

## Humanizacija otrokove hospitalizacije\*

Svojemu nastopnemu predavanju na medicinski fakulteti v Zürichu je eden vodilnih evropskih »otroških kirurgov« prof. P. P. Rickham dal naslov: »Quo vadis chirurgia paediatrica«. Jaz pa sem ta naslov obrnil in se sprašujem: »Kakšna je naloga pediatrije pri kirurškem bolniku?«

Sodobna otroška kirurgija ima pomembno vlogo pri izboljšanju uspešnosti zdravljenja otroških bolezni. Saj se v zadnjih desetletjih tudi bistveno spreminja patologija v otroških bolnišničnih oddelkih, zlasti v ekonomsko razvitih deželah; namesto enteralnih in respiratornih okužb so stopile v ospredje presnovne bolezni in prirojene napake. Pri nekaterih prirojenih napakah edinole kirurški poseg lahko ohrani otroka živega in mu omogoči normalen razvoj. Ne le v velikih, svetovno znanih medicinskih centrih, temveč tudi v pokrajinskih bolnišnicah je dozorelo spoznanje, da se kirurgija nujno mora posvetiti specifični kazuistiki otroške dobe, zlasti obdobju novorojenčka. Pri velikih otroških bolnišnicah oziroma klinikah so nastali posebni oddelki za kirurgijo otroka, kjer so se kirurgi posvetili izključno zdravljenju kirurških bolezni v otroški dobi. Rezultati te usmeritve so bili prepričljivi: pooperativna smrtnost se je bistveno zmanjšala, nove kirurške tehnike so omogočile uspešno zdravljenje pri inoperabilnih primerih.

V teh velikih medicinskih centrih pa se je v zadnjih letih pojavila dilema, ali je mogoče obdržati profil splošnega »otroškega kirurga« ob hitrem razvoju posameznih vej »klasične kirurgije«, ko je »ožja« ali »superspecializacija« že dejstvo, ko se ustanavljajo samostojni kirurški oddelki ali kirurške klinike glede na organski sistem.

Ni namen tega sestavka opredeliti se za pomembno vprašanje, kdo naj zdravi in kje naj se zdravi mali kirurški bolnik, ali naj bo tak kirurški oddelek za otroke v sklopu otroških ali splošnih bolnišnic — saj je odgovor marsikje odvisen od velikosti regije, od tradicije in na tem področju že aktivnih zdravstvenih delavcev. Raje postavljam retorično vprašanje: »Kaj smo dosegli za hospitalizacijo otroka — kirurškega bolnika na Slovenskem s poudarkom na nove razmere v kliničnem centru v Ljubljani?« — in nanj želim tudi odgovoriti. Prav zdaj je v bolnišnicah naše republike v teku anketa, ki naj bi pokazala, kakšni so danes pogoji za bolnišnično zdravljenje otroka, ki ni sprejet na »internistični« pediatrični oddelek, temveč se zdravi npr. na ortopediji, otorinolaringologiji, kirurgiji, v porodnišnici ipd. Te podatke bom potreboval v »diskusiji za okroglo mizo« na X. kongresu

---

\* Ponatis uvodnika, ki je bil objavljen v Zdravstvenem vestniku 43/1974.

jugoslovanskih pediaterov kot moderator teme: Delo in vloga pediatra na »ne-internističnih« otroških oddelkih. Že doslej obdelani podatki ankete so presenetljivi: medtem ko je v SR Sloveniji na »klasičnih« pediatričnih oddelkih oziroma kliniki skupaj 1119 bolniških postelj, je v sklopu bolnišničnih oddelkov ter v

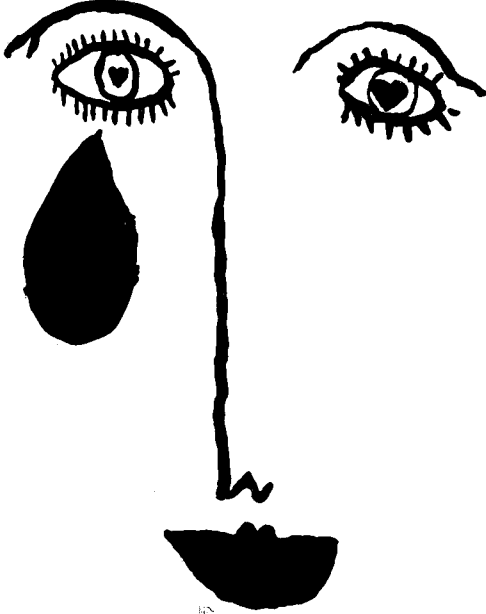


*Fotografija enega od otroških oddelkov ljubljanske bolnišnice kmalu po vojni*

klinični bolnišnici v Ljubljani 1572 bolniških postelj za otroke, med njimi v Sloveniji kar 252 za male kirurške bolnike. In ta razpon v »korist« bolnih otrok, ki so hospitalizirani na »neinternističnih« pediatričnih oddelkih, se po statističnih pokazovalcih iz leta v leto večja.

Medtem ko je večina naših bolnišničnih »internističnih« pediatričnih oddelkov v strokovnem in organizacijskem pogledu že pred leti dosegla — lahko rečemo — srednjeevropsko raven, so bila prizadevanja, da bi vsakemu otroku v bolnišnici zagotovili primeren režim hospitalizacije, šele v povojih. Za ilustracijo povojne situacije pri nas najbolje govori izvleček iz neobjavljenih spominov ljubljanskega kirurga primarija Roberta Blumauerja, ko je napisal, da se je »... z ločitvijo otrok od odraslih na kliniki pri obojih stanje nekoliko izboljšalo. V hudi prostorski stiski pa ni bilo druge pomoči, kakor da smo v otroško sobo natlačili nekaj velikih postelj in bili primorani male bolnike namestiti po štiri v eno posteljo...« Če so bile tako hudo neustrezne razmere za hospitalizacijo otrok na kirurški kliniki v Ljubljani, si lahko predstavljamo, da tudi v drugih bolnišnicah ni bilo bolje. Izredno daljnovidna so bila stališča prvega profesorja pediatrije zagrebške medicinske fakultete E. Mayerhoferja, ko je pred štiridesetimi leti trdil: »... da imajo otroški bolnišnični oddelki posebno vlogo, saj odvajamo male bolnike od domačega okolja. Bolan otrok ima pravico, da se zdravi enako dobro in ima enako dobro nego v vsaki bolnišnici, ne glede na naravo bolezni. Pri ustreznem bolnišničnem obratu mora delo pediatra zajeti ne le otoka z »internističnimi« boleznimi, temveč tudi vse, ki se zdravijo pri drugih specialistih, tako npr. pri kirurgu, dermatologu, okulistu«.

Razvoj otroškega oddelka na kirurški kliniki v Ljubljani, ki se v zasnovi in organizaciji razlikuje od tovrstne dejavnosti ne le v državi, temveč tudi marsikje v zamejstvu — ni bil slučajen: vodstvo klinike je — ob razvoju posameznih vej kirurgije — vselej zastopalo stališče, naj strokovnjak »ožje« kirurške specialnosti



*»Zakaj ni prišla moja mamica?«  
Risba 10-letne deklice. Razstavi likovnih izdelkov bolnih otrok, ki so bili hospitalizirani na kirurški kliniki v Ljubljani, smo dali naslov: »Kako otrok doživlja bolezen«.*

tudi »kirurško zdravi« malega bolnika. Zato bi bilo za ljubljansko regijo ustvarjanje »otroške kirurgije«, ki bi bila ločena od matične klinike, nesmotrno, četudi bi se redkejša in zahtevnejša kazuistika zbirala iz vse republike. Razvoj je zato šel drugo pot: sprva je bilo treba v sklopu kirurške klinike ustvariti takšne razmere za delo, da bo zadoščalo psihofizičnim potrebam otroka, tudi naj ne bo razlik, ali leži otrok npr. na kirurški ali pediatrični kliniki. Od prvotnih 182 m<sup>2</sup> površine v stari stavbi klinike, zgrajene v prejšnjem stoletju, je oddelek z leti postopoma podvojil svoj obseg, zlasti s pridobitvijo funkcionalnih prostorov — saj ne more biti bolnišnične pediatrije brez mlečne kuhinje, igralnice, šole, ordinacijskih prostorov, brez zadostnega števila zdravstvenega in tudi pedagoškega osebja, ki je šolano ali dodatno usposobljeno za delo z bolnim otrokom. Šele spomladi l. 1974 pa je pediatrični oddelek kirurških strok, kot ena od »služb« kirurških klinik, pridobil v novem kliničnem centru — po skoraj 10-letnem skupnem delu s projektanti — nov dom z 80 bolniškimi posteljami s tlorisom čez 2000 m<sup>2</sup>, z lastnim operacijskim blokom ter obsežnim atrijem.

Splošni razvoj medicinske vede poraja tudi razvoj posameznih njenih vej, ali drugače povedano, nova dognanja v eni od specialnih vej medicine omogočajo razvoj drugim. Izrazit primer za tako vzajemnost je sodelovanje med kirurgom, ki se je povsem ali pretežno posvetil delu z otrokom, in pediatrom ter anesteziologom. Še več: za uspešno delo ob malem kirurškem bolniku je nujno potrebna stalna izmenjava mnenj in izkušenj z radiologom, nevrologom, hematologom in še drugimi strokovnjaki s poglobljenim znanjem ter praktičnimi izkušnjami v patologiji otroške dobe. Vertikalna hierarhična povezava v teamskem delu čedalje

bolj prepušča prostor horizontalni izmenjavi mnenj. Naš klinični center v Ljubljani z obilo »ožjimi« specialisti in z bogato opremljeno tehnično bazo daje idealne možnosti za tako usmeritev. Tako tudi posamezni pediatrični oddelki v sklopu drugih klinik v klinični bolnišnici, ki razpolagajo danes s petstotimi bolniškimi



*Lastni operacijski blok je pomembna pridobitev oddelka za kirurgijo otroka*

posteljami za otroke in so vključeni v osnovno dejavnost matične klinike, nujno oplajajo strokovno rast osrednjega pediatričnega zavoda v republiki — pediatrične klinike, le-ta pa je žarišče za šolanje in strokovno povezavo pediatrov, ki delujejo na različnih klinikah.

Zlasti pri zdravljenju hudo prizadetih otrok, ki se zbirajo na t. i. enotah za intenzivno terapijo, je teamsko delo neogibno ne le med zdravniki, čedalje večjo težo pri obrambi življenja ima dodatno izurjena medicinska sestra, ki je kos zahtevni mašineriji v rabi za monitoring in reanimacijo bolnika, ki pa mora ob tem utrudljivem delu ohraniti toplo srce tudi za nezaveštnega otroka na respiratorju. Na splošno pretiran, za pomen »intenzivne terapije« ustrezen pa je dovtip že prej omenjenega kirurga P. P. Rickhama, da je »uspeh operativnega zdravljenja v 20 % odvisen od tehnike kirurga, 40 % od pravilne diagnoze in 40 % od dobre pooperativne nege malega bolnika«.

Čeprav v sklopu »otroške kirurgije« je enota za intenzivno terapijo in nego pediatričnega oddelka kirurških strok kliničnega centra v Ljubljani namenjena tudi »internističnim« malim bolnikom z drugih klinik oziroma iz porodnišnice, zlasti otrokom v respiratorni stiski. Na I. mednarodnem kongresu o intenzivni terapiji, ki je bila maja l. 1974 v Londonu, so postavili normativ, naj bo en tak center na približno 1—2 milijona prebivalcev, pač glede na urbanizacijo regije. Drobljenje sil je tudi na tem novem torišču pediatrije neustrezno, zlasti zaradi zapletene in drage opreme in večjega števila »ožjih« strokovnjakov iz različnih vej medicine, ki so soudeleženi pri tem zahtevnem delu.

V praksi so se tudi pri nas kmalu pojavili etični pomisleki: ali je »humano« umetno ohranjevati ali podaljševati življenje otroku, ki zaradi hude možganske okvare le še »vegetira«. Odgovoril nam je profesor Janez Milčinski: »Prav je, če ob nekih bolnikih pretehtamo njihove možnosti preživetja in ozdravitve in skladno s spoštovanjem njihovega življenja in njihove osebnosti sklenemo, da jim vegetativnega življenja ne bomo podaljševali.«

V programski zasnovi kliničnega centra v Ljubljani je zapisano, da je nova bolnišnica grajena za intenzivno terapijo in hitro obdelavo bolnikov. Med 1000 bolniškimi posteljami jih je bilo 80 določenih za otroke s »kirurškimi boleznimi«. Ali je to število pravšno, morda preskromno ali celo previsoko načrtovano? Ob tem vprašanju želim poudariti en sam, čeprav bistveni vidik za nakazani pomislek, da je namreč ležalna doba pri nas še vedno dejavnik, ki mu s človeškega ali s finančnega stališča posvečamo bore malo pozornosti. Veliko je napisanega o pojavu »hospitalizma« pri otrocih, ne le zaradi nevarnosti bolnišnične okužbe prizadetega organizma, temveč zaradi nenadne, zlasti pa daljše ločitve otroka od družine v tuje, sprva neprijazno bolnišnično okolje. Kaj pa smo pri nas v zadnjih letih ukrenili, da bi odločno in temeljito zmanjšali ležalno dobo na naših pediatričnih oddelkih, ali se zavestno borimo zoper vsak dan, ki ga kdo brez potrebe prebije v bolnišnici? Kolikokrat sprejmemo bolnika v bolnišnico na preiskave, ne da bi zanj vnaprej imeli določen program: kaj in kdaj in kje; ne upoštevamo vnaprej »praznega teka« ob sobotah, nedeljah in praznikih; premalo vključujemo v skupno obdelavo poliklinične ordinacije oziroma dispanzersko službo; pred odpustom premalo poznamo družinske in socialne razmere našega varovanca.

Tudi »tradicija« je tabu, ki določa ležalno dobo. Za primer navajam naše izkušnje z ležalno dobo le za dvoje kirurških bolezni, pri katerih smo iz leta v leto polagoma krčili ležalno dobo, ne da bi kakorkoli doživeli neprijetna presenečenja: tako smo pri dimeljski kili prišli na letno poprečje 3,2 dni, pri retenciji moda pa na 3,5 dni (poprečna ležalna doba v bolnišnicah v naši republici za te bolezni, za enako starostno skupino otrok od 0—9 let je tri- do štirikrat daljša, od najmanj 7,2 do največ 12,5 dni). Preprosto izračunanje pri letno približno 1500 hospitaliziranih otrocih s temi diagnozami pokaže, da je mogoče že v enem letu samo pri teh bolnikih fondom socialnega zavarovanja prihraniti skoraj pol milijarde starih dinarjev ob podatku, da je bil v letu 1973 bolniško-oskrbni dan na kirurških oddelkih v Sloveniji v poprečju 330 ND. Račun še pokaže, da bi morali imeti v kliničnem centru 11 bolniških postelj na oddelku več, če bi želeli sprejeti enako število otrok na operacijo kot doslej ob republiški poprečni ležalni dobi, kar pomeni pri današnji 50-milijonski investiciji za eno bolniško posteljo dodatne pol milijarde več.\* Čeprav ni mogoča ustrezna primerjava s kazuistikom na drugih kirurških nepediatričnih oddelkih v naši republici, le omenjam, da je poprečna ležalna doba na novem pediatričnem oddelku kirurških strok kliničnega centra v Ljubljani 5,7 dni.

Starši hospitaliziranih otrok so zelo ugodno sprejeli skrajšanje ležalne dobe: v anketi, ki je v teku in je doslej zajela nekaj več kot 200 družin, so odgovori zelo spodbudni za naše stališče, da naj bo otrok čimprej ponovno v domačem okolju. Le izjemoma smo morali zaradi neustreznih domačih razmer ali slabih prometnih zvez s kliniko hospitalizacijo podaljšati ali otroka premestiti v dečji dom. Nismo ugotovili ne splošnih, ne lokalnih komplikacij pri operirancu, ki bi prizadele naš postopek.

Še en organizacijski ukrep, menimo, bistveno prispeva k humanizaciji otrokove hospitalizacije v bolnišnici: možnost vsakodnevnega sožitja — zlasti matere z ma-

---

\* Analiza pomena skrajšane ležalne dobe za bolnega otroka je objavljena v XI. zborniku podiplomskih predavanj kirurške službe KC v Ljubljani.

lim bolnikom. Pri nas še niso dozorele okoliščine, da bi načrtovali tak otroški oddelek, ki bi praviloma omogočal sočasen sprejem otroka in matere (»rooming in«). Sprostitev obiskov — vendar le za najožje sorodnike — od zjutraj do zvečer, celo na enoti za intenzivno terapijo — je v dobro nas vseh: za prizadetega otroka,



*Omogočimo materi bolnega dojenčka, da pestuje otroka ob vsakem času*

za sprva prestrašene starše in tudi za medicinsko sestro, ki večkrat najde v materi uspešno oporo pri negi ter za prve stike z malim bolnikom. Strah, da bo oddelek »umazan« zaradi obiskov, je odveč, epidemiološko pa je dobro znano, da je zdravstveni delavec dokaj bolj pomemben vir hišnih okužb kakor obiskovalec s podeželja, kateremu pa marsikje prepovedujejo pestovanje otroka, če seveda nima »protekcije«. Ker so najožji sorodniki lahko vsak dan, dopoldne ali popoldne, na kliniki skupaj z malim bolnikom (celo več, saj jih k temu sami spodbujamo, zato smo v »hišnem redu« navedli, naj mati po sprejemu in higienizaciji spremlja otroka do njegove postelje ter naj počaka, da se mali bolnik umiri oziroma zaspi), ni pritiska ob konicah, ko so uradno dovoljeni obiski na drugih klinikah, ni pretresljivega joka, ko mati zapušča oddelek. Zdravnica, ki je prišla na specializacijo, se je spraševala, ali je res na pediatriji, ker ne sliši otroškega joka . . . Tudi stiki in sodelovanje med zdravnikom in starši — čeprav gre večkrat za hudo prizadete otroke, kot jih pač vidimo na otroški kirurgiji — so tako lahko bolj neposredni in bolj človeški: le-ti naj vsak dan vidijo naše delo, prizadevanja v dobro otroka. Še zanimiv podatek iz prej omenjene ankete na vprašanje »ali bi vas prizadelo, če bi bili pri otroku zraven ob manjšem posegu (npr. pri dajanju injekcij, pri zaba-danju intravenskih infuzij ipd.)«, se je v 73 % odgovor glasil: Ne. Mi očitno podcenjujemo razsodnost večine staršev!

Bivanje otrok v bolnišnicah na Slovenskem se je zadnja leta znatno posodobilo: vse manjša je razlika med »internističnimi« in drugimi pediatričnimi oddelki. Značilna za usmeritev naše zdravstvene politike je prav letošnja zadnja novogradnja v sklopu kliničnega centra, saj je namenjena potrebam otroka — kirurškega bolnika. Za naše delo pa so spodbudne besede akademika Bogdana Breclja: »Današnji obisk pediatričnega oddelka kirurških strok me je do kraja prepričal, da pomeni realizacijo najsodobnejšega koncepta na tem občutljivem področju naše medicine in odločen korak naprej v izgradnji in posodabljanju novega medicinskega centra.«