyšetřit i ambulantního pacienta, jeho vytížení jinými pracovními povinnostmi jej však limituje a logicky vnímá návštěvy dětí s banalitami (typu „utržené klíště“, zácpa trvající pátý týden apod.), které mohly být řešeny v ambulanci registrujícího PLDD, jako zbytečné zatěžující a nepřípadné.

Jen v několika velkých centrech ČR existuje tzv. pediatrický urgent – tedy místo, kde se soustředí všichni pacienti dětského věku a jsou obvyklým způsobem triázováni a podle naléhavosti ošetřeni. Běžné urgentní příjmy v krajských a okresních městech až na ojedinělé výjimky (Znojmo) neúrazoví dětských pacientů míjejí.

Data z poslední doby ukazují, že návštěvnost dětských pohotovostí stoupá, a zvláště tam, kde není vyčleněn pro tuto službu samostatný lékař, se zatížení lékařů sloužících UPS stává mnohdy neúnosné. Navíc čekající rodiče bývají netrpěliví a jejich požadavky na okamžité ošetření jsou nezdědkou zdrojem konfliktů, případně následných stížností.

Proč ale stále více dětských pacientů a jejich rodičů opomíjí svého praktika a směřuje rovnou do nemocnice? Důvodů je jistě více. Na prvním místě nedostupnost registrujícího

praktického lékaře, který často v odpoledních hodinách není přítomen vůbec nebo bere akutní případy jen dopoledne a odpoledne už je odmítá s odkazem na jiné povinné činnosti, jako je prevence apod. Dalším důvodem je rostoucí nespokojenost a nedůvěra rodičů vůči svým praktikům – někdy oprávněná, jindy nikoliv. Zcela jistě je významným důvodem i pohodlnost rodičů typu „čekala jsem, až přijede manžel po práci domů“ nebo ještě absurdnější v 6 hodin ráno v nemocniční ambulanci „jdeme radši k vám, abychom na středisku nemuseli čekat“! Zde je zjevné, že výše pohotovostního poplatku 90 Kč žádoucí roli regulace přístupu k čerpané péči nepředstavuje.

Dostáváme se k hlavnímu problému zajištění stále vytíženějších dětských pohotovostí, a sice k tomu, kteří lékaři je mají sloužit. V Česku pracují přibližně 2 tisíce praktických lékařů pro děti a dorost (všichni plně kvalifikovaní – tedy po splnění atestace, bohužel s vysokým věkovým průměrem kolem 65 roků) a asi 800 lékařů na dětských lůžkových odděleních (v průměru podstatně mladších, v nadpoloviční většině však bez ukončené atestační přípravy, a tedy nikoliv plně kvalifikovaných v oboru). Výsledky všech tří anket (2013 a 2018 výbor ČPS, Luděk Ryba, a 2023 prim. Psychl, Bulovka) potvrdily známý fakt, že velká část PLDD se do pohotovostí (ať už samostatných jako LPS, nebo sdílených v rámci UPS) odmítá zapojit. Podle výsledků ankety z roku 2018 se na zajištění LPS v České republice podílelo celkem 851 PLDD (zhruba 40 procent z tehdy praktikujících PLDD), dalších 75 PLDD se účastnilo na UPS v rámci dětských oddělení. Větší část služeb tedy „padá“ na bedra lékařů z nemocnic. To v kombinaci s jejich běžným vytížením v ústavní pohotovostní službě (4–6 nočních služeb měsíčně je běžná norma) vede k neúměrnému nárůstu přesčasové práce, a i nemocniční lékaři se začínají bránit (viz nedávná akce „Nebud' mýval“). Dochází tak stále častěji k situacím, že služba LPS není obsazena vůbec. Navíc je několik okresů, které nemají ani LPS, ani UPS na dětském oddělení, protože v okrese dětské oddělení není. Mezi okresy, které nemají dětské oddělení, je podle ankety pouze jeden, který zřizuje dětskou LPS v rozsahu 7 dní v týdnu – okres Tachov. Další okresy bez dětského oddělení nezřizují nic a de facto parazitují na svých sousedech (Mělník, Rakovník, Bruntál, Praha-východ a západ, Plzeň-sever i jih). Naopak v okresech, kde není zřízena samostatná LPS, spoléhají místní na obětavost lékařů dětských oddělení

(Slaný, Čáslav, Jeseník, Český Krumlov a řada dalších).

Je zjevné, že problémy se zajištěním dětské pohotovosti, ať už má jakýkoliv charakter, narůstají. V anketě, kde odpovídali na problémy s LPS/UPS zástupci dětských oddělení, se jako hlavní problém prakticky uniformně objevuje „neochota PLDD pohotovost sloužit“ – část dětských praktiků se zjevně řídí filozofií „však on to dítě z mého obvodu někdo vyšetří za mne“! Je nutno poctivě přiznat, že česká legislativa nebo smlouvy s pojišťovnami nepřetržitou péči o své „kapitované“ (tedy placené v paušálním režimu, ať přijdou do ordinace PLDD, nebo ne) pacienty neukládá a povinnost podílet se na LPS praktikům zákon sice ukládá, ale jeho prosazení registrujícími krajskými úřady opakovaně selhává (naposledy vloni v Jihočeském kraji). Takže jediným funkčním apelem je morální hledisko a pocit solidarity, a to, jak se zdá, hraje stále menší roli.

V ČR je v současnosti 88 míst poskytujících nějakou formu pohotovosti pro děti. Vzhledem k tomu že v ČR je 76 okresů, jimž je na roveň 15 pražských obvodů, vychází jedna dětská pohotovost na okres. Už jsme zmínili, že nejméně 8 okresů neprovozuje ani LPS, ani UPS, naopak jsou některé lidnaté či rozlehlé okresy, které mají pohotovosti dvě (Frýdek-Místek, Karviná, Vsetín a další). Pokud by v každém místě byla zřízena samostatná dětská pohotovost sedm dnů v týdnu, vychází na jednu LPS v průměru 22 PLDD (2 000 děleno 88). Ročně by pak v průměru na každého praktika vyšlo 16 služeb (365 děleno 22), tedy jedna a půl měsíčně. Na nemocniční pediatrie by připadaly – za předpokladu že by sloužili na každém dětském oddělení v jednom lékaři, což neodpovídá realitě ani nutnosti – v průměru tři služby měsíčně (800 pediatriů – 80 dětských oddělení). Ve skutečnosti více než polovina dětských oddělení má ve službě lékaře dva a kliniky ještě více, takže reálný průměr v nemocnici je pět služeb na jednoho lékaře měsíčně. Zde už nastává problém s překročením přesčasové práce, který bude v nejbližší době nepochybně gradovat. Navíc na rozdíl od ústavní služby není až na čtyři pracoviště (3krát Praha, 1krát Brno) dětská LPS nikde nonstop, nýbrž končí nejpozději ve 22 hodin. Argument části praktiků, že nemohou sloužit LPS z toho důvodu, že by následující ráno nastupovali do vlastní ordinace nevyspalí, je tak zjevně účelový!

Takže – co s tím? Legislativními kroky zapojit povinně všechny PLDD (nebo alespoň ty mladší a zdravé – věříme, že jich je alespoň

polovina –, pak by jejich zátěž představovala tři služby měsíčně: dvě všední 16–22 hod. a jednu víkendovou 8–20 hod., což se nám doktorům z nemocnic zdá pořád únosné) se zcela jistě nepodaří. Není vůle ani na straně politiků, ani na straně PLDD. Finanční ohodnocení, které by za tyto služby dostali, není a nebude pro ně motivací. Nefunguje ani prémie od ZP za 10 absolvovaných LPS ročně ve výši desítek tisíc korun. Takže černý Petr je a zůstane v rukou nemocnic a nemocničních pediatriů. Nemusí se nám to líbit, nemusíme s tím souhlasit, ale to je vše, co s tím můžeme dělat. Ať zazvoní na ambulanci dětského oddělení kdokoli s jakýmkoliv problémem, dokud jej nevyslechnete a nevyšetříte, těžko můžete zodpovědně prohlásit, že jde o návštěvu zbytečnou a odkladnou. Pokud tedy podle Newtonova gravitačního zákona (o pádu těles) skončí černý Petr dětské pohotovosti na personálu těch dětských oddělení, která ustojí současné turbulence a zůstanou v provozu 24 hodin denně (část se jistě přeformátuje na denní stacionáře 7–19 hod.), vyžádá si to personální posílení (naš odhad je aspoň dva lékaři na jedno pracoviště navíc) a také finanční pokrytí těchto nároků. Racionální se jeví zredukovat počet dětských pohotovostí (pediatr tak nebude přítomen 24 hodin denně v každém okrese), což však může přinést problémy s dostupností a transportem pacientů.

Takže co čeká nás a co naše dětské pacienty? Zatím se zdá, že všichni čekáme marně na Godota, který nutné a vynucené změny připraví a obhájí s logickým odůvodněním, že tyto změny představují nikoliv likvidaci, ale právě záchranu pediatrie v České republice!

Jak říká klasik: „Nemusí přšet, jen když kape!“ Autoři článku by rádi vyvolali k tématu dětské pohotovosti diskusi a věří, že se začnou objevovat v rámci krajů ostrůvky pozitivní deviace, které si udělají na svém území inventuru potřeb a prostředků k jejich zajištění a učiní první kroky k racionalizaci zastaralé a pozvolna se rozpadající péče o děti. Potřebný nárůst lékařských kapacit na dětských odděleních jistě nevznikne ze dne na den, a tak navzdory veřejně deklarované nechuti vedení SPLDD účastnit se pohotovostních služeb s odkazy, že po pracovní době vše vyřeší urgent, musíme nadále spoléhat na soudnost a kolegiální část PLDD – především těch mladších, kteří nedávno prošli dětskými odděleními, kterým je jasné, že po skončení zákonné pracovní doby nelze automaticky spoléhat, že „jejich ovečky“ někdo ošetří, když oni sami se nezapojí! Čili nespolehejme na SPLDD (Sdružení praktických lékařů pro



Semafor dětské akutní péče – kompas pro rodiče „Kdy na pohotovost?“

Volejte 112, když:

- je dítě bledé, opocené, studené na dotek
- dítě extrémně, neuklidnitelně křičí, nebo naopak nereaguje na oslovení
- má velké bolesti
- se objeví křeče, nebo porucha vědomí
- dítě se dusí nebo promodrává kolem úst
- dítě nepravidelně dýchá nebo slyšíte naříkavý výdech
- má-li chlapec silné bolesti v oblasti varlat
- v případě silné alergické reakce

Jedte na pohotovost, když:

- zjistíte horečku nad 38 °C u dítěte ve věku 0–6 měsíců
- je horečka nad 38 °C po dobu 3 dnů u dětí starších než 6 měsíců
- se objeví horečka se zimnicí
- horečka s bolestí ucha
- je opakované zvracení a/nebo průjem (u kojence 3×, u dítěte nad 2 roky 5×) nebo trvající bolest břicha (6 hodin a více)
- při nádechu vidíte vtahování mezižebří či nadbříšku
- pozorujete „kývání“ hlavičky při dýchání

Navštivte svého PLDD:

Pokud jsou potíže vašeho dítěte mírné, doma nezapomínejte:

- podávat léky na horečku při teplotě nad 38 °C
- nabízet po malých množstvích, ale často, vlažné tekutiny

děti a dorost), ale spoléhejme na sPLDD – solidární (soucitné, sympatizující) jednotlivé kolegy z řad PLDD. A važme si jich!

Na konec jsme si nechali otázku, zda je možno lépe poučit pacienty, respektive jejich rodiče, kdy je opravdu nezbytné využít pohotovost a kdy naopak je lépe vyčkat nezbytnou dobu a navštívit svého registrujícího lékaře, který pacienta zná nejlépe a má veškerou jeho dokumentaci k dispozici. Z vyjádření části respondentů poslední ankety vyplývá domněnka či odhad, že až 90 procent návštěv dětské pohotovosti je odkladných bez zvýšeného rizika, a tudíž zbytečných. I když může být toto číslo nadsazené a vždy je nutno počítat s pochopitelnými obavami rodičů o své děti, osvěta v této oblasti prakticky neexistuje a je víc než nutná. Předkládáme tedy k odborné diskusi návrh „pohotovostního semaforu“, který by měl viset v ambulanci každého praktického lékaře pro děti a dorost a měl by být součástí zdravotního

průkazu dítěte – aby měli rodiče vodítko, podle kterého se řídit (kartičku lze vložit do průkazu novorozenci v porodnici). Za přínosné považujeme zavést do praxe, aby lékař po každém vyšetření na pohotovosti jako součást zprávy na závěr uvedl, do jaké míry byla návštěva potřebná – zda hrozilo riziko z prodlení, a měla být tedy volána rychlá záchranná služba, nebo zda rodiče správně vyhodnotili situaci a vyhledali dětskou pohotovost, anebo mohli bez rizika vyčkat ordinární doby svého registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost či případně že se jednalo o zjevné zneužití pohotovosti (vystavení receptu na chronickou medikaci nebo potvrzení na tábor apod.). Pro účely plátců, tedy zdravotních pojišťoven, se jako ideální jeví zavedení signálních kódů, které by reflektovaly toto hodnocení. To by se mělo opírat o všeobecně přijaté normativy, co patří a co nepatří na pohotovost – tedy na mimořádně rizikovou lékařskou službu, kde

neznámý lékař vyšetřuje neznámého pacienta – bez dostatečných anamnestických dat o pacientovi. K tomuto jistě jednoduchému tématu uvítáme rozsáhlou odbornou diskusi, kterou by měla řídit a moderovat Česká pediatrická společnost.

Vážení rodiče, mějte prosím na paměti, že lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění, kdy není možné vyčkat péče praktického lékaře bez rizika zhoršení zdravotního stavu. Pamatujte prosím, že výše uvedený seznam potíží není a nikdy nebude konečný, ale dává laikům jistý „návod jak postupovat“.

MUDr. Luděk Ryba, praktický lékař pro děti a dorost

Orlickoústecká nemocnice NPK a.s., ludek.ryba@nempk.cz

MUDr. Marian Šenkeřík, primář dětského oddělení

Pardubická nemocnice NPK a.s., marian.senkerik@nempk.cz

10. června 2024