

Dětský pacient (a jeho rodič) v sanitce

Práce na záchraně přináší jistě spoustu krásných zážitků. Výsledek je zde zčásti vidět ihned. Zázemí základěn bývá pěkné a v obchodě nás někdy ostatní nechají předběhnout ve frontě, pokud si kupujeme svačinu v pracovních montérkách. Všude je ale chléb o dvou kůrkách. Kromě krásy práce v nepřetržitém provozu pak „atraktivitu povolání“ zvyšuje možnost náhledu do „přirozeného prostředí pacienta“. Tedy všude, kam se dá dojet, dojit s kufrům v ruce, odkud se dá telefonovat i bez kreditu... věznice, příbytky s nízkým stupněm hygieny či bez osvětlení, průmyslové provozy, srázy u dálničních přivaděčů v dešti, nálevny plné „veselých a vtipných“ lidí nejlépe v sobotu pozdě nad ránem. Informace máme často od názorově nesourodé nebo ovíněné rodiny a na vyhodnocení často nejasné situace na místě bývá jen několik vteřin. K dispozici je žádná či jen nekompletní dokumentace, občas jen dokumentace, která se pacientovi „hodí“ a zbytek nám neukáže. V přednemocniční péči je člověk sám – bez možnosti přivolání konsiliáře, bez staršího (a hlavně zkušenějšího), jak dodává má žena) kolegy někde z JIP.A „protistrana“ (rodina, ale čím dál více i kolegové, novináři či nemocniční personál) má pak doslova léta na to, aby vymýšleli, stěžovali si, soudili a soudili se.

Záměrně nepíši „lékař“ – lékařů je v tomto oboru nedostatek (ale to už skoro všude). Lékařských posádek ubývá, většina výjezdů zdravotnické záchranné služby (ZZS) je dnes v ČR realizována posádkami nelékařskými (a je to plně dostačující). Dovolte mi tedy krátké představení: Lékaři pracující u ZZS jsou velmi nehomogenní skupinou. Jsme rozdílní motivací pro tuto práci, vzděláním, věkem, zkušenostmi a dovednostmi. Různíme se i velikostí úvazku, což může být důležité, zejména jedná-li se o „non-technical skills“, o různá „místní specifika“. Všechny ale spojuje – anebo by měla spojovat – schopnost vypořádat se s pacienty s rozličnými potížemi interními, chirurgickými, psychiatrickými a vlastně jakýmkoliv, mnohdy zcela nezařaditelnými a často s přesahem do sociální sféry,

do potíží rostoucích na podhoubí vyloučených lokalit, drog, alkoholu a zanedbané výchovy, chybějící péče sociální i zdravotní. To vše u pacientů všeho věku i gramáže, od před chvílí doma narozených po křehké geriatrické jedince, kteří se rozhodli v domově důchodců po letech imobility, bolesti a strádání na dekubitální sepsi zemřít a personál jim to nechce dovolit a volal nás pro „zhoršení stavu“. Svou klientelu vidíme většinou jen krátce (za což jsme mnohdy rádi). Obtížně pak ale dohlédáváme další osud svých pacientů pro zpětnou vazbu.

Ze své zkušenosti záchranné práce ve třech krajích jsem potkal pouze čtyři kolegy s atestací z pediatrie. Vždy jen na malý záchranný úvazek, sanitku měli coby „hobby“ (stejně jako já). My profesi nepediatři máme z dětských pacientů v prostředí přednemocniční péče určitý respekt. Je zde spousta kurzů, školení, možnost klinických stáží, které nám zaměstnavatel dnes více či méně ochotně umožní a vesměs už i zaplatí. I věda a technika je nám více a více nápomocna – komfortní zajištění žilního vstupu intraoseální jehlou, laryngeální masky pro chvíle obtížné intubace (a našich zpocených zad), nasální aplikátory léčiv, různé pomůcky ve velikosti „dítě“, autosedačky, ventilátory schopné komfortně udýchat i dětské pacienty, očkování populace proti hemofilům (epiglotitidu jsem již dlouho neviděl a nelituji!).... Výjezd k opravdu nemocnému dítěti je ale vždy – alespoň pro mne – lehce stresující událost, i když se pak naprostá většina případů zvládne se ctí.

Zřizovat speciální „dětské záchranky“ není na místě, nehledě na naprostou nerealnost jejich personálního zajištění – reálně je problém obsadit už tak velmi okleštěné „dětské pohotovosti“. Typické dětské diagnózy a dávkování léčiv u dětí musí znát každý, systém funguje. Nelékařské posádky pediatrické pacienty transportují – s ohledem na nastavení systému – do nemocnice téměř vždy. Jen dodám, že záchranná služba si své pacienty aktivně nevyhledává – takže jsme-li voláni k absurdní bana-

litě, nejsme to my, kdo volal. Nejsme to my, kdo na zjevně neindikovaném transportu – mnohdy i za použití vyhrožování – trval. Za sebe mohu říci, že v polovině případů mám větší duševní diskomfort z Googlem poučeného rodiče natáčejícího každý můj pohyb na mobil než z nemocného dítěte.

Za všechny „záchranné nepediatry“ přivážející vám do nemocnic pacienty v nejnevhodnější chvíli a při plných odděleních – byť k tomu nemám žádný oficiální mandát – bych poprosil čtenáře tohoto periodika z příjmových ambulancí dětských oddělení o jistou shovívavost. Záchranka je trošku jiná. Když nám ve „výjezdáku“ bude chybět v kolonce OA informace typu „nekříšen, porodní hmotnost/délka, plně kojen do 18 měsíců, prosím, omluvte nás. Zase umíme jiné věci. A také prosím o pochopení, že přeci jenom děti máme „nakoukané a osahané“ mnohem méně než dospělou klientelu. Tudiž si nejmenší pacienty, navíc bez možnosti laboratorní diagnostiky kromě glykemie a bez možnosti preskribovat v sanitě léky na recepty, bez možnosti podat či vydat antibiotika (kromě meningitid, kde cefalosporin musíme podat naopak ihned), troufneme nechat doma mnohem méně často než dospělé pacienty.

Tímto všem nemocničním pediatrům děkuji za spolupráci, doufám v další trpělivost s některými přivezenými pacienty, které by snad bylo možné ponechat doma a které vy přijímáte buď jen z rozpaků, anebo obratem posíláte s volně prodejným paralenem domů. Budeme rádi za zpětnou vazbu. Na oplátku se – alespoň za sebe – zkusím méně mračit při požadavcích na sekundární převozy sanitou např. z „okresu na vyšší pracoviště“ u stavu, který beze změn trvá již týden a někdo se jej jal akutně řešit v pátek odpoledne po týdnů nihilismu.

Přeji příjemné a inspirativní čtení.

MUDr. Bc. Michal Ptáček