

Dětská centra – moderní forma komplexní péče o ohrožené děti

MUDr. František Schneiberg

Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK Praha

Autor představuje dětská centra nejen jako zařízení, ale jako moderní způsob komplexní interdisciplinární péče o ohrožené děti. Popisuje principy fungování těchto zařízení na základě zkušeností z činnosti sociálně pediatrických center ve Spolkové republice Německo. Uvádí možnosti a první zkušenosti z činnosti takových zařízení v České republice, kde vznikají na bázi bývalých kojeneckých ústavů a dětských domovů v rezortu zdravotnictví. Závěrem shrnuje představy o legislativním zakotvení těchto zařízení v našem systému péče o děti.

Klíčová slova: ohrožené dítě, dětské centrum, komplexní interdisciplinární péče.

Children's center – modern form of complex care for children in danger

Author characterizes children's center not only as health facilities but as the modern complex interdisciplinary care for children in danger. He describes experience gained in the social pediatrics center in Germany and explains the principles they are based on. The first experience from the similar center in the Czech Republic are also provided. At the end study author outlines proposal of children's center legislative framework in the CR. He also discusses their inclusion into the Czech child care.

Key words: child in danger, children's center, complex and interdisciplinary care.

Pediatr. praxi 2011; 12(2): 136–137

S rozvojem oboru sociální pediatrie se v tehdejších západních zemích na přelomu 60. a 70. let ukazovala stále naléhavěji potřeba vytvořit vlastní institut pro péči o děti ohrožené, postižené, u kterých mnohdy právě sociální složka zdraví dominovala celému problému a znemožňovala jejich optimální vývoj. Existující medicínská zařízení pro děti (dětská oddělení, kliniky, odborné ambulance) nebyla s to komplexní péči takovým dětem zabezpečit, zejména z důvodů personálních (převaha medicínského personálu – lékaři, sestry, nedostatek dalších odborných spolupracovníků – psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, různí terapeuti).

Proto zakládá prof. Hellbrügge počátkem 70. let v Mnichově první sociálně pediatrické centrum. Teoretickým východiskem mu byly poznatky vývojové psychologie, vývojové rehabilitace, ale i studie českých autorů (Matějček, Langmeier) o důležitosti rodiny pro dítě, a zejména pak práce o psychické deprivaci. Během dalších dvaceti let vybudoval v Mnichově moderní sociálně pediatrické centrum (Kinderzentrum München), poskytující vysoce odbornou specializovanou diagnostickou i terapeutickou péči dětem s postižením a dětem ohroženým ve svém vývoji různým způsobem.

Když se po roce 1989 otevřely hranice a mnozí z nás (včetně autora) mohli vyjet na stáže a studijní pobyty, existovalo v tehdejších západních Německu již kolem 100 sociálně pediatrických center, pod různými názvy a různé velikosti, od velkých zařízení, poskytujících skutečně špičkovou komplexní péči, včetně nejmo-

dernějších diagnostických i terapeutických technologií (Mnichov, Bonn, Mohuč aj.), až po malá ambulantní zařízení, poskytující jen část z komplexu nabídek (Garmisch-Partenkirchen, Bad Kreuznach aj.), v podstatě tzv. v terénu, blízko potřebným dětem a jejich rodinám. Některá sociálně pediatrická centra se věnují více dětem s postižením, jiná spíše dětem ze špatného sociálního prostředí, dětem zanedbávaným, týraným, zneužívaným, dětem z minoritních skupin apod.

Hlavním principem činnosti sociálně pediatrického centra je multioborová týmová spolupráce. Základním a koordinujícím článkem týmu je dětský lékař – sociální pediatri, dalšími členy jsou pedagog (speciální), psycholog a terapeut. Tyto čtyři obory jsou vždy zastoupeny v personálním klíči 1 : 1 : 1 : 2–3. Terapeutů je vždy více, protože se počítá s jejich činností během celého dne, tedy víceméně ve dvousměnném provozu. Zde právě zaujme pestrost a různorodost nabízených terapeutických možností (logopedie, fyzioterapie, ergoterapie, terapie hrou, arteterapie, muzikoterapie aj.).

Dalším principem činnosti je zavzetí rodiny do aktivní péče o dítě. Rodina přestává být objektem, stává se subjektem péče. V praxi to znamená, že na lůžkových odděleních sociálně pediatrických center dominuje vždy stanice pro rodiče s dětmi, na kterou jsou přijímány matky, popř. oba rodiče, dokonce i sourozenci ohroženého dítěte, a kde se zacvičují nejen v konkrétní metodice péče o dané dítě s postižením (např. Vojtova metoda reflexní lokomoce), ale zejmé-

na se učí žít s dítětem s postižením. To vychází z motto: „Dítěti s postižením se může dařit dobře, jen pokud se dobře daří jeho rodině.“ Proto také většina pracovníků sociálně pediatrických center má různé kvalifikace pro rodinnou terapii apod., proto také příslušní odborníci z centra jsou schopni vyjždět aktivně do rodin, v příslušné terapii zacvičovat a také kontrolovat rodinu v jejím bydlišti. To pak přináší plnou integraci dítěte do rodiny, což je pro něj výhodnější a přirozenější než jeho umístění do různých odborných stacionářů, ústavů a podobných zařízení.

Úkoly sociálně pediatrického centra spočívají především v co nejpresnější diferenciaci diagnostické rozvaze a stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte. Samozřejmostí je také zavedení terapie a trvalé poradenství potřebným rodinám. Ohroženým dětem poskytuje také ve spolupráci s příslušnými správními orgány sociálně právní ochranu. Pobyť dítěte s rodiči v zařízení zpravidla nepřesahuje délku 1 týdne. Pokud se jedná o přijetí dítěte samotného, například s podezřením na zanedbávání či týrání, pak vzhledem k závažnosti problému bývá délka pobytu delší.

Výhodou sociálně pediatrického centra je určitá centralizace péče. Rodiče nemusí se svým dítětem „obíhat“ různé ambulance (rehabilitační, psychologickou, pedagogickou poradnu apod.) a nacházejí vše „pod jednou střechou“. Výhodou je i komplexnost či multidisciplinarita takové péče díky již zmíněnému sociálně pediatrickému týmu. To umožňuje i určitou pružnost a rychlost péče. Při dobré koordinaci nejsou žádné čekací

doby a prodlevy mezi jednotlivými diagnostickými či terapeutickými úkony.

Sociálně pediatrická centra jsou primárně koncipována jako ambulantní zařízení. Jedno takové zařízení by mělo disponovat minimálně dvěma plně funkčními sociálně pediatrickými týmy, samozřejmě s možností či spíše nutností doplnění dalšími odbornými silami (např. sociální pracovník). Pokud má sociálně pediatrické centrum lůžkovou část, pak většina kapacity by měla umožňovat pobyt dítěte spolu s rodiči. Nedílnou součástí bývá i denní zařízení pro děti (mateřská školka integrovaná), kde dítě může trávit čas mezi návštěvami jednotlivých odborných ambulancí. V sociálně pediatrických centrech s lůžkovou částí by měly být dispozice i větší společenské prostory pro společné aktivity, určené přítomným rodičům či svépomocným skupinám.

Spolupráce s různými svépomocnými skupinami, občanskými sdruženími, jinými poradenskými zařízeními i praktickými lékaři pro děti či dalšími odborníky v terénu je dalším důležitým principem činnosti sociálně pediatrických center. V této spolupráci se mohou uskutečňovat různá preventivní opatření ve prospěch ohrožených dětí, zejména v oblasti sekundární a terciární prevence. Praktičtí lékaři pro děti, poradny rané péče, ale i orgány státní správy (zdravotní úřady, úřady pro péči o děti a mládež apod.) jsou nejčastějšími institucemi, které děti do sociálně pediatrických center odesílají, ať už pro upřesnění diagnózy, či za účelem návrhu terapie apod.

Idea sociálně pediatrických center byla samozřejmě známa i u nás. Teprve však otevřené možnosti po roce 1989 dovolily získat praktické zkušenosti a pokusit se využít poznatků i v našem systému péče o děti. Hned na počátku bylo patrné, že nebude možné budovat nějaká nová zařízení, ale, že se na rozdíl od Německa, kde sociálně pediatrická centra vznikla většinou na bázi rušených dětských oddělení, nabízí možnost transformace či reprofilizace stávajících zařízení typu kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let v rezortu zdravotnictví. Tato zařízení totiž nabízela ono odborné zázemí výše uvedeného sociálně pediatrického týmu, i když ne v ideálním personálním klíči a ve všech terapeutických odbornostech jako v Německu. Tomuto záměru bylo nakloněno i tehdejší vedení příslušného odboru Ministerstva zdravotnictví, a tak se po poměrně složitých jednáních podařilo již v roce 1990 otevřít takové centrum na bázi původního dětského domova pro děti do 3 let ve Znojmě.

Otázky transformace zdravotnictví, četné personální i systémové změny na Ministerstvu

zdravotnictví odsunuly však další realizaci systému dětských center (zcela úmyslně byl opuštěn pojem sociálně pediatrické centrum, aby nevznikl dojem sociálního zařízení patřícího do působnosti rezortu práce a sociálních věcí) na neurčito. Přesto v praxi vznikla některá další zařízení tohoto typu na bázi bývalých kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let (Veská u Pardubic, Jihlava, Zlín), ale i ambulantní zařízení spojující medicínskou, zejména rehabilitační péči o děti s postižením s péčí speciálně pedagogickou (Semily, Turnov).

Poněkud jiný vývoj pediatrie oproti Německu ve směru k diferencovaným specializacím (dětská neurologie, dětská kardiologie, dětská ortopedie apod.) nedává dětským centerům u nás možnost plnit úlohu špičkového pracoviště v jednotlivých odbornostech. Jádrem činnosti dětských center je naplňovat všechny sociální atributy zdraví, nemoci a vývoje dítěte. Pokud máme na mysli děti ohrožené, pak je cílem činnosti umožnit jim optimální vývoj v prostředí rodiny vlastní či náhradní, včetně začlenění mezi vrstevníky a integrace do vzdělávacího procesu a později do života společnosti.

Základem činnosti dětského centra musí i u nás být zmiňovaný sociálně pediatrický tým v co nejpříznivějším personálním klíči. Předpokládáme, že transformace stávajících kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let na dětská centra znamená především otevření se těchto zařízení navenek, rozšíření poskytování ambulantních služeb, vytvoření výjezdních týmů pro práci s dítětem a jeho rodinou přímo v rodině, přijímání matek či rodičů k zácvičce péči o dítě, přijímání matek s dítětem v nouzi, včetně možnosti tzv. diskretních porodů, rozšiřování všech různých terapeutických možností, poskytování permanentního poradenství rodinám, včetně přípravy žadatelů o náhradní rodinnou péči a jejich doprovázení po převzetí dítěte, včetně umožnění svépomocných aktivit rodičů a jiných sdružení.

Součástí dětského centra může být zařízení pro okamžitou pomoc, zařízení pro denní pobyt dětí (např. integrovaná mateřská škola) i klasický kojenecký ústav pro dočasný krátkodobý pobyt dětí, např. před umístěním do náhradní rodinné péče. Transformace také předpokládá vytvořit zařízení rodinného typu se stálým vychovatelem a stálou heterogenní skupinou sourozenců se zachováním biologických vazeb, bez rozdílu věku a pohlaví. Nedílnou součástí transformace je zajištění optimálního klíče po odbornou péči o dítě tak, aby jeden pečovatel neměl na starost více než 4 děti. Důležitá je i úloha dobrovolníků, kteří mohou tento klíč v bezprostřední denní péči ještě vylepšit až na ideální stav 1 pečovatel: 1 dítě.

Dětské centrum tedy není jen budova, ale především způsob práce. Tento způsob práce oslovil řadu kolegů a kolegyně – vedoucích pracovníků stávajících kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, kteří již transformaci svých zařízení v uvedeném duchu zahájili. Nejdále na této cestě se zdá být Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií existující od roku 2007 v Praze – Krči v dřívějším kojeneckém ústavu. Podobnou cestu nastoupili v letech 2008–2010 i v dětských domovech a kojeneckých ústavech v Brně, Ostravě, Opavě, Šumperku, Dvoře Králové nad Labem, Liberci.

Myšlenku dětských center podporuje i Ministerstvo zdravotnictví, která dostalo v legislativním plánu vlády v roce 2009 úkol připravit zákon o dětských centrech. Věcný záměr měl obsahovat definici dětského centra, včetně popisu jeho součástí a způsobu práce, nepodrobně personální obsazení a technické vybavení. Počítalo se s třístupňovým typem zařízení, III. typ (národní), II. typ (regionální) s definovanými povinnými součástmi a službami, I. typ (komunální) – jen některé součásti a služby, veden metodicky dětským centrem II. typu. Měla být dána povinnost krajům alespoň jedno zařízení II. typu v kraji mít. Ukládala se také povinnost, aby každé dítě detekované jako ohrožené takovým zařízením prošlo, např. pouze ke krátkodobému diagnostickému pobytu. Jde o to, aby se děti ohrožené neztrácely ze systému péče, což se bohužel děje (viz např. týraný chlapec v Kuřimi u Brna). V rámci zákona by mělo být také řešeno dosud nefungující vícezdrojové financování (příspěvky zřizovatele, zdravotní pojištění, úhrada zákonných zástupců dítěte atd.). Pád vlády v roce 2009 a politické turbulence předvolební i volební nedovolily tento záměr dokončit.

Současné vedení Ministerstva zdravotnictví předpokládá začlenění uvedených základních principů dětských center do chystaného zákona o zdravotních službách. Podrobné rozpracování způsobu práce by pak měla obsahovat příslušná prováděcí vyhláška.

Literatura

1. Dunovský J, a kol. Sociální pediatrie. Grada Publishing. Praha, 1999.
2. Schlack HG. Sozialpädiatrie. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart-Jena-New York, 1995.

MUDr. František Schneiberg

Ústav veřejného zdravotnictví
a medicínského práva 1. LF UK
Karlovo náměstí 40, 128 00 Praha 2
fschn@lf1.cuni.cz
