

DÍTĚ S MATKOU V NEMOCNICI

MUDr. Josef Grym

Pediatrické oddělení nemocnice, SZZ Krnov

Přijetí matky spolu s hospitalizovaným dítětem představuje v pediatrii pozitivní trend, který je pokračováním humanistických snah oboru z minulosti. Systém dítě s matkou obsahuje kromě výhod i některé rysy negativní, jejichž existence však nemůže být důvodem oddalování realizace tohoto způsobu hospitalizace (5). Tímto krédem se řadu let řídí pracoviště autora článku, který však současně upozorňuje na některá negativa v přesvědčení, že jen pojmenované problémy mají naději na řešení. Většina uváděných problémů má své řešení na organizační a komunikační úrovni v rámci pediatrie. Nicméně, zůstávají dva zásadní problémy mimo možnosti oboru, které rozvoj této formy hospitalizace brzdí – deficitní financování na úkor samotných zdravotníků a nedostatek legislativních norem pro stanovení odpovědnosti za zdraví dětí při této formě hospitalizace. Klíčová slova: dítě s matkou v nemocnici, klady a zápory systému dítě s matkou, deficitní financování, nedostatek legislativních norem.

Úvod

Nemocniční pediatrie dokázala před lety v krátké době a bez větší přípravy zavést do praxe systém dítě s matkou, a to postupně na porodnických a novorozeneckých odděleních, poté i na dětských odděleních respektive klinikách. Soustavná přítomnost rodiče nejen jako psychické opory dítěte, ale také jako svědka a účastníka při všech úkonech, je zcela novou situací jak pro děti a rodiče, tak i pro personál. Ten se musel mnohému naučit, mnohé pochopit, mnohé změnit, oželeť i tolerovat. Možné je, že základy adaptability pracovníků pediatrie byly dány již v počátcích oboru, který se v rámci možnosti vždy snažil, aby se děti na oddělení cítily dobře, i když v „době jeslové“ to vždy nebylo snadné. V současnosti je systém dítě s matkou zaveden, funguje, všichni si na něj zvykli a je téměř normou. Na jeho zavedení se podíleli zákonodárci, ministerstvo, zdravotní pojišťovny i zdravotníci, svůj podíl mají děti i rodiče, různé nadace a občanská sdružení. Zbývá jen dodat, že spokojenost s realizací je u zúčastněných různá.

Zákonodárci včlenili do zákona č. 48/1997 Sb. paragraf, umožňující přijetí průvodce každému hospitalizovanému dítěti, přičemž u dítěte mladšího 6 let pobyt rodiče hraje zdravotní pojišťovna (8). Ministerstvo zdravotnictví tuto zásadu aplikovalo do vyhlášky č. 134/1998 Sb. a v současně platném znění (7) ocenilo platbu za ošetrovací den průvodce průměrně 108 body, což přivítaly zdravotní pojišťovny, které tak platí jen malou část skutečných nákladů. Spokojena je naprostá většina dětí i rodičů, spokojeny jsou i nadace a sdružení, protože systém funguje (i když spíše nezávisle na nich). Jedině sami zdravotníci mají k celé problematice přístup poněkud ambivalentní. Na jedné straně vítají a propagují tuto možnost jako příspěvek k psychické pohodě většiny svých pacientů, na druhé straně s nevolí nesou některá negativa a neřešené problémy systému na svých bedrech.

Vlastní zkušenosti

Systém dítě s matkou jsme začali zavádět zhruba před 10 lety na novorozeneckém a porodnickém oddělení, zpočátku jako poloviční, později v plné variantě. Na dětském oddělení (další text se týká výhradně tohoto pracoviště) přijímáme matky jako doprovod dětí řadu let, systematicky pak se vznikem zákona o zdravotním pojištění. V posled-

ních šesti letech máme pro tento typ hospitalizace vytvořeny optimální podmínky v podobě šesti samostatných pokojů s vlastní koupelnou a WC, mycím kompletem pro dítě, domácím telefonem a rozhlasem, televizní přípojkou, bodovým osvětlením lůžka. Tři pokoje mají vstup na balkon. Samozřejmostí je denní výměna prádla, úklid, strava třikrát denně s donáškou na pokoj, k dispozici jsou pleny, hračky a kočárek pro dítě, rodinní příslušníci mají možnost prakticky volných návštěv. Kromě poplatku za použití televize (5 Kč na den) u nás jiné poplatky rodiče neplatí. Jako průvodce dětí přijímáme nejčastěji matky (občas i s více dětmi), výjimkou však nejsou otcové, babičky či jiní příbuzní, umožňujeme i jejich střídání. Dost často přijímáme matky i k dětem přijatým na jednotku intenzivní péče. Ve většině případů matka zůstává s dítětem po celou dobu hospitalizace, méně často je přijímána později než dítě, vzácně odchází dříve a dítě ponechává na oddělení samotné. Při nedostatku mateřských lůžek řešíme situaci provizorně na běžných pokojích. Na přání umožňujeme rodičům pobyt s dítětem během dne (či noci) i bez formálního přijetí. Přijetí průvodce k dítěti staršímu 6 let za úplaty je méně časté – o úhradu pobytu pojišťovnou se snažíme (většinou úspěšně) v případech duševního, smyslového či komunikačního hendikepu dítěte a tam, kde je třeba matku zacvičit v rehabilitační nebo ošetrovatelské technice.

Rodič je přijímán především jako psychická a citová opora dítěte s očekáváním, že bude zajišťovat základní péči (krmení, hygienu), vlastní ošetrovatelské úkony provádí většinou sestra a podle situace přenášíme část výkonů na rodiče. Přijetí rodiče dostávají podrobnější leták se soupisem zásad spolupráce mezi rodičem a zdravotníky ve vztahu k péči o dítě. Oblečení může mít dítě ústavní nebo vlastní, podle přání a zdravotního stavu. Schopnost adaptace na ústavní pobyt u většiny dětí usnadňuje zaměstnávání v herně, ve škole základní i mateřské (máme 5 kvalifikovaných pedagogů) a v družině s provozem do večerních hodin.

Počet přijatých průvodců víceméně lineárně stoupá a v současnosti má u nás svůj doprovod 35,0 % přijatých dětí bez ohledu na věk; využití lůžek je 76,1 %, průměrná doba pobytu 3,6 dne. Pro návštěvy (obecně) na oddělení je denně vymezena doba od 15 do 17 hodin, v praxi však povolujeme četné výjimky.

Odhadem lze uvést, že asi s třetinou přijatých rodičů je spolupráce výborná a bezproblémová po celou dobu pobytu. Asi polovina rodičů spolupracuje dobře a vyskytující se nevýznamné problémy lze většinou vyřešit snadno dohodou či domluvou, situace často využíváme k edukaci matek. Se zbývajících asi 20 % rodičů bývají problémy – ve spolupráci, v komunikaci, v neukázněnosti i opakovaném porušování stanoveného režimu dítěte apod. Ojedinelé se objeví rodič, který je přítěží nejen pro oddělení, ale také pro své dítě a vzácně dokonce vytváří bariéru mezi dítětem a zdravotníky. Častými prohřešky ze strany rodičů jsou např. nedodržování dietních omezení či doporučení, nedostatečná hygiena, bizarní režimové a stravovací návyky z rodiny, nedodržování zásad bezpečnosti dětí, nerespektování potřeb dětí z hlediska návštěv, nadměrné vyžadování pozornosti personálu, plýtvání pomůckami a materiálem atd. Některé matky nedokážou být pro své dítě oporou ani zklidňujícím faktorem, naopak s řadou dětí je mnohem lepší spolupráce za nepřítomnosti rodičů. Rodiči zaviněné úrazy dětí při hospitalizaci byly u nás zatím našťastí vždy lehčího rázu.

Finanční deficit v podobě rozdílu mezi náklady na pobyt rodičů a úhradou ze strany pojišťoven činí v našem případě statisíce korun ročně. Tento rozdíl hradí nemocnice, respektive přímo pracovníci oddělení.

Diskuze

Přes četné problémy se systémem dítě s matkou spojené je v naší literatuře problematice věnována překvapivě malá pozornost. K dispozici jsou materiály Českého výboru pro UNICEF, letáky nadace Klíček, Sboru zástupců organizací zdravotně postižených, poučení o Projektu DAR. V posledních letech byly v Česko-slovenské pediatrii publikovány o tomto tématu pouze dva články (1, 5).

Charta práv hospitalizovaných dětí může být vzorem a vodítkem pro naši činnost (3), nicméně její úplná realizace závisí především na těch, kdo zdravotnictví organizují a financují. Spolupráci s některými z nadací jsme ukončili krátce po prvních kontaktech, když se ukázalo, že často znevažují práci zdravotníků a hájí především zájmy rodičů. Do Projektu DAR se iniciálně zapojila řada osobností pediatrie, nyní však již několik let o činnosti projektu nemáme zprávy. Existence školní výuky, umožnění herních aktivit a podíl pedagogických pracovníků na zaměstnávání dětí jsou obecně považovány za nedílnou součást péče o hospitalizované děti (1). Naše názory a zvyklosti jsou totožné, nicméně namísto dalšího rozvoje těchto aktivit jsme v posledních letech spíše svědky pozvolné demontáže škol a školek při některých nemocnicích. Přitom není vzácností, že některé děti odchod z oddělení oddalují, zaujaty herními aktivitami i vlastní realizací v dětském kolektivu. Cítíme, že dluh v zaměstnávání dětí máme ve věkové skupině batolat. Řada doporučení ze zahraničí (1) i ze strany nadací opakovaně zdůrazňuje možnost nosit vlastní oblečení, snad jako psychologický faktor identity dítěte. Kdo však pracuje s dětmi akutně nemocnými, ten se na toto doporučení dívá poněkud skepticky. My jsme naopak rádi, že jsme

dětem v případě potřeby schopni zajistit kompletní výměnu prádla, byť nemocničního, i několikrát denně.

Běžně doporučené volné návštěvy (1) se snažíme regulovat s cílem zajistit dětem, zejména akutně nemocným, vhodný šetřící režim a uchránit je před nevhodnými vlivy tělesnými, psychickými, epidemiologickými či dietetickými. Podle našich zkušeností řada návštěvníků postrádá schopnost empatie, a tím i schopnost korigovat své chování. Každoročně řešíme několik případů větších krádeží (prádlo a pleny se ztrácejí průběžně), někteří návštěvníci se snaží návštěv „využít“ ve všech směrech, což usnadňuje právě intimita samostatných mateřských pokojů s příslušenstvím. (Během dvouhodinové návštěvy se u nás dokázala osprchovat celá širší rodina včetně prarodičů!)

Doporučení přizpůsobit režim na oddělení zvykům dítěte je akcentováno opakovaně (1, 5). Myšlenka jistě humánní se dnes stává hůře realizovatelnou, neboť v praxi přibývá dětí, které dosud žádný režim nepoznaly, a zejména dětí, které si z rodiny přinášejí zvyky tak bizarní, že je zdravotníci nemohou tolerovat, přičemž pokusy o nápravu mnohdy hrozí konfliktem s rodiči. Jedná se např. o život s trvale zapnutým televizorem, téměř trvalé pití přeslazených nápojů (spánek dítěte s lahví je už téměř normou), negativní postoj k větrání, polohu na břiše ve spánku u malých kojenců, stravovací prohřešky všeho druhu až po občasné tajné podávání homeopatik a parafarmaceutik. Dialogy typu: „Dáváte mu mrkev, jak jsme se domluvili?“ „Nedávám!“ „Proč?“ „On to nechce!“ „Snad mu nedáváte křupky!“ „Dávám – on to chce!“ – patří téměř k běžným a svědčí pro ústup autority lékařů i sester jak v nemocnici, tak primární péči. V jednom případě naší kritiku hrubých stravovacích prohřešků ze strany matky otec (zřejmě poučen televizní reklamou) rezolutně odmítl slovy: „Matka snad ví nejlíp, co je pro její dítě dobré!“. Sledování televizního vysílání do pozdních hodin je dnes běžné i v útlém věku – část matek pak u nás prospí přes den více času, než jejich dítě. Nervozita kuřáček bývá značná, na rozdíl od jiných ústavů (6) zatím nemáme problémy s požíváním alkoholu rodiči.

Zkrácení délky hospitalizace dítěte za přítomnosti matky je asi objektivní, nicméně považovat to a priori za výhodu tohoto systému (5) si netroufáme. Naopak se domníváme, že zkrácení doby hospitalizace se patrně děje často bez ohledu na zdravotní stav dítěte. Tuto naši domněnku podporuje studie ukazující, že rodiče často vnímají okolnosti péče zdravotníků o své děti při hospitalizaci egocentricky a zkresleně, přičemž skutečný stav dítěte ani úroveň zdravotnické péče o jeho potřeby mnohdy v tomto hodnocení nerozhodují (2). Podobné jsou i poznatky některých anket u nás. Samozřejmě i my máme zkušenosti s matkami, které po zhodnocení stavu dítěte lékařem, objasnění stavu a zahájení léčby najdou rychle ztracené sebevědomí a po krátké době odejdou s dítětem do domácího ošetření – i to nám přináší pocit dobře vykonané práce. Na druhé straně není výjimkou matka, která odchází i s dítětem bez ohledu na jeho zdravotní stav již po několika hodinách pobytu pro naprostou neschopnost se s touto situací vyrovnat. Motivací přijetí rodiče jako průvodce u nás bývá nejčastěji zájem

dítěte. V poslední době však narůstá zájem ze strany sociálně slabých rodin, kde zcela jistě i materiální stránka hraje roli nezanedbatelnou.

Za popsaného stavu věcí se jeví jako potřebné neměnit dosavadní znění oborových předpisů, které řadu postupů (přijetí a propuštění průvodce, režim návštěv, určení ošetrovatelských postupů apod.) ponechávají na možnostech oddělení a rozhodovací pravomoci zdravotníků.

Problémem, jehož řešení se dosud vyhýbají zákonodárci, organizátoři i právníci, je dělení odpovědnosti za zdraví dítěte při tomto typu hospitalizace, kdy dítě je sice v péči zdravotnického zařízení, ale přitom většinu času v bezprostřední péči matky. Sami při vážných předpisech bereme matku především jako psychickou a citovou oporu dítěte. Personál zajišťuje odborné ošetrovatelské postupy, nicméně v praxi pak postupně část či většinu těchto úkonů přenáší na matku. To vše při vědomí, že přesné určení odpovědnosti za možné nepochopení, pochybení, špatný postup či úraz z viny matky žádný předpis neřeší. Slogany typu „rodič se stává členem ošetrovatelského týmu“ (1) mají možná dopad psychologický, nikoliv však právní.

Charta práv hospitalizovaných dětí sice říká, že pobyt v nemocnici by pro rodiče neměl být finanční zátěží (3), autoři tím ovšem zcela jistě nemysleli, aby tuto zátěž nesli zdravotníci, jak je tomu u nás. Ačkoliv se nám otázky legislativy a financí zdají poměrně závažné, musíme konstatovat, že v uvedené literatuře jsme o nich nenašli ani zmínku.

Náprava vytipovaných problémů hospitalizace dítěte s doprovodem rodiče nebude v žádném případě snadná ani rychlá. Na řešení některých problémů, například finančních, kromě zdravotníků nemá nikdo jiný zájem. Navíc problémy nemocných dětí nestojí v centru pozornosti politiků ani zdravotnických organizátorů. Máme za to, že řada nevhodných

rodičovských postojů a návyků má svůj původ v obecném poklesu morálky, v narůstajícím despektu k autoritám vůbec, v často umělé živeném oslabování vztahu pacienta k lékaři, svůj podíl má jistě i všudypřítomná agresivní reklama. Za této situace zdravotníkům nezbyvá, než být nadále trpělí, tolerantní a současně se připravovat na dlouhodobé snažení ve prospěch dětí („...rozumné naplňování bodů Charty...“) (5) tak, jak jsme na to koneckonců v pediatrii zvyklí.

Závěr

Přijetí matky jako průvodce k hospitalizovanému dítěti představuje pozitivní trend, který je pokračováním humanistických snah pediatrie z minulosti. V systému naprosto převažují rysy pozitivní nad negativními, jejichž existence nemůže být příčinou oddalování realizace tohoto způsobu hospitalizace. Tímto krédem se řadu let řídí i pracoviště autora článku, který však pozornost věnuje právě negativním zkušenostem s přesvědčením, že pouze pojmenované problémy mají naději na řešení.

Naprosta většina uvedených problémů má řešení na organizační a komunikační úrovni přímo na oddělení, resp. v rámci oboru. Mimo možnosti řešení samotné pediatrie zůstávají dva zásadní problémy, které rozvoj i výsledky této formy hospitalizace brzdí – deficitní financování na úkor samotných zdravotnických pracovníků a absence legislativních norem pro stanovení odpovědnosti za zdraví dítěte při tomto způsobu hospitalizace. Právě postoj k těmto dvěma otázkám lze považovat za rozhodující důkaz, s jakými úmysly kdo k řešení problematiky přistupuje. Diskuze zainteresovaných na stránkách časopisu by se pak mohla stát impulsem k řešení většiny nastíněných problémů – což je cílem článku i úmyslem autora.

Literatura

1. Hogg, Ch.: Standardy péče o děti v nemocnici (Kontrolní otázky), Audit. Čs. Pediat. 53, 1998, No 6, pp. 364–368.
2. Homer, Ch. J., et al.: Quality of Care at Children's Hospital. The Parents' Perspective. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 153, 1999, No 11, pp. 1123–1129.
3. Charta práv hospitalizovaných dětí. Leták ČV pro UNICEF, nedatován.
4. Gattellari, M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N.: Informed consent: What did the doctor say? Lancet, 353, 1999, p. 1713.
5. Němec, V., Janovská, M.: Děti s matkami v nemocnici. Čs. Pediat. 55, 2000, No 8, pp. 525–527.

6. Nosál, R. (Priessnitzovy léčebné lázně, a.s., Jeseník): Osobní sdělení, 1999.
7. Vyhláška MZd č. 134/1998 Sb., se změnami a doplňky provedenými vyhláškami MZd č. 55/2000 Sb. a č. 135/2000 Sb. (Seznam výkonů s bodovými hodnotami) Česká lékařská komora a Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000.
8. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. ÚZ, Sagit, 1998.