

Nastavení modelu spolupráce OSPOD a ústavních zařízení v rámci sjednocení služeb pro ohrožené děti a nastavení modelu omezení umístování dětí mladších 7 let do ústavní péče

Aktivita Systematické návštěvy ústavních zařízení

Projekt Podpora systémových změn v oblasti
služeb péče o ohrožené děti, mladé lidi
a rodiny v ČR

www.pravonadetstvi.cz



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



PRÁVO NA DĚTSTVÍ

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Obsah

Úvod	4
1. Vědecká a legislativní východiska	5
1.1 Instituce a institucionální kultura	5
Institucionální kultura	5
1.2 Vliv naplňování potřeb na vývoj dítěte	7
Naplňování potřeb má vliv na vývoj mozku dítěte.....	7
Přístup hlavního pečovatele v raném dětství ovlivní celkový vývoj dítěte, včetně jeho schopnosti budovat vztahy	8
Osoba pečovatele je pro dítě klíčová nejen v raném dětství, ale přispívá i ke zlepšení jeho vývoje v dalším období	8
Další vztahové osoby; kotvení, transgenerační přenos, identita	9
Péče o dítěte, jehož vývoj byl narušen je založena na důkazech a zohledňuje traumata, kterým bylo dítě v průběhu vývoje vystaveno	9
1.3 Administrativní rozdělení oblastí péče o děti žijící v ústavní péči a nutnost spolupráce mezi jednotlivými aktéry.....	10
1.4 Mapování potřeb dětí v ústavních zařízeních a jeho výstupy	12
Vztahy.....	12
Bezpečí	12
Zdraví.....	13
Učení se	13
Chování.....	14
Materiální zajištění	14
2. Současná podoba spolupráce ústavního zařízení a OSPOD	16
2.1 Přijetí dítěte a předávání informací.....	16
Současná praxe přijímání dětí do ústavních zařízení	16
2.2 Sdílení informací a plánování práce	17
Současná praxe individuálního plánování	17
Sdílení informací a společného postupu mezi OSPOD a ÚZ.....	18
2.3 Spolupráce (ÚZ, OSPOD a rodina)	19
2.4 Návrat do rodiny a budoucnost.....	20
3. Návrh modelu optimální spolupráce zařízení a orgánu SPOD při řešení situace dítěte	21
3.1 Proces umístění dítěte do ústavní péče by měl být zásadně odvozen z individuálního plánu ochrany dítěte (IPOD) a od postojů samotného dítěte	21
3.2 Návrh modelu optimální spolupráce zařízení a orgánu SPOD při řešení situace dítěte	22
Přípravná fáze.....	22
Fáze nástupu do ÚZ.....	23

Fáze pobytu v ÚZ	23
Fáze návratu do rodiny.....	25
Model optimální spolupráce zařízení a orgánu SPOD při řešení situace dítěte	26
.....	26
4. Nastavení modelu omezení umístování dětí mladších 7 let do ústavní péče	27
4.1 Potřeba zaměření kapacit na práci s rodinou.....	27
4.2 Relevantní aktéři systému ochrany ohrožených dětí a jejich spolupráce	28
Mateřská škola	29
Porodnice	30
Pediatr a zdravotní sestra.....	30
Raná péče	31
Rodinná, mateřská a komunitní centra	31
Dětské skupiny	32
Preventivní služby využívající dobrovolníky	32
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a programy na podporu rozvoje rodičovských kompetencí.....	32
Pro ukotvení preventivních služeb ve stávajícím systému SPOD a omezení umístování dětí mladších 7 let do ústavní péče je důležité:.....	33
4.3 Potřeba vhodně nastavené sítě služeb pro ohrožené rodiny a děti.....	34
Odstupňování forem služeb dle jejich dostupnosti a míry ohrožení dítěte	34
4.4 Možnosti transformace kapacit stávajících aktérů sítě služeb pro ohrožené děti.....	36
Terénní podpora rodiny	36
Ambulantní podpora rodin.....	37
Pobyťová podpora rodin	38
4.5 Nutnost efektivního a transparentního řízení pomoci dítěti a jeho rodině a rozdělení odpovědnosti.....	39

Úvod

Záměrem tohoto dokumentu je popsat možnosti spolupráce dvou důležitých aktérů systému péče o ohrožené děti. Do společné spolupráce mají být zapojeni jednak pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) a pracovníci zařízení ústavní péče, ve kterém je dítě umístěno, na jedné straně, a dítě a jeho rodina na straně druhé. Text proto obsahuje popis návrhů činností umožňujících spolupráci zapojených subjektů, jako je spolupráce při plánování činností a jejich koordinace, vzájemné předávání informací atd. Dále jsou v něm popsány obecné principy spolupráce vycházející ze současné legislativy a vědeckých poznatků. V neposlední řadě budeme vycházet i z výstupů projektu „Podpora systémových změn v oblasti služeb péče o ohrožené děti, mladé lidi a rodiny v ČR“, který se věnoval mapování naplňování potřeb dětí v ústavní výchově, stejně jako práci pracovníků OSPOD s dětmi umístěnými v ústavní péči a jejich rodinami.

V době konání aktivity bylo dle veřejně dostupných informací¹ v ČR 53 zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, 140 dětských domovů, 26 dětských domovů pro děti do 3 let, 27 dětských domovů se školou, 26 výchovných ústavů a 12 diagnostických ústavů. Ve 44 domovech pro osoby se zdravotním postižením pak kromě jejich dospělých obyvatel žily i děti. Dlouhodobě, tj. v horizontu posledního desetiletí, v těchto zařízeních pobývá každoročně přibližně 6173 dětí². Průměrně tak na jedno zařízení připadá více než 20 dětí.

Z uvedeného výčtu je zřejmé, že síť ústavních zařízení, ve kterých děti kratší či delší dobu žijí, je v ČR velmi hustá a nelze se tak divit, že je vzhledem ke své snadné dostupnosti také často využívána při řešení situace dítěte.

Z pohledu sociálně-právní ochrany dětí je třeba uvést, že umístěním dítěte do instituce nedochází k eliminaci jeho ohrožení. Naopak je v takovém případě nutné dítě i nadále posuzovat jako dítě ohrožené a úzká spolupráce pracovníků zařízení a pracovníků OSPOD se proto jeví jako nezbytná.

¹ Informace byly čerpány z oficiálních webových prezentací Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva zdravotnictví dostupných k 30. 6. 2020.

² Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2021, [online] <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>, 15.11.2022

1. Vědecká a legislativní východiska

1.1 Instituce a institucionální kultura

Pobyt a život člověka v různých institucích či ústavech je systematicky zkoumán přibližně od 60. let 20. století. Vztah odborníků, veřejnosti i politiků k ústavním zařízením se také vyvíjel ruku v ruce s diskusí akademiků a odborníků zejména z oblastí psychologie, sociologie, či filozofie. Za průkopnické v této oblasti jsou označovány zejména práce Ervinga Goffmana a Michaela Foucaulta³, nicméně nelze opomenout ani práce Maxe Webera, který se zabýval zákonitostmi chodu institucí. Z domácích teoretiků jsou pak nejznámější práce Zdeňka Matějčka, týkající se dopadů institucionalizace na raný vývoj dítěte. Ten ve svých výzkumech navázal na studie Bowlbyho⁴. Po rozsáhlém zkoumání dětí v kolektivních zařízeních (kromě dětských domovů se jednalo též o týdenní jesle) popsal **citovou deprivaci** a její souvislost s **nedostatečnou individuální péčí v kolektivních zařízeních**. Řada zahraničních i českých výzkumů již od šedesátých let opakovaně poukazuje na negativní dopady ústavní péče na vývoj dětí⁵. Na základě těchto výzkumů provedlo velké množství evropských zemí (Velká Británie 1978, Dánsko 1975, Itálie 2001, Slovensko 2003) transformaci systému péče o ohrožené děti – deinstitucionalizaci péče – tedy odklon od ústavní péče ve prospěch náhradní rodinné péče a poskytování podpory ohroženým rodinám, aby děti nemusely být z rodin vůbec odebírány. Česká republika schválila kroky k deinstitucionalizaci v Národní strategii ochrany práv dětí „Právo na dětství“ v roce 2012, byl přijat i Akční plán ustanovený k plnění této strategie. Plán však nebyl doposud naplněn.

Jak je patrné z výše uvedeného, závažnost zjištěných dopadů institucionalizace na člověka vedla k tomu, že na původní teoretická zkoumání začala postupně navazovat opatření států a nadnárodních institucí směřující k postupné *deinstitucionalizaci* péče o různé skupiny obyvatel, včetně dětí. Je proto postupně přistupováno k uspořádání jednotlivých systémů pomoci a péče o ohrožené skupiny obyvatel, kdy jsou upřednostňovány přístupy využívající pomoc a podporu v přirozeném prostředí osob, případně rezidenční služby komunitního typu.

Institucionální kultura

Evropská komise⁶ považuje institucionální kulturu za určující rys rezidenčních zařízení, ať už se jedná o zařízení pro děti, osoby s postižením či seniory. Opouští tak definici ústavních zařízení na základě jejich velikosti, která byla dříve užívána nejčastěji. K tomuto posunu dochází proto, že „není instituce definována jen svojí velikostí, což je pouze ukazatel zásadnějšího charakteru, který dělá službu, institucionální“. Objevuje se, že čím větší uspořádání, tím menší je šance zajistit individualizované, na potřeby zaměřené služby, a zároveň i účast na a zahrnutí do

³ Viz GOFFMAN, Erving. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. [s.l.]: Anchor Books, 1961. ; FOUCAULT, M. *Dohlížet a trestat. Kniha o zrodu vězení*. Praha : Dauphin, 2000. 427 s. [ISBN 80-86019-96-9](#)

⁴ Např. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss*. New York: Basic Books.

⁵ Viz Robertson, Bowlby 1952, 1957; Langmeier, Matějček 1963; Spitz, Wolfová 1964; Kolouchová 1990; Condon 1993.

⁶ Evropská komise, 2009. Zpráva Ad Hoc Expertní skupiny na Přechod od institucionální ke komunitní péči

společnosti. Na druhou stranu opak nemusí být nezbytně pravdou (tj. mohou existovat zařízení malého rozměru, ale výrazně institucionálního charakteru).“⁷

Na základě definice Evropské komise a dalších relevantních studií a zdrojů⁸ tak pod pojem institucionální kultura zahrnujeme tyto znaky zasahující do lidských práv, důstojnosti, kvality života a zdraví, autonomie a sociálního začlenění dětí:

- *Děti jsou izolovány od širší společnosti nebo jsou nucené žít dohromady v celcích odlišných od typického uspořádání rodiny (např. velká skupina dětí, které nepojí sourozenecká vazba, žijící v rámci jednoho zařízení; střídání většího počtu pracovníků u dětí atd.)*
- *Děti nemají dostatečnou kontrolu nad svými životy a rozhodnutími, která je ovlivňují, nebo je tato kontrola svým rozsahem a kvalitou nesrovnatelná s podmínkami jejich vrstevníků žijících v rodinném prostředí (např. univerzální pravidla platná v zařízení po léta určovaná vedením instituce, či úzkým okruhem jeho pracovníků)*
- *Požadavky samotné instituce mají přednost před individuálními potřebami dětí (např. dítě nemůže navštěvovat školu dle svých preferencí, ale je přeřazeno na školu v blízkosti instituce)*
- *Děti nemají k dispozici stálou pečující osobu, péči o dítě zajišťuje několik profesionálů střídajících se v pravidelných intervalech zpravidla nepřesahujících 12 hodin. Sociální status profesionálního pečovatele a dítěte je odlišný (např. dítě musí vykat svým vychovatelům)*
- *Přizpůsobení se podmínkám instituce se projevuje pasivním chováním spoléhajícím se na rutinu a pravidla instituce; specifické, individuální či výstřední chování je často pokládáno za nežádoucí, nebo patologizováno (např. přiřazením diagnózy, či kategorizací chování typu zlobí/nezlobí aj.). Toto přizpůsobivé „institucionalizované“ chování se objevuje jak u dětí, tak u personálu zařízení (např. personál zcela přejímá kulturu a optiku instituce, při řešení neočekávaných situací se plně spoléhá na pravidla zařízení, pokud do nich situace nezapadá, neumí situaci řešit atd.).*

Míra institucionální kultury se pak negativně odráží v možnostech skutečně individualizovaného naplňování potřeb dětí v zařízení. Je při tom důležité zdůraznit, že u dětí právě individuální přístup hraje důležitou roli v rozvoji jejich identity, protože v nich upevňuje vědomí vlastní jedinečnosti a má také zásadní vliv na způsob, jakým se dítě naučí vytvářet a udržovat mezilidské vztahy (viz následující kapitolu).

Na základě identifikace znaků institucionální kultury a jejich intenzity pak lze posuzovat míru vlivu institucionální kultury na naplňování potřeb dětí na škále od mírného vlivu téměř

⁷ Evropská komise, 2009. Zpráva Ad Hoc Expertní skupiny na Přechod od institucionální ke komunitní péči, str. 7

⁸Např. King, R. D., Raynes, N. V. and Tizard, J. (1971) Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children. London: Routledge and Kegan Paul;

Goffman, E. (1968) Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates.

Harmondsworth: Penguin; Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., and Beecham J. (2007) Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury:

Tizard Centre, University of Kent; United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children (2006)

The World Report on Violence against Children, p. 189; Ward, H., Holmes, L. a Soper, J. (2008) Costs and Consequences of Placing Children in Care. London

odpovídajícímu rodinnému prostředí až po vliv na úrovni tzv. totální instituce, jak ji popisuje E. Goffman⁹.

1.2 Vliv naplňování potřeb na vývoj dítěte

Vývoj dítěte je komplexní proces, během kterého se dítě vyvíjí jak tělesně, tak i psychosociálně. Jak dítě prochází vývojem, nabývají postupně důležitosti různé aspekty jeho života a mění se postupně jeho role i role osob, které zajišťují péči a výchovu dítěte. V různých etapách svého vývoje má dítě různé vývojové „úkoly“ jejichž naplněním se postupně formuje osobnost dítěte, jeho identita. Na základě výzkumu¹⁰ zejména v oblasti vývojové neurovědy dále popisujeme aspekty, které jsou nezbytné pro zdravý rozvoj dítěte, a které by proto měly být zajištěny bez ohledu na to, zda dítě vyrůstá v prostředí rodiny, či instituce. Domníváme se, že jedním z předpokladů dobré praxe je i to, že je tato praxe postavena na jasných důkazech. Z tohoto důvodu se v této části textu opíráme o zjištění z oblasti neurověd, které standardně podpírají své výzkumy „tvrdými“ daty a jejich výsledky proto lze považovat za těžko zpochybnitelné.

Vzhledem k tomu, že cílem umístění dětí do zařízení je potřeba naplnění potřeb dětí, které byly z důvodu dlouhodobého intenzivního ohrožení odděleny od rodičů, předpokládáme, že se bude jednat o děti, jejichž vývoj byl v určité fázi jejich života narušen, a je proto tento fakt potřeba zohlednit při péči o ně.

Naplňování potřeb má vliv na vývoj mozku dítěte

Zdravému vývoji dítěte i vzniku traumatu porozumíme za předpokladu, že se nám podaří (alespoň zjednodušeně) porozumět organizaci a vývoji lidského mozku a tomu, jak mozek zprostředkuje reakce dítěte na ohrožení.¹¹ Před narozením a během prvních dvou let života probíhá výjimečně rychlý a intenzivní vývoj mozku. V prvním roce se zdvojnásobí velikost šedé kůry mozkové a dětský mozek dosáhne 80 % velikosti dospělého mozku.¹² V raném období je mozek nejcitlivější a nejplastičtější. Tehdy dochází k organizaci nižších mozkových struktur. Vstupní informace z nižších struktur pak ovlivňuje organizaci vyšších mozkových struktur. Získá-li v této době mozek optimální zkušenosti, může těžit ze svého vrozeného potenciálu, resp. jeho interakce s nově nabytými zkušenostmi.¹³ V opačném případě (zanedbávání, trauma) lze očekávat narušení organizace vyšších struktur mozku, a tedy narušení zdravého

⁹ Goffman, E. (1968) *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin;

¹⁰ V textu vycházíme především ze souhrnné a dostupné publikace Buriánová, V. *Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2017.

¹¹ Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L. and Vigilante, D. (1995), Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Ment. Health J.*, 16: 271-291.

¹² Winnette, P. (2018) *Co to je attachment?* [ebook]. Praha: Natama Publishing. Retrieved from: www.natama.cz. s.13

¹³ BURIÁNOVÁ, Veronika. *Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte* [online]. Praha: STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek, 2017., s. 29

vývoje mozku dítěte.¹⁴ Ve vývoji mozku u traumatizovaných dětí byly prokázány konkrétní odlišnosti: abnormality ve velikosti mozku a vývoji šedé mozkové kůry či narušení strukturální integrity bílé hmoty mozkové¹⁵.

Přístup hlavního pečovatele v raném dětství ovlivní celkový vývoj dítěte, včetně jeho schopnosti budovat vztahy

Za vytvoření prostředí, kde dítě získá optimální zkušenosti je zodpovědný jeho primární pečovatel. Před narozením je jím matka dítěte, stejně tak jím zůstává ve většině případů i v prvních měsících a letech jeho života. Každé dítě se ze sebezáchovných důvodů rodí s tendencí vyhledávat blízkost matky jako zdroje zázemí a bezpečí. Mezi dítětem a matkou či jinou primární pečující osobou tak vzniká vazba (**attachment**), která je aktivována a tvarována prostředím a tím, jak rodičovská postava reaguje na dítě a jeho potřeby. Na základě zkušeností s reakcí hlavního pečovatele na zabezpečení svých potřeb (jak se zachová a zda v jeho přítomnosti bude bezpečno) si dítě utváří „naučené“ způsoby chování.¹⁶ Attachmentová vazba se vyvine u konkrétního dítěte v závislosti na jeho dlouhodobých interakcích s matkou ve věku asi od šesti měsíců do dvou až tří let. Přitom je potřeba se dívat na výslednou vazbu a chování dítěte jako na souhrn více činitelů (vrozených programů a vlastností včetně temperamentu, průběhu těhotenství, průběhu porodu a raného dětství s obrovským významem péče matky nebo primárního pečovatele).¹⁷ Rané spojení dítěte s matkou a jejich vzájemný vztah jsou stěžejně důležité pro sociální i kognitivní vývoj dítěte.¹⁸

Osoba pečovatele je pro dítě klíčová nejen v raném dětství, ale přispívá i ke zlepšení jeho vývoje v dalším období

Pokud byl raný vývoj dítěte narušen ať už z důvodu nedostatečných funkcí rodiny dítěte či z důvodu jeho umístění do institucionální péče, je třeba v jeho dalším životě brát tento fakt v potaz a přizpůsobit podle něj přístup osob pečujících o dítě. Citlivá a na potřeby dítěte naladěná osoba je základním předpokladem zdravého vývoje každého dítěte (včetně dětí s náročnými projevy v chování). U dětí, které prožily neradostné rané dětství, pak citlivý přístup přispívá ke zmírnění traumatických symptomů¹⁹

Děti pahnou po péči rodiče či alespoň stálé osoby, která jim bude věnovat pozornost a vnímat jejich jedinečnost, přičemž toto intuitivní přání dítěte je dáno evolučně. I když je péče v instituci vynikající, stejně zde děti vyrůstají v nepřírozené situaci, protože evolučně očekávaná individuální péče rodiče nebo pečovatele chybí. To může mít závažné důsledky pro

¹⁴ BURIÁNOVÁ, Veronika. *Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte* [online]. Praha: STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek, 2017., s. 39

¹⁵ BURIÁNOVÁ, Veronika. *Vybrané výzkumy a poznatky o vlivu rané institucionální výchovy na vývoj dítěte* [online]. Praha: STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek, 2017., s. 43

¹⁶ Winnette, P. (2018) *Co to je attachment?* [ebook]. Praha: Natama Publishing. Retrieved from: www.natama.cz. s. 8

¹⁷ Winnette, P. (2018) *Co to je attachment?* [ebook]. Praha: Natama Publishing. Retrieved from: www.natama.cz. s. 16

¹⁸ Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books.*

¹⁹ Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L. and Vigilante, D. (1995), Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Ment. Health J.*, 16: 271-291.

jejich psychosociální vývoj. Je proto potřeba, aby byl pobyt dítěte v instituci časově omezený a vždy směřoval k jeho dlouhodobému umístění do rodinného prostředí, ať už do původní rodiny dítěte, nebo do jiné formy náhradní rodinné péče.²⁰

Další vztahové osoby; kotvení, transgenerační přenos, identita

Postupně se dítě váže i na další osoby, mezi kterými se pohybuje a interaguje s nimi: na otce, sourozence, prarodiče a další příbuzné, učitele, trenéry, přátele a důvěrníky. Od nich se dítě učí činnostem, postojům a sociálnímu chování. Tito lidé se mu stávají vzory, jejich jednání předlohou. Tento proces se nazývá kotvením a kotvící autoritou se dítěti může samozřejmě stát i hlavní pečovatel z raného dětství. V průběhu kotvení se v mozku kojenců, hlavně pak u batolat a rostoucích dětí vytvářejí emoční a kognitivní reprezentace kotvících osob i sebe samotných. Tím, že se v mentálních strukturách utváří reprezentace druhých a sebe, začíná proces vymezování identity dítěte.²¹ Jde o učení vzorem, které jako jediné umožňuje přenos generačně kumulované zkušenosti, a to v oblasti technologických a sociálních dovedností. Hovoříme zde o generačně sdílené zkušenosti. K přenosu generačně sdílené zkušenosti dochází také v případě negativních, či zcela chybějících zkušeností a kompetencí. Podobně může docházet i k přenosu traumatu napříč generacemi. Jedná se o situaci, kdy v rámci rodiny dochází skrze sociální učení k přenosu vzorců chování pramenících z traumatu přes generace, od pečující osoby na dítě.

Péče o dítěte, jehož vývoj byl narušen je založena na důkazech a zohledňuje traumata, kterým bylo dítě v průběhu vývoje vystaveno

Poznatky z oblasti neurověd umožňují v případě traumatizovaných dětí lépe nastavit terapeutické intervence. Na vývoj těchto dětí má rovněž pozitivní vliv zdravé vztahové prostředí, ve kterém žijí.

V oblasti terapeutické intervence nacházejí poznatky neurověd uplatnění např. v psychoterapii zaměřené na poruchy attachmentu²² či v neurosekvencním modelu terapie²³ Opomenout však nelze ani dostupnost citlivého pečovatele, jehož přístup přispívá ke zmírnění traumatických symptomů. V tomto kontextu lze zmínit např. terapeutické rodičovství/vychovatelství, či model péče v rezidenčních službách „The Sanctuary Model“, který je postavený na principech trauma-sensitivní, demokratické, nenásilné kultury. Studie²⁴ prokázala, že tento systém díky své otevřené kultuře lépe odpovídá na nároky mladých lidí s traumatickou minulostí, než tradiční zařízení postavená na striktním režimu a rutině.

²⁰ Z výkladu ústavního soudu ČR při tom vyplývá, že žádnou rezidenční službu pro děti nelze považovat za formu náhradní rodinné péče. Viz níže právní východiska.

²¹ Adámek, M. Neuropedagogika, Univerzita Pardubice, 2014. s. 224.

²² Siegel, D. J. (2012). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are (2nd ed.). The Guilford Press.

²³ Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L. and Vigilante, D. (1995), Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Ment. Health J.*, 16: 271-291.


²⁴ Bloom, Sandra: The Sanctuary Model: A Trauma-Informed Systems Approach to the Residential Treatment of Children, *Residential Group Care Quarterly: Child Welfare League of America*, 2003, 4

1.3 Administrativní rozdělení oblastí péče o děti žijící v ústavní péči a nutnost spolupráce mezi jednotlivými aktéry

Práce s dětmi v ústavní péči je komplikována zejména mezirezortní roztržitostí. Ta je patrná např. v nejasném rozdělení kompetencí, kdy za současných podmínek dochází k „přesouvání“ dítěte mezi jednotlivými systémy²⁵

- Koordinované poskytování podpory dítěti a rodině není vzhledem k odlišným cílům a resortním právním úpravám funkční, např. dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen ZSPOD), je situace dítěte ohroženého dle § 6 podrobena strukturovanému vyhodnocení a ve spolupráci s dítětem a rodinou je vypracován individuální plán ochrany dítěte. Pokud je jako jedno z opatření uvedena též ústavní nebo ochranná výchova, musí být jasně specifikován cíl tohoto opatření, termín jeho naplnění a indikátor ověření naplnění. V ústavním zařízení je oproti tomu dítěti v souladu s § 5 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních (dále jen ZÚV), vytvořen tzv. plán rozvoje osobnosti dítěte. Zkušenosti pracovníků MPSV vypovídají o tom, že tyto plány rozdílných orgánů spolu často vůbec nesouvisejí, přestože oba by měly reagovat na aktuální potřeby stejného dítěte.
- Obecní úřad obce s rozšířenou působností má (dle ZSPOD) za úkol mimo jiné sledovat, zda nejsou v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy nebo ZDVOP porušována základní dětská práva; sleduje zejména rozvoj duševních a tělesných schopností dětí, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení, zjišťuje, jak se vyvíjejí vztahy mezi dětmi a jejich rodiči. Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ukládá ústavu povinnost spolupracovat s pracovníkem OSPOD (umožnit návštěvu dítěte apod.), zároveň některé tyto úkoly dává jinému pracovníkovi ústavu, např. vyhláškou č. 438/2006 Sb. § 5 ukládá pracovníkovi DD zpracovat program rozvoje osobnosti dítěte a dále seznámit dítě s jeho právy a povinnostmi.
- Podpora dítěte pobývajících v ústavním zařízení, včetně jeho podpory v přípravě na osamostatnění ze strany OSPOD (dle prováděcí vyhlášky č. 473/2012 Sb. k zákonu o SPOD), je omezena věkovou hranicí 18 let dítěte, přestože dítě může v ústavním zařízení pobývat i nadále.
- Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je umožněno umístit děti se zdravotním postižením do domova pro osoby se zdravotním postižením na základě dohody se zákonným zástupcem, a to i opakovaně. Tyto děti často nejsou v některých případech zaznamenány v evidenci OSPOD, přestože se jedná o zákonnou povinnost poskytovatele sociálních služeb, a tyto děti jsou za ohrožené považovány též (viz § 6 ZSPOD). Není tedy zaručena ochrana dítěte, jeho zákonné zastoupení v případě porušení jeho práv, či systematická práce s rodinou dítěte, případně přehodnocení situace dítěte a její

²⁵ Institut projektového řízení. Analýza inovativních služeb pro rodiny a děti v ČR. MPSV, 2019.



alternativní řešení. Je třeba zdůraznit, že se jedná o obzvlášť zranitelnou skupinu osob, protože tyto děti zpravidla nejsou schopny sami hájit svoje práva.

1.4 Mapování potřeb dětí v ústavních zařízeních a jeho výstupy

Mezi roky 2019-2022 proběhla v rámci projektu MPSV „**Podpora systémových změn v oblasti služeb péče o ohrožené děti, mladé lidi a rodiny v ČR**“ aktivita systematických návštěv ústavních zařízení, jejímž cílem bylo důkladné **zmapování a popis naplňování potřeb dětí umístěných v ústavních zařízeních**. Toto mapování má sloužit ke zkvalitnění práce pracovníků OSPOD s dětmi oddělenými od rodiny a umístěnými v ústavní péči a k lepšímu pochopení, jak by měl být nástroj ústavní péče využíván obecně. Informace z tohoto mapování jsou zároveň podstatné pro případná doporučení v rámci plánování sítí služeb pro ohrožené rodiny a děti na celostátní i lokální úrovni.

Na základě šetření provedeného pracovníky MPSV a spolupráce s profesionály v oblasti pobytových služeb pro děti bylo stanoveno 6 hlavních oblastí potřeb společně s nástinem znaků naplňování daných potřeb.

Vztahy

Potřeba rozumět vztahům k blízkým osobám, potřeba stabilních a bezpečných vazeb, vrstevnických vztahů, pozitivního vztahu k sobě samému, žít v bezpečném vztahu k sobě, k rodině a komunitě, být přijímán.

Jako pozitivní znaky naplňování potřeby sledujeme situace, kdy:

- je v maximální možné míře podporován kontakt s biologickou rodinou dítěte a jeho původní komunitou (nebrání-li tomu závažné okolnosti stanovené soudem nebo na základě vyhodnocení OSPOD);
- ústavní zařízení sledává podporu kontaktu jako jeden ze zásadních prvků hodných podpory pro dosažení případného návratu dítěte zpět do rodiny;
- je kladen důraz na bezpečné soužití dětí v rámci ústavního zařízení;
- děti mají v rámci zařízení osobu, které důvěřují;
- jsou podporovány a udržovány vztahy mezi sourozenci v zařízení;
- je podporován vztah dítěte k sobě samému;
- identita dítěte není postavena na přináležitosti k ústavnímu zařízení;
- dítě se cítí být součástí komunity v místě ústavního zařízení.

Bezpečí

Potřeba bezpečného prostředí (prostředí rodiny i komunity), subjektivního pocitu bezpečí, životní stability, srozumitelnosti okolního světa, rozvoje kompetencí k rozpoznání nebezpečí apod. Žít v bezpečí a stabilitě.

Jako pozitivní znaky naplňování potřeby sledujeme situace, kdy:

- dítě se cítí v zařízení bezpečně (ve vztahu k ostatním dětem, vedení ústavu, k pracovníkům);
- v zařízení se nevyskytují situace ohrožující důstojnost dítěte;
- s dítětem se v maximální možné míře, přiměřeně jeho věku a rozumovým schopnostem, pracuje na tom, aby rozumělo důvodům svého umístění mimo biologickou rodinu;
- dítě je srozuměno se svými právy ohledně umístění v ústavním zařízení (např. týkajícími se návštěv rodiny, možnosti stížností, volných vycházek, kapesného apod.);

- s dítětem se v maximální možné míře, přiměřeně jeho věku a rozumovým schopnostem, pracuje na tom, aby rozumělo tomu, kdy a za jakých podmínek bude moci opustit ústavní zařízení;
- dítě dostává podporu na základě svých individuálních potřeb (s dítětem se pracuje na základě podrobného zjištění jeho potřeb zachycených v PROD a IPOD, na čemž dítě participuje);
- dítě ví, se kterými odborníky v zařízení může v případě potřeby mluvit a k čemu je kontakt s nimi dobrý;
- dítě má dostatek intimního životního prostoru (soukromí).

Zdraví

Potřeba celkové duševní a tělesné pohody, dobrá péče o zdravotní stav dítěte, vztah k vlastnímu zdraví, podmínky pro zdravý vývoj apod. Vyrůstat v celkové tělesné a duševní pohodě.

Jako pozitivní v rámci našich šetření tak shledáváme situace, kdy:

- dítě má podporu při zvládání duševní nepohody (smutek, úzkost, strach, stesk, sebepoškozování);
- dítě s psychickými potížemi má dostupnou podporu odpovídající míře a závažnosti jeho obtíží;
- dítě není trestáno za projevy duševní nepohody (sebepoškozování, hyperaktivita apod.);
- dítě se zdravotními potížemi má dostupnou podporu odpovídající míře a závažnosti jeho obtíží;
- dítě s tělesným postižením je podporováno při naplňování svých potřeb a může se co nejvíce běžným způsobem zapojovat do dění ve svém okolí srovnatelně s jeho vrstevníky;
- dítě prožívá možnosti fyzické aktivity v zařízení jako pro něj dostatečné;
- dítě má představu o svém zdravotním stavu, zná svá případná omezení a způsoby jejich kompenzace (medikace, pomůcky apod.);
- dítě má představu o smyslu zdravotní prevence.

Učení se

Potřeba poznávání okolního světa, porozumění událostem, nabývání zkušeností, motivace k učení a poznávání, rozvoj zvědavosti a sebepoznání apod. Rozvíjet svůj potenciál, mít radost z poznávání a učení.

Jako pozitivní shledáváme situace, kdy:

- jsou praktické dovednosti dětem předávány individuálně s ohledem na jejich možnosti a situaci (např. sebeobsluha, nakládání s vlastními věcmi, odpovědnost, příprava jídla, úklid);
- dítě se v co největší možné míře účastní aktivit mimo zařízení;
- specifické potřeby dětí nejsou na překážku rozvoji jejich vzdělávacího procesu;
- děti jsou vzdělávány v přirozených vrstevnických skupinách, nejsou segregovány do speciálních škol, nebo tříd;
- u těžce postižených dětí je patrná snaha o naplnění jejich vzdělávacího potenciálu, i když omezení jsou zjevná (využití metod alternativní komunikace, individuální výuka atd.); nad dítětem není „zlomena hůl“;

- dítě má adekvátní podmínky pro svůj rozvoj v rámci vzdělávání a volnočasových aktivit i mimo zařízení.

Chování

Potřeba poznávat hranice, učit se normám, rozumět vlastnímu chování, mít respekt k ostatním apod. Vyrůstat v rámci bezpečných hranic, učit se respektu k sobě i ostatním.

Jako pozitivní sledujeme situace, kdy:

- dítě je včas informováno o změnách a novinkách v zařízení;
- dítě se cítí být slyšeno, vnímá, že může ovlivnit rozhodnutí, která se ho týkají;
- dítě zná pravidla v zařízení, rozumí jejich smyslu a může se podílet na jejich tvorbě a aktualizaci;
- dítě zná důsledky plynoucí z nedodržení pravidel a může se podílet na jejich stanovování a naplňování;
- výchovná opatření a tresty jsou využívány přiměřeně závažnosti porušení pravidel a dítě je nevnímá jako ponižující;
- dítě rozumí tomu, proč bylo omezeno na svých právech opatřeními ve výchově;
- dítě je bezprostředně po uložení opatření ve výchově informováno, jakým způsobem a komu si může na postup ředitele stěžovat;
- systémy hodnocení (body, smajlíky, večerní hodnocení v rodinné skupině apod.) jsou srozumitelné a přiměřené;
- pravidla zařízení zohledňují individuální potřeby dětí, včetně individuálních zvyklostí a rituálů;
- zařízení pracuje s návyky dítěte z rodiny, případně předchozích pobytů (zohledňuje například „usínací“ rituál dítěte, oblíbené věci a hry, sport a hobby, stravovací návyky);
- rizikové návyky (kouření, nezdravá strava atd.) jsou měněny citlivým způsobem;
- vycházky a pobyt mimo zařízení tráví dítě dle svých preferencí;
- dítě se cítí svobodné ve volbě svého životního stylu s ohledem na druh a množství pohybových aktivit, způsobu stravování, trávení volného času, oblékání, sexuálního života atd.;
- dítě vnímá samo sebe jako osobu odpovědnou za svůj život a nese za své rozhodnutí přiměřenou odpovědnost;
- pracovníci zařízení umějí uvést konkrétní příklady pozitivní motivace dítěte.

Materiální zajištění

Potřeba zajištění základních životních potřeb tak, aby byl umožněn zdravý vývoj dítěte, přiměřená výživa, odpovídající vybavení včetně školních nebo zdravotních pomůcek apod. Být spokojený, nemít hlad, mít dobré zázemí.

Jako pozitivní sledujeme situace, kdy:

- dítě žije v důstojných podmínkách;
- zařízení zajišťuje dítěti co nejpřirozenější prostředí;
- pokoje, či byty dětí jsou dostatečně zařízené a stav vybavení je v dostatečné kvalitě (např. děti mají svůj psací stůl, židli, skříň, uzamykatelnou skříňku apod.);
- děti mají možnost ovlivnit výzdobu a vybavení pokoje;

- zařízení a pokoje dětí jsou vybavené potřebnými kompenzačními pomůckami pro děti s postižením, které děti umí ovládat;
- dítě disponuje osobními finančními prostředky (kapesné);
- dítě má vlastní majetek (věci, které dítě vlastní nejsou všechny majetkem ústavního zařízení);
- dítě má možnost získat nové věci (ošacení, hračky apod.) v přiměřené kvalitě a množství, aby to neohrožovalo jeho důstojnost;
- stravování probíhá v dostatečné kvantitě a kvalitě;
- ve stravování jsou respektovány individuální potřeby dítěte (např. i individuální volba dítěte);
- děti se podílí na vlastní přípravě jídla;
- děti se dostanou k jídlu i mimo režim (vymezený čas pro jídlo).

Ze stanovených potřeb pak vyplývají oblasti, na kterých mají pracovníci OSPOD a ústavní péče spolupracovat tak, aby se dané potřeby dařilo naplňovat.

2. Současná podoba spolupráce ústavního zařízení a OSPOD

2.1 Přijetí dítěte a předávání informací

Umístění dítěte do pobytového zařízení je velmi závažným zásahem do jeho života. Jedná se o situaci, která významným způsobem mění dosavadní náhled na potřeby dítěte a je nutné, aby OSPOD k návrhu opatření pobytové péče přistupoval výhradně ve chvíli, kdy není možné danou situaci řešit jiným způsobem (péče širší rodiny, pěstounská péče na přechodnou dobu, svěřenectví, pěstounská péče apod.). Úkolem pracovníce OSPOD je před umístěním dítěte důkladně zvážit a vyhodnotit rizika, která dítě ohrožují a mají vliv na to, že nedochází k adekvátnímu uspokojování jeho potřeb v prostředí, ve kterém se nachází. Po umístění dítěte do pobytového zařízení je nezbytné, aby sociální pracovníce i nadále vyhodnocovaly situaci a potřeby dítěte, jelikož se jedná o dočasné opatření, vázané na situaci, kdy nebylo možné v danou chvíli ošetřit potřeby dítěte jiným způsobem.

Jakákoliv výrazná změna v životě dítěte vyžaduje jeho adekvátní přípravu. Každé dítě má právo vědět, co se kolem něj děje a z jakého důvodu. V akutních případech, kdy je nutné na situaci reagovat bezodkladně, nesmí být informování a příprava dítěte opomenuta. Také ve chvíli, kdy dochází k přemístění dítěte z jednoho zařízení do jiného, stále platí, že informace a příprava dítěte hraje velkou roli. Podoba a rozsah přípravy se odvíjí od právního titulu na základě kterého je dítě z rodiny odebíráno. Ve chvíli, kdy se dítě dostane do péče pobytového zařízení, je nutné i nadále zachovávat perspektivu sledování jeho potřeb. Přestože již dítě není v péči rodičů, případně jiných osob, je nutné i nadále nepřestat sledovat jejich kapacitu a možnosti jejich podpory s cílem posílení jejich kompetencí.

Současná praxe přijímání dětí do ústavních zařízení

Zjištění z návštěv ústavních zařízení (dále jen ÚZ) napříč ČR ukázala, že stále nejsou výjimkou případy, kdy jsou děti odebírány z rodin bez předchozí přípravy či potřebných informací. Tyto informace byly sděleny pracovníkům MPSV během návštěv ÚZ opakovaně přímo od dětí. Jen některá zařízení usnadňují dítěti přechod z rodiny poskytnutím srozumitelných a graficky přehledných informací o životě v zařízení.

Velmi důležitá je také forma, jakou jsou důvody odebrání dětí z rodiny komunikovány zpětně. S tématem odchodu z rodiny a životním příběhem dítěte se pracuje v zařízeních pouze ojedinele, někdy i proto, že samo zařízení má málo informací. Velmi často se v ÚZ vyčkává, než se dítě začne o téma důvodů odebrání zajímat samo. Příčiny svého umístění většinou znají starší děti, je ale výjimečné, aby o objektivních důvodech věděly i menší děti, někdy důvody znají, ale nerozumí jim. Ve většině zaznamenaných případů se děti o bližších důvodech dovídají až ve chvíli, kdy se o ně začnou aktivně zajímat samy. V některých případech děti vnímaly informace od OSPOD či od personálu zařízení jako nedostatečné, příp. „neupřímné“, v některých případech i jako nepravdivé. Důvody umístění dětí do zařízení zná personál ve většině případů, zároveň však některým vychovatelům a sociálnímu pracovníkovi tyto

informace chybí a je pro ně obtížné vést o důvodech s dětmi rozhovor. Pouze malá část zařízení má při přijímání dítěte do zařízení připravené nástroje (materiály s obrázky, piktogramy), které by dítěti přiblížily, co ho v zařízení čeká tak, aby všemu rozumělo.

V jednotlivých případech se pracovní tým MPSV setkal s tím, že děti (i ty, které jsou v zařízeních již od předškolního/mladšího školního věku) vidí jako důvod svého umístění mimo rodinu vlastní selhání, i přestože pracovníci sami zdůrazňují nefunkčnost rodiny. Děti uvádějí, že jim pracovníci zařízení nepomáhají porozumět důvodům odloučení od rodiny.

Terapeutická práce je v tomto směru realizována v zařízeních spíše výjimečně, a to především u dospívajících dětí a většinou pouze v těch zařízeních, kde je k dispozici kvalifikovaný personál (psycholog, terapeut). S životním příběhem dětí se pracuje průběžně v terapeutickém rámci jen výjimečně a pouze v malém zlomku zařízení.

2.2 Sdílení informací a plánování práce

Po přijetí dítěte do zařízení se aktuálním pečovatelem dítěte stává konkrétní zařízení a jeho pracovníci (dle typu zařízení se názvy pozic mohou lišit, těmito pracovníky mohou být např. kmenový vychovatel, vychovatel, klíčový pracovník dítěte), proto je nezbytné se zaměřovat i na možnosti naplňování potřeb dítěte ze strany pobytového zařízení, ve kterém se dítě nachází. Situace dítěte, které vyrůstá v zařízení pobytové péče je velmi specifická a reakce na potřeby dítěte ze strany zařízení a jeho pracovníků (přímých pečovatelů) je často limitována s ohledem na možnosti konkrétního pracoviště. Zároveň je velmi důležité, aby dítě bylo dobře informováno o situaci v jeho rodině. Individuální plánování práce s dítětem by mělo odrážet jeho aktuální situaci se zaměřením na jeho nenaplněné potřeby a také akcentovat budoucnost dítěte, a především jeho vztahy s příbuznými, popř. jeho jinými blízkými osobami mimo zařízení.

Současná praxe individuálního plánování

V této části je uveden popis současného stavu spolupráce mezi OSPOD a ústavními zařízeními v rámci plánování práce s dětmi a rodinami tak, jak je pracovníci zaznamenali v rámci aktivity systematických návštěv ústavních zařízení.

Ze zjištění týmu pracovníků MPSV vyplývá, že děti často nevědí, že s nimi pracovník OSPOD nějak systematicky plánuje řešení jejich situace. Žádný plán často ani neviděly. Stejná situace platí pro rozvojové plány (PROD, IP) v zařízeních. Participace dětí na tvorbě těchto plánů (tj. cíle, konkrétní postupy) je podle dosavadních zjištění spíše menšinovou záležitostí, děti spíše dostávají předloženy tyto plány ke schválení. V některých případech se objevuje i praxe, kdy se zcela rezignuje na systematický individuální rozvoj dětí, příp. kdy se pečuje téměř výhradně o zvládnutí péče o dítě vzhledem k jeho zdravotnímu stavu (častěji v případě dětí s mentálním postižením) bez přesahu do vztahových oblastí a výhledu na budoucí osamostatnění dítěte.

Častým zjištěním pracovníků MPSV bylo, že děti neznají svůj IPOD a mají velmi nejasné představy o tom, co by se muselo stát, aby se mohly vrátit domů před dosažením zletilosti nebo před dovršením povinné školní docházky. Ve více případech bylo zaznamenáno, že žádné z oslovených dětí nevědělo o svém IPOD ani o svém PROD či IP. Velmi obvyklé také je, že děti o nějakém svém plánu vědí, ale neznají jeho obsah. Pouze v jednotkách případů se tým pracovníků setkal se situací, kdy zaznamenal zařízení, kde neexistuje žádné individuální plánování, resp. existují pouze kolektivní plány péče (pouze v DD3, kde zákon č. 372/2011 Sb. tuto povinnost ÚZ neukládá).

Sdílení informací a společného postupu mezi OSPOD a ÚZ

Pracovní tým MPSV během návštěv ÚZ zjistil, že sociální pracovníci a kurátoři OSPOD ve velké míře neposkytují zařízením dostatečné informace o dítěti při jeho příchodu do ÚZ ani během jeho pobytu v zařízení. Situace, kdy zařízení nemají při umístění o dítěti dostatek informací vyvolává často nostalgii ÚZ po dřívějším systému, ve kterém měly při umísťování dětí hlavní slovo diagnostické ústavy, které podle názoru některých ředitelů ÚZ o dítěti poskytovaly kvalifikované informace. Zástupci ÚZ se také často vyjadřovali, že je pro personál ÚZ vždy lepší, když dítě před příchodem do zařízení bylo již umístěno v nějakém jiném zařízení (např. ve ZDVOP).

Pracovní tým MPSV se opakovaně setkal s tím, že vychovatelé ani klíčoví pracovníci (kmenoví vychovatelé) nepřicházejí do kontaktu s pracovníky OSPOD, jelikož ti jezdí do zařízení dopoledne v době školy, kdy jsou vychovatelé mimo práci. Komunikace mezi zařízením a OSPOD je často vedena pouze přes sociálního pracovníka ÚZ, přitom ten paradoxně přichází s dětmi do kontaktu z celého odborného personálu ve většině případů nejméně. Sociální pracovníci ÚZ často narážejí na nevyjasněnost vzájemného vztahu s OSPOD ve smyslu kompetencí, povinností a toho, jak má vypadat spolupráce s rodinou a společné plánování, někteří tuto spolupráci označují přímo za nesystematickou. Opakovaně se setkáváme s tím, že se zařízení nebojí rozporovat stanovisko OSPOD, pokud jej vnímají jako problematické z hlediska potřeb dítěte.

Zařízení nedostávají ve většině případů IPOD automaticky, musí si o něj žádat, a ne vždy je jim vyhověno. S formuláři „Vyhodnocení situace dítěte“ ani s jeho souhrnem se v dokumentaci dětí v zařízení tým pracovníků MPSV prakticky nesetkal. Cíle v IPOD jsou často zavádějící, obecné, často se i meziročně opakující. Zařízení s IPOD či „Vyhodnocením situace dítěte“ mnohdy ani nepracují, v některých případech ani vychovatelé o dokumentaci OSPOD nevědí. Rozvojové plány (PROD, IP) dítěte v zařízení mají s IPOD spojitost jen ojediněle. Ve většině případů není propojeno plánování v zařízení s IPOD případně jde o spojitost čistě formální a nelze tuto skutečnost označit za společný postup zařízení a OSPOD při práci s dítětem a jeho rodinou. Většina komunikace mezi těmito subjekty probíhá telefonicky či osobně. V jednotkách případů se stává, že OSPOD IPOD zařízením nepředávají s tím, že cíle v nich obsažené jsou vztažené k rodině nikoli k dítěti nebo naopak, že zařízení IPOD nechce, protože informace v nich jsou pro práci zařízení nepotřebné. Ve větší míře pak ředitelé, sociální pracovníci ÚZ či další personál zařízení sdělují, že IPOD neobsahuje konkrétní informace, se kterými by mohli v zařízení pracovat. V některých případech zařízení nezíská IPOD dětí ani přes

aktivní vyžádání, v jednotlivých případech bylo zjištěno, že OSPOD naopak žádá zařízení, aby jim s vyplněním IPOD pomohlo.

V zařízeních v jednotlivých případech pobývají děti, které nejsou v evidenci OSPOD. Jedná se o zařízení, kde je možné umístit dítě na žádost rodiče. Zaznamenali jsme případy několika jednotek zařízení, která neohlásila OSPOD pobyt dítěte ani v případě, že délka pobytu přesahuje 6 měsíců (DOZP či DD3)²⁶. V některých případech, kdy zařízení OSPOD o dítěti uvědomí, OSPOD reagoval, že dítě ohrožené není a s dítětem a jeho rodinou dále nepracoval.

2.3 Spolupráce (ÚZ, OSPOD a rodina)

Spolupráce mezi pracovníky OSPOD a zařízeními bývá podle zjištění pracovního týmu MPSV často velmi formální a klade si rozdílné cíle. Pracovníci ÚZ během rozhovorů s pracovním týmem MPSV opakovaně uvedli, že pracovníci OSPOD příliš nepracují s rodinou, anebo o této práci s rodinou nemají informace. Podle jejich názoru spíše vykonávají administrativní funkci. Někteří pracovníci ÚZ také uvedli, že sociální práce s ohroženými rodinami není dostatečně pokrytá, což vyplývalo i z rozhovorů s dětmi, které pracovnímu týmu MPSV sdělily, že důvody vedoucí k jejich odebrání z rodiny často vycházely ze špatných materiálních a bytových podmínek jejich rodiny.

Pracovníci OSPOD často nepředávají zařízení informace, a v ojedinělých případech si dokonce žádají o informace od zařízení, které je v některých případech aktivnější v práci s rodinou. Dalším zjištěním pracovního týmu MPSV je poměrně rozšířený jev, kdy rodina vzhledem k málo častému kontaktu s dítětem (velká vzdálenost, špatná socioekonomická situace rodiny či striktní pravidla ÚZ pro návštěvy) časem přestane dítě navštěvovat, přičemž OSPOD rodinu ke kontaktu nepodněcuje, ale zároveň ani nezabezpečuje psychologickou podporu např. formou rodinné terapie, či jinou podporou vztahu rodič-dítě, která by mohla v některých případech pomoci zachovat vazby mezi rodinou a dítětem. Podle některých pracovníků ÚZ nejsou výjimkou případy, kdy sourozenecká skupina jezdí každý víkend domů k rodině, přičemž tyto návštěvy probíhají bez problémů a jak děti, tak i jejich rodiče mají zájem se vídat co nejčastěji, avšak na situaci dětí se nic nemění (např. poskytnutí delších prázdninových pobytů či postupný návrat do rodiny). Pouze v několika případech bylo zjištěno, že OSPOD pomáhá dětem a jejich rodinám nadstandardně (např. přiveze rodiče na návštěvu za dítětem nebo naopak). Opakovaně také zástupci zařízení sdělili, že OSPOD nevyvíjí aktivitu při zajišťování pěstounské péče. Pracovní tým MPSV se také setkal s případy dětí, které měly zájem přenocovat u svých kamarádů (svých spolužáků) mimo zařízení v místní komunitě, ale nebylo jim to povoleno z procesních důvodů a složitosti spojených se šetřením OSPOD v rodině, kde by dítě mělo nocovat.

Dle zjištění pracovníků MPSV jsou případové konference u dětí s nařízenou ústavní péčí stále minimálně využívaným nástrojem. Pokud jsou realizované, tak především v případech, kdy dítě zařízení opouští. Konání případových konferencí při příchodu dítěte je naprosto výjimečnou praxí. Zároveň je také velmi ojedinělé, aby se dítě mohlo před svým nástupem

²⁶ jednalo se o děti přijaté před 1.1. 2022

seznámit s pracovníky zařízení a prostředí ÚZ poznat zblízka. Většina zařízení sice má zkušenost s účastí na případových konferencích, ale jen u menší části dětí a nepravidelně. Není zvykem, že by případovou konferenci svolávalo samo zařízení. V některých případech ÚZ iniciuje svolání případové konference u příslušného pracovníka OSPOD. Během návštěv ÚZ byl zachycen i zlomek zařízení, která se neúčastnila žádných případových konferencí. Pouze v několika málo případech je v určitých případech možné realizovat případové konference i v blízkosti bydliště rodičů dítěte.

2.4 Návrat do rodiny a budoucnost

Velmi důležitým tématem, kterému se tým pracovníků MPSV během návštěv ÚZ věnoval, byly podmínky, za kterých se děti mohou vrátit do své biologické či náhradní rodiny. Pro dítě je také velmi důležité, jak je na svůj odchod a budoucnost v rámci zařízení připravováno a jak v tomto tématu spolupracuje ÚZ s OSPOD. Obecně lze označit proces podpory dětí a jejich rodiny v návratu domů před zletilostí a přípravu na budoucí život dítěte v jeho rodině za nedostatečný, a to ve většině zařízení, ale i z hlediska pracovníků OSPOD. Nežádá se téma zlepšení vztahů v rodině a situace pro návrat dítěte ani nedostává do IPOD, resp. rozvojových plánů v zařízení. V některých případech děti nemají informace o tom, co se děje doma, jestli rodičům někdo pomáhá rodinnou situaci zlepšit.

Opakovaně také pracovní tým MPSV došel ke zjištění, že se v IPOD ani PROD nepracuje s možným návratem dítěte do rodiny, aniž by existovaly relevantní překážky pro jeho návrat. Některá zařízení mají dobrou zkušenost v pravidelném setkávání dětí se svými sourozenci v pěstounské péči či v jiném ÚZ.

3. Návrh modelu optimální spolupráce zařízení a orgánu SPOD při řešení situace dítěte

V této části se zabýváme návrhem principů a vhodných postupů při spolupráci OSPOD a pracovníků ústavní péče. Vycházíme při tom jednak z výše uvedených zjištění pracovníků výjezdního týmu MPSV, dále pak z poznatků zpracovaných pro MPSV v minulém období v rámci aktivity inovativních služeb a postupů s v rámci práce s ohroženými rodinami a dětmi, zejména z kapitoly „Řešení situace dětí dlouhodobě umístěných v ústavní výchově“ (Inovace v práci s ohroženými dětmi a rodinami, MPSV 2019). Dále pak z dalších doposud nezveřejněných materiálů zpracovaných MPSV. Na základě uvedených zjištění a materiálů předkládáme pro vzájemnou spolupráci aktérů následující doporučení:

3.1 Proces umístění dítěte do ústavní péče by měl být zásadně odvozen z individuálního plánu ochrany dítěte (IPOD) a od postojů samotného dítěte

Ústavní péče by měla být vnímána jako jedno z opatření IPOD a splňovat tak parametry dané zákonem o SPOD a jeho prováděcí vyhláškou. Ohrožení dítěte musí mít oporu v identifikovaných rizicích, která nelze zmírnit v rámci vlastních zdrojů rodiny či jejího okolí. **Řešení situace dítěte s využitím NRP má mít vždy přednost před péčí o dítě v instituci. Cíl ústavní péče musí být v souladu s cíli dalších opatření ve prospěch rodiny a nesmí být překážkou naplňování jiných opatření (typicky například pro posilování rodičovských kompetencí je nutné zachovat široký kontakt rodičů s dítětem v ústavní péči).** Opatření ústavní péče musí být časově omezeno (IPOD dle zákona, resp. vyhlášky, obsahuje vždy termíny plnění jednotlivých opatření), případně mají být stanoveny termíny ověřování relevance takového opatření. Další nutnou součástí IPOD je indikátor plnění opatření, tedy předem nastavené kritérium, podle něhož bude možné vyhodnotit, zda je opatření ústavní péče naplňováno v souladu s daným cílem.

Podpora rodiny je zaměřena primárně na posílení rodičů směrem k překonání rizik, která dítě ohrožují, a naplnění jeho potřeb. Přímá práce s rodinou by měla být odvozena zásadně z IPOD, v němž jsou definována rizika ohrožující dítě (která vedla k umístění dítěte do ústavní péče) a vymezena opatření, jež mohou rodiče naplnit sami. Pokud je rodina podporována sociální, nebo jinou službou, je nutné, aby byl plán práce s rodinou odvozen od IPOD a propojen s ním. V plánu práce s rodinou je třeba zachovat cíl návratu dítěte do péče rodičů bez ohledu na to, v jakém časovém horizontu je naplnění tohoto cíle reálné. Podpora rodiny musí být úzce provázána s přímou prací s dítětem, jak je uvedeno níže.

Rodičům, kteří svěřují své děti do ústavní péče na základě dohody s poskytovatelem služby, by měla být sdělena všechna známá rizika pobytu dítěte v ústavní péči a měla by jim být nabídnuta veškerá dostupná péče a podpora k tomu, aby se ústavní péči o dítě zabránilo. Pokud se přesto rozhodnou pro ústavní péči pro dítě, pobyt by měl být časově limitován

a rodiče by se ve smlouvě s poskytovatelem měli zavázat k pravidelným návštěvám, pobytu dítěte doma a podílu na plánování a péči o dítě²⁷.

V celém procesu umístění dítěte do ústavní péče by měl být kladen důraz na názor dítěte. Dítě by mělo být uznáváno jako odborník na svůj vlastní život. V tomto kontextu mají být dítěti sdělovány informace o dění kolem něj. Dítě musí být vyslyšeno a bráno vážně. Dítěti by měly být poskytovány zdroje tak, aby se aktivně účastnilo rozhodování, které přímo ovlivňuje jeho život. Děti s potížemi v komunikaci (porozumění nebo expresi) mají dostávat informace v podobě jim srozumitelné a možnost vyjadřovat své potřeby, vlastní vůli a názory způsobem, kterého jsou schopny (alternativní a augmentativní komunikace apod.). Princip podpory a participace dítěte by měl být uplatňován ve všech fázích následujícího návrhu Modelu. (viz níže-kapitola 3.2)

3.2 Návrh modelu optimální spolupráce zařízení a orgánu SPOD při řešení situace dítěte

Pro lepší orientaci a plánování pobytu dítěte navrhujeme model rozdělit do čtyř fází, které by na sebe měly v čase navazovat.

Přípravná fáze

Přechod do ústavní péče by měl být dobře připravený a sledovaný s ohledem na potřeby dítěte a mělo by na něj být pohlíženo jako na dočasné řešení. Od začátku by měly být dítě i jeho celá rodina pravdivě informovány o důvodech umístění dítěte mimo rodinu a těmito důvody by měli rozumět. Ještě před umístěním dítěte by mělo proběhnout setkání pracovníků ÚZ s rodinou, kdy by cílem setkání bylo sdílet o dítěti co možná nejvíce informací a domluvit pro dítě podporu v procesu odcházení z rodiny. V případě zájmu rodiny se jako vhodný nástroj jeví sociální šetření v rodinném prostředí, na kterém by participovali zaměstnanci ÚZ. Tato sociální šetření již v současné době provádějí pracovníci ÚZ v případech, kdy jde o pobyt dítěte v zařízení na základě dohody se zákonnými zástupci (např. DOZP). Samozřejmostí je, že návštěvy pracovníků zařízení přímo v rodině musí probíhat na základě vzájemné spolupráce a dohody.

Ideálním stavem je, když jsou rodiče se situací ztotožnění a doprovodí dítě přímo do zařízení. Je třeba brát v úvahu, že rodiče mohou potřebovat čas k přijetí myšlenky umístění dítěte a smíření se se situací²⁸. Pracovníci OSPOD i ústavního zařízení mají být na tento vývoj připraveni, včetně možnosti zapojení externí podpůrné služby pro rodiče dítěte. Snaha o dobrou spolupráci s rodiči musí být vždy chápána jako jeden z ústředních motivů práce s dítětem, jakkoliv se může aktuálně tato spolupráce jevit jako nemožná.

²⁷ Jedna ze základních zásad sociálních služeb je motivace uživatele služby k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání v nepříznivé sociální situaci nebo k jejímu prohlubování a posilují jejich sociální začleňování, viz zákon č. 108/2006 Sb. § 2 odst. 2.

²⁸ Na tomto místě je dobré připomenout model Elisabeth Kübler-Rossově popisující vyrovnávání se se ztrátou a umíráním, který je rozdělen do pěti fází: 1. popírání (denial); 2. hněv/agrese (anger); 3. smlouvání (bargaining); 4. deprese (depression); 5. smíření (acceptance), (Kübler-Ross, 2015). Kübler-Rossová původně tento model aplikovala na umírání, později však byl vztažen na jakýkoliv druh závažné životní události či ztráty. Proces vyrovnávání se změnou je značně individuální, nemusí zahrnovat všechny zmíněné fáze, mohou probíhat v různém pořadí a s různým opakováním dle situace.

Před umístěním dítěte jsou doporučeny následující kroky:

Setkání s dítětem a zmapování důležitých vztahových osob, které by mu mohly pomoci; setkání s rodiči (či širší rodinou) s cílem získat informace o dítěti, jeho zvyklostech, zdravotním stavu, vzdělávání, získat podpůrné předměty (oblíbená hračka) aj. a dojednat podporu pro dítě v době umístění.

Fáze nástupu do ÚZ

Přijetí dítěte jsou přítomni členové podpůrného týmu ve složení: kmenový (klíčový) pracovník a sociální pracovník ÚZ, dále pracovník OSPOD případně doprovázející pracovník sociální či fakultativní služby. Je vhodné, aby se jednalo o osoby, k nimž má rodina důvěru a které společně rodinu i dítě celou situací provázejí a věnují se pouze jí.

V ideálním případě umístění vypadá tak, že rodič dítě do zařízení doprovodí. Pokud jsou již vzájemně odloučeni a dítě přichází z jiného zařízení, snažíme se o to, aby rodič přijel. Rodič i dítě si tedy společně mají možnost prohlédnout zařízení, rodič pomáhá spolu s vychovatelem dítěti vybalit jeho osobní věci. Vždy je důležité udělat společnou schůzku, na níž jsou znovu zopakovány možnosti kontaktů, a první kontakt je realizován co nejdříve (nejlépe ještě tentýž večer telefonicky). V situacích, kdy dítě odchází z rodiny na vlastní žádost či odmítá s rodiči kontakt, je důležité respektovat jeho rozhodnutí a ke kontaktu jej nenutit. Přesto je důležité rodiče navštívit, seznámit je s místem, kde bude dítě pobývat, a domluvit se na pravidlech vzájemného informování o dítěti.

Cílem této fáze je navázat kontakt s dítětem i rodinou, získat jejich důvěru, představit fungování dětského domova, transparentně popsat nastalou situaci, od počátku zajistit dítěti co nejvíce kontaktů s jeho původním prostředím.

V této fázi je zaměření zejména na zmírnění traumatu dítěte, jež umístění mimo rodinu vždy přináší. Jedná se o velmi náročnou a emočně vypjatou situaci, která vyžaduje citlivý, ale otevřený přístup sociálního pracovníka. Dítě by mělo být citlivým způsobem, přiměřeným jeho věku a vývojové úrovni, informováno o tom, co se děje. Rodiče jsou vnímáni jako partneři ve spolupráci, kteří mohou dítě v nelehké situaci podpořit, podílet se na jeho přemístění a adaptaci v zařízení.

Dítě a jeho blízké osoby mají být aktivně podporovány v posilování vzájemného vztahu. **První případová konference by měla proběhnout do 14 dnů po umístění dítěte v ústavní péči a měly by zde být vymezeny cíle, plány, úkoly a kompetence všech okolo dítěte.**

Fáze pobytu v ÚZ

Dítě a jeho rodina mají být podporovány ve vzájemném vztahu. Důležitým momentem při umístění dítěte do ústavní péče je propojení kontaktů dítěte v instituci a vztahových osob mimo ni. Takové kontakty je dobré umožnit dítěti bezprostředně po umístění, aby začalo důvěřovat tomu, že pobyt mimo rodinu nebrání v pokračování rodinných vztahů. Během pobytu je pak důležité tyto kontakty udržovat.

S původní rodinou a s dítětem musí probíhat intenzivní práce sociálního pracovníka a širšího podpůrného týmu i po odebrání dítěte. Důležité je také navázání odborných služeb

(adiktologické, terapie, podpora rodičovských kompetencí). Cíl práce podpůrného týmu může být různý, od návratu dítěte zpět do rodinného prostředí až po individuální práci s postojem dítěte k rodině (hledání identity, práce s traumaty apod.) v případech, kdy rodina není v přímém kontaktu s dítětem. O rodině by mělo být uvažováno v širším kontextu, nejsou to pouze biologičtí rodiče. Důležité vztahové osoby je nutné hledat i v širší rodině či mezi blízkými. Zároveň trvale pokračuje snaha kontaktovat a aktivizovat rodiče.

Prakticky je tohoto cíle dosahováno:

- **Podporou kontaktů mezi dítětem a rodičem** (telefonická, e-mailová, facebooková komunikace, osobní schůzky). Rodič zde musí zažít alespoň malou část naplnění svého rodičovství a být od pracovníků oceněn. Dle svých schopností je zapojen do péče o dítě (např. poskytuje mu oporu při lékařském ošetření, navštěvuje rodičovské schůzky).
- Dítě by mělo mít z rodiny nějaké věci (např. fotografie či hračky), které jsou jím blízké a mají na ně dobré vzpomínky spojené s jejich blízkými osobami. Dítě by mělo být posilováno ve vědomí toho, odkud pochází, kdo je jeho rodina (i širší), co příslušníci rodiny dělají, čím se zabývají, kde žijí, mělo by být informováno o změnách – narození sourozence svatby, úmrtí, křtiny apod.
- **Doprovázení a samostatné návštěvy v zařízení.** V případech, kdy je vztah mezi rodičem a dítětem narušený z důvodu zajištění bezpečí, je na obou stranách kontakt doprovázen.
- **Rodinné konzultace** – pravidelné setkávání dítěte, rodičů, sociálního pracovníka a kmenového pracovníka. Probíhá podle situace dítěte, zpravidla cca jednou za 8–10 týdnů, a vyhodnocuje současnou situaci dítěte a rodiče. Cílem tohoto setkání je příprava a plánování kontaktů na další období, vzájemné předání si informací, sdělení přání dítěte rodičům, zhodnocení realizace dílčích cílů IPOD (týkajících se umístění dítěte mimo rodinu), seznámení rodičů s plánem rozvoje osobnosti dítěte v zařízení a jeho naplňováním či případnou participací rodiče na něm.
- Pobyty dítěte mimo zařízení. Dle ZÚV a ZSPOD má rodič v případě umístění dítěte do ústavní péče na základě soudního rozhodnutí možnost požádat si o pobyt dítěte mimo zařízení. Aby tyto pobyty plnily účel, je třeba na ně dítě i rodinu nachystat a následně je společně s nimi vyhodnocovat. Pokud je dítě v zařízení (DOZP, ZDVOP, dětský domov pro děti do 3 let) umístěno na základě smlouvy s rodiči, není jejich právo na pobyt dítěte v rodině ničím omezeno.
- **Podpora rozvoje identity dítěte** je vnímána v širokém slova smyslu. Vyhodnocením situace dítěte umístěného v ústavní péči bude velmi pravděpodobně zjištěna potřeba dítěte v oblasti identity, zejména proto, že dítě ztrácí příležitost poznávat sebe samo, objevovat své hranice, svá přání, zájmy, obavy, emoce, vztah k sobě samému, vztah k rodičům a dalším osobám v jeho blízkém okolí. V rámci podpory dítěte v zařízení je nutné vytvářet dostatečně bezpečné a stabilní prostředí pro rozvoj jeho potenciálu. Dítěti je třeba věnovat individuální pozornost a vnímat proměny jeho potřeb, zároveň ho citlivě motivovat v rozvoji talentů a poskytovat mu oporu při objevování hranic přirozeným způsobem (tj. mimo kolektivní režim). V praxi to znamená, že dítě v zařízení je podporováno v aktivní účasti na svém plánu rozvoje osobnosti a je vedeno k tomu, aby se zapojovalo prostřednictvím podpory svých zájmů a koníčků do volnočasových aktivit realizovaných mimo zařízení ve vrstevnické skupině v místní komunitě. Tím se vytváří příležitost budovat vztahy mimo zeď ústavní péče. Mimoto se zařízení aktivně zapojují do života v obci či městě s cílem propojení s místní komunitou. U dětí v dětských domovech

je tato situace o něco snazší, protože děti docházejí do běžných škol, kde se zcela přirozeně setkávají se svými vrstevníky, a tím získávají příležitost vytvářet si již výše uvedené vztahy mimo zařízení. Spolužáci, kamarádi či vedoucí kroužků mohou být dobrým zdrojem podpory, a to zejména v procesu odcházení dítěte z ústavu. Cílem všech těchto aktivit je umožnit dítěti zažít, že je přijímáno i s celou svou historií, pomoci mu budovat zdravou identitu (kdo jsem, odkud pocházím, kdo jsou moji rodiče a co si mohu vybrat za cestu pro sebe). Pomoci mu budovat hodnotu sebe sama, poznat své místo ve společnosti. Hlavní zásadou pro tuto práci je pravidelné přehodnocování situace a zapojení dítěte do procesu rozhodování a plánování. Rodiny se mohou mezi jednotlivými aktivitami různě pohybovat, a situace v nich se tedy může měnit. Dobrým nástrojem pro to je využívání pravidelných rodinných konzultací. V některých situacích je důležitá podpora dítěte a jeho důvěry samo v sebe, že situaci zvládne.

Fáze návratu do rodiny

Dítě a jeho blízké osoby mají být aktivně podporovány v posilování vzájemného vztahu, ideálním cílem je návrat dítěte zpět do původní rodiny. Pokud to není možné, hledá se pro dítě místo v náhradní rodinné péči.

Proces návratu by měl být pečlivě plánován, přehodnocován a měl by se řídit potřebami všech účastníků. Nejdůležitějším principem pro návrat dítěte je bezpečí a stabilita. Rozhodnutí k návratu dítěte domů by měla předcházet případová konference, na níž se všechny zainteresované subjekty domluví na jednotlivých krocích a podpoře, která bude rodině zajištěna. Koordinátorem celé aktivity by měl být OSPOD dítěte.

Příprava rodiny na návrat domů / zrušení ústavní výchovy:

- Pomoc rodině při zajištění stálého bydlení.
- Pomoc se zajištěním lékaře a dalších specialistů pro dítě – zapojení rodičů.
- Podpora při změně školy (přehlášení dítěte ze stávající školy do nové) – zapojení rodičů.
- Podpora při plánování volného času dítěte, pomoc s riziky, kdy je dítě samo a rodič v zaměstnání.
- Příprava scénářů pro zvládnutí pravděpodobných krizových situací (např. v případě rodičů řešících vlastní závislost na alkoholu či návykových látkách, rodičů s postižením, kde hrozí potíže při péči o dítě atd.).
- Vytvoření sítě podpurných kontaktů.

V této fázi je třeba rodině věnovat hodně podpory a jistit dotažení jednotlivých kroků, které směřují k tomu, aby se dítě bezpečně vrátilo. Ze zkušeností vyplývá, že některé rodiny po návratu dítěte doporučenou podporu dostatečně nevyužívají. Je pochopitelné, že chtějí na období, kdy jejich dítě od nich bylo odděleno, zapomenout, a mnohdy proto další organizace odmítají. Jiné rodiny ústavní zařízení naopak velmi často kontaktují sami i tím, že informují, jak se dítěti daří. Je vhodné, aby rodina byla v časovém horizontu nejdéle jednoho roku kontaktována s nabídkou setkání nebo opětovného doporučení využití odborné pomoci, pokud je to potřeba. Navazující práce s rodinou je zajišťována klíčovým pracovníkem ÚZ.

Model optimální spolupráce zařízení a orgánu SPOD při řešení situace dítěte

Přípravná fáze

1

OSPOD: Kvalitní vyhodnocení situace dítěte, využití všech zdrojů na podporu rodiny a dítěte, informace a srozumění rodiny s důvody umístění dítěte, výběr vhodného ÚZ, poskytnutí podrobných informací o dítěti a jeho rodině pro ÚZ (např. případové konference, blízké osoby).

ÚZ: Úzká spolupráce s OSPOD, vyžádání všech důležitých informací (IPOD, vyhodnocení situace dítěte), ve spolupráci s OSPOD, co nejvíce poznat rodinu a podmínky, ze kterých dítě přichází.

Rodina
a dítě

Fáze nástupu

2

OSPOD: Koordinuje nástup do ÚZ, případně doprovází dítě, pokud ho nedoprovází rodina a je prostředníkem mezi dítětem, rodinou a ÚZ, během prvních dní po nástupu se snaží, co nejvíce komunikovat a zajímat se o dítě a zprostředkovávat kontakt s rodinou, případové konference.

ÚZ: Budování důvěrného vztahu (personál-dítě), poskytnutí podmínek pro kontakt s rodinou (nejlépe osobní) od prvního dne po nástupu, možnost doprovodu či ubytování rodičů v rámci adaptace v ÚZ, práce s traumatem – terapeutický přístup.

Rodina
a dítě

Fáze pobytu

3

OSPOD: Intenzivní podpora rodiny dítěte a navázání rodiny na specializované služby (rodičovské kompetence, adiktologické služby, terapie apod.), řešení situace rodiny, plánování práce, spolupráce s ÚZ na častém kontaktu dítěte s rodinou, doprovázení návštěv.

ÚZ: Intenzivní podpora kontaktu dítěte s rodinou (návštěvy, telefonáty, videohovory), práce s traumatem – terapeutický přístup, doprovázení návštěv, podpora společných akcí pro rodiče či organizování společných pobytů, organizování tzv. rodinných konzultací, zapojení rodiny do péče o dítě, podpora vztahů mimo zařízení, podpora rozvoje identity dítěte.

Rodina
a dítě

Návrat do rodiny

4

OSPOD: Příprava a podpora rodiny při návratu dítěte, před návratem umožnit delší pobyty doma (např. během prázdnin), příprava krizových scénářů, následná podpora rodiny.

ÚZ: Příprava dítěte na návrat, před návratem umožnit delší pobyty doma (např. během prázdnin), případová konference, postupné předávání kompetencí rodině – škola, lékaři apod., ÚZ jako ambulantní podpora rodiny a dítěte.

Rodina
a dítě

4. Nastavení modelu omezení umisťování dětí mladších 7 let do ústavní péče

V následujícím textu navážeme na předchozí zjištění a představíme možné nastavení systému ochrany dětí tak, aby bylo zajištěno omezení umisťování dětí mladších 7 let do ústavní péče. Domníváme se, že v předchozím textu byla dostatečně popsány vědecky podložené argumenty o škodlivosti ústavní péče u dětí předškolního věku. V souvislosti s legislativně vysloveným zákazem umisťování dětí mladších 3, resp. 4 let, do ústavní péče, vycházejícího z novely zákona 359/1999 Sb. platné od 1. 1. 2022 totiž mj. vyvstává otázka, jakým způsobem je vhodné nastavit systém ochrany dětí tak, aby bylo možné požadavku zákona plně vyhovět. Zásadní úlohu v kontextu fungování systému SPOD proto nabývá ta část systému SPOD, která předchází samotnému oddělení dítěte od rodiny a jeho umístění v některé z forem náhradní péče.

4.1 Potřeba zaměření kapacit na práci s rodinou

Statistický výkaz výkonu SPOD v ČR za rok 2021 uvádí, že z celkového počtu 7 619 dětí, které byly v péči OSPOD z důvodů týrání, zneužívání a zanedbávání jich bylo 2 667 ve věku 0-6 let. Z těchto dětí bylo dle údajů statistiky cca 83 % případů řešeno z důvodu zanedbání péče.

Tabulka č. 1: Počet dětí, které pracovníci OSPOD v ČR vyhodnotili jako ohrožené a důvody ohrožení dětí (zdroj: webové stránky MPSV)

	Číslo řádku	Počet dětí														
		tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem		
		chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	
a	b	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Zjištěno případů	do 1 roku	119	18	10	16	10	0	2	0	0	0	0	246	256	280	278
	od 1 roku do 3 let	120	32	20	46	32	0	7	0	0	0	0	365	327	443	386
	od 3 do 6 let	121	34	35	71	65	12	57	0	3	0	0	531	472	648	632
	od 6 do 15 let	122	168	138	220	203	80	414	4	68	2	4	1 463	1 261	1937	2088
	od 15 do 18 let	123	29	41	27	56	11	129	6	19	0	2	314	293	387	540
	CELKEM	123a	281	244	380	366	103	609	10	90	2	6	2 919	2 609	3 695	3 924
	z ř. 123a zdravotně postižených	124	4	6	4	2	5	5	0	1	0	0	19	24	32	38
	z ř. 123a															
jednorázově	125	151	110	105	77	64	354	4	57	2	1	1 247	1 157	1 573	1 756	
opakovaně	126	94	92	220	229	23	185	6	22	0	4	1 393	1 213	1 736	1 745	
nezjištěno	126a	36	42	55	60	16	70	0	11	0	1	279	239	386	423	

Z výkazu SPOD dále vyplývá, že drtivá většina dětí umístěných do ústavní výchovy, či ZDVOP, se zde ocitla z důvodu zanedbání, a to v celých 95,5 % případů.

Tabulka č.2: Způsob řešení situace dětí a důvody jejich ohrožení (zdroj: webové stránky MPSV)

	Číslo řádku	Počet dětí														
		tělesné týrání		psychické týrání		sexuální zneužívání		dětská pornografie		dětská prostituce		zanedbávání dětí		celkem		
		chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	
a	b	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Přijátá opatření	poradenství - ambulantně	146	137	127	238	228	74	369	6	79	2	3	1 840	1 680	2297	2486
	uložení dohledu	147	20	15	40	27	0	7	0	1	0	0	262	226	322	276
	umístění dítěte v širší rodině	148	21	25	15	17	0	12	0	0	0	0	130	117	166	171
	umístění dítěte do ZDVOP nebo jiného zařízení	149	25	28	17	23	0	15	0	1	0	1	164	155	206	223
	umístění dítěte do ÚV	150	10	13	11	14	1	16	0	2	0	0	143	108	165	153
	svěření dítěte do NRP	151	18	15	6	4	0	18	0	1	0	0	138	156	162	194
	podání trestního oznámení	151a	83	70	47	62	31	194	5	8	0	2	203	165	369	501
	odsouzení pachatele	151b	8	1	9	6	5	38	0	1	0	0	121	84	143	130

Z dat tak jasně vyplývá, že oblast práce s rodiči v tématech podpory rodičovských kompetencí, tj. podpora rodičů ve zvládnutí rodičovské role včetně schopnosti materiálního zaopatření dětí, představuje zásadní oblast zájmu systému SPOD. Zároveň je z výkazu patrné, že nejčastější formou řešení situace dítěte je ambulantní poradenství rodině; z těchto dat a také na základě zjištění pracovníků MPSV během systematických návštěv zařízení ústavní péče o děti lze proto dovodit, že do pobytové péče se dostávají zejména děti z rodin, kde rodiče nezvládají dětem zajistit základní péči, přičemž k řešení jejich situace většinou nestačí méně intenzivní forma podpory formou ambulantního poradenství. V následující části proto nastíníme možnosti využití současných kapacit systému ochrany ohrožených dětí tak, aby jejich potenciál efektivně působil směrem k omezení umístování dětí do 7 let. Vzhledem k regionálním rozdílům v rámci ČR nelze stanovit pevný model platný pro každé jednotlivé území. Je tomu tak proto, že jednotlivé regiony čelí rozdílným výzvám či společenským jevům, stejně jako se liší síť služeb a její hustota v jednotlivých oblastech republiky. Předkládáme proto přehled institucí a služeb, které mohou do práce s rodinami efektivně vstupovat s tím, že praktické nastavení sítě musí následně odpovídat situaci regionu.

Zároveň je třeba zmínit, že se současný systém zřejmě v mnoha místech neobejde bez změny způsobu poskytování podpory dětem, ať už se bude jednat o posílení určitého typu služeb, či nového způsobu poskytování některých služeb tak, aby přiléhavěji odpovídaly na potřeby cílové skupiny.

4.2 Relevantní aktéři systému ochrany ohrožených dětí a jejich spolupráce

Vzhledem k tomu, že drtivá většina dětí je odebírána z rodin z důvodu zanedbávání péče a týrání, rozhodli jsme se vybrat několik aktérů preventivní sítě služeb, kteří jsou v tomto ohledu relevantní, mohou ohroženým rodinám pomoci a včas identifikovat možná rizika. Preventivní služby nelze vnímat jako homogenní celek, liší se od sebe rezortním pojetím. V tomto materiálu se snažíme od tohoto přístupu upustit a upřednostňujeme přesahové pojetí skrze naplňování potřeb dítěte. Následující výčet aktérů preventivních služeb není úplný. Jde však o služby, které byly v rámci našeho mapování identifikovány jako základní články preventivního systému, jež mají klíčový vliv na situaci dítěte a jeho zdravý vývoj v rámci rodiny a komunity. Tato část věnovaná relevantním aktérům preventivních služeb vychází

z Modelu systému preventivních služeb pro děti a rodiny, který byl navrhnout v publikaci Včas a spolu.²⁹

Aby se preventivní službám dařilo omezovat umísťování dětí mladších 7 let do ústavní péče, měly splňovat tyto základní kritéria:

1. Široká dostupnost – služby jsou k dispozici co nejširší skupině občanů, jsou dostupné místně.

2. Dobrovolný vstup – je důležité, aby služby byly pro rodiny s dětmi dobrovolné, což patří k základním principům sociálních služeb, tedy aby rodina s dětmi či dítě samotné mohly rozhodnout, zda budou danou službu využívat.

3. Normalizace využití podpory – toto kritérium navazuje na výše uvedené kritérium dobrovolnosti. Velmi důležitá je osvěta, aby rodiny vnímaly jako normální požádat o pomoc. Z toho vyplývá, že preventivní služba by měla probíhat nestigmatizujícím způsobem (např. s využitím školního prostředí, které navštěvují všechny děti).

4. Spolupráce a síťování služeb – každá preventivní služba by měla spolupracovat se všemi aktéry sítě služeb, a to i na mezioborové úrovni. Tato spolupráce by měla vést ke koordinovanému průchodu dítěte či jeho rodiny systémem preventivních služeb. Aktéry ze souvisejících oblastí (školská a zdravotnická zařízení, komunitní spolky, nízkoprahová zařízení apod.) je nutno do systému podpory dětí a jejich rodin „vtahovat“, aby se cítili jeho součástí a rozuměli tomu, co mohou rodině nabídnout. Tito aktéři sehrávají při identifikaci rizik ohrožení dítěte a předcházení jim naprosto zásadní roli.

Velice důležité je **propojení aktérů preventivních služeb s návaznou sítí dalších preventivních služeb, tedy v případě, že dochází k identifikaci rizika** a tato služba není schopna klientovi adekvátně pomoci, např. když jde o složitější problém, musí být služba schopna klienta odkázat dál na specifické služby.

Mateřská škola

Mateřská škola hraje důležitou roli v procesu socializace dítěte a jeho začleňování do společnosti a jejích kulturních a sociálních vzorců. Podporuje plnohodnotný rozvoj dítěte a jeho kompetencí pro úspěšný start v jeho životě. V souvislosti s novelou školského zákona od 1. 9. 2017 platí aktuálně v České republice povinné předškolní vzdělávání pro děti v posledním roce před řádným termínem nástupu na základní školu. Mateřská škola je tedy instituce, se kterou by měli přijít do kontaktu všichni rodiče a jejich děti. Mateřská škola je přitom ideálním místem, kde by mohlo dítě či jeho rodiče získat včasnou podporu, aby nedošlo k riziku ohrožení. Jde především o to, rodiče adekvátně nasměrovat do odpovídajícího typu služeb.

Aby mateřské školy mohly lépe fungovat v rámci preventivní sítě podporu v tom:

- jak se chovat v problémových situacích,
- jak rozpoznat rizika ohrožení dítěte,
- na koho se obrátit,

²⁹ Včas a spolu. Model systému preventivních služeb pro děti a jejich rodiny, MPSV (online, 2019), <http://www.pravonadetstvi.cz/dokumenty/ostatni-dokumenty/>

- s kým je možné spolupracovat a co od daných institucí mohou očekávat.

V tomto ohledu by bylo vhodné, aby byla v mateřských školách zřízena **pozice školského sociálního pracovníka / sociálního pedagoga**, který by byl součástí týmu pedagogických pracovníků, a to především v případě, pokud se MŠ nachází v prostředí se zvýšeným výskytem rizik, například v sociálně vyloučené lokalitě (dále jako SVL). V rámci svého úvazku by se věnoval dětem s rizikem ohrožení a jejich rodinám, pomáhal by dětem s naplňováním jejich potřeb, pracoval by s nimi individuálně a byl pomocí a oporou pro pedagogický personál. Jeho úkolem by bylo i bližší navázání spolupráce s rodiči, pomoc při zprostředkování návazných služeb, případně i spolupráce s OSPOD.

Porodnice

V současném systému prevence ohrožených dětí a rodin nehrají porodnice významnou roli. Péče se zaměřuje téměř výhradně na fyzické zdraví rodičky a novorozence. Přitom již v tomto období existuje možnost identifikace nezdravotních rizik, která by v případě systematického sledování mohla být včas odhalena a řešena.

Součástí navrhovaného Modelu je tedy daleko větší zapojení sociálních pracovníků v příslušných porodnicích (tím i zvýšení jejich počtu), kde mohou formou strukturovaného rozhovoru zjišťovat základní podmínky, které má dítě vytvořené pro naplňování svých potřeb. Jak se matka cítí (nejen po fyzické stránce), jaké je její rodinné zázemí, zda má možnost se v případě potřeby na někoho obrátit. Je možné se též zaměřit na základní orientaci ve schopnostech a dovednostech rodičů, systém přirozené podpory od širší rodiny či nejbližšího okolí, taktéž na zajištění základních bytových a ekonomických podmínek rodiny apod. Již tímto krokem může dojít k včasnému zachycení rizik a případnému poskytnutí pomoci v přirozeném sociálním prostředí biologické rodiny.

Pediatr a zdravotní sestra

Pediatři, stejně jako mateřské a základní školy, hrají zásadní roli v systému prevence ohrožených dětí a rodin. Jejich možnost rozpoznání a zachycení určitého ohrožení či nenaplnění základních potřeb dítěte je v podstatě těžko nahraditelná (kromě nejbližší rodiny, příbuzných a přátel) jinými aktéry preventivních služeb.

Žádný jiný aktér v oblasti prevence nemá takovou bezprostřední příležitost identifikace možného ohrožení dítěte, a to hlavně u dětí do 3 let věku, jako právě pediatr a zdravotní sestra pediatra.

Důležitá je především včasná detekce možného rizika ohrožení, je-li riziko zachyceno, musí však poté následovat další kroky, což je aktivní nabídka podpory a případné pomoci. Jednou z možností je přímé nasměrování rodičů dítěte na další aktéry působící v síti preventivních služeb „dle povahy situace“. Tento krok samozřejmě vyžaduje alespoň základní znalost sítě preventivních služeb (co kdo dělá, jak danou službu může člověk zkontaktovat apod.). Síť návazných služeb je potřeba mít aktuální a musí být navázána alespoň základní spolupráce (ve formě vzájemného představení a „vědění o sobě“). Velmi významně by v tomto bodě pomohlo větší zapojení zdravotní sestry, která by mohla být rodičům nápomocna, být jakýmsi pojítkem mezi návaznými preventivními službami a ordinací pediatra. Ve spolupráci s pediatrem by měla komunikovat s rodiči o možnostech další návazné péče, pomoci s kontaktováním

příslušných preventivních služeb, pohovořit s nimi o potřebách týkajících se rodičovských dovedností apod.

Vhodným preventivním nástrojem, který není využíván, jsou **návštěvy zdravotních sester (případně pediatrů) v rodinách novorozenců**. Cílem této návštěvy by nemělo být pouze „zdravotní vyšetření“, na něž se poté rodič s dítětem stejně dostavuje do ordinace, ale především preventivní zjištění vytvořeného zázemí pro novorozence, rozhovor s rodiči a navázání kontaktu v jejich přirozeném prostředí, kde bude dítě vyrůstat. Dalším podpůrným prostředkem může být užší spolupráce s porodnicemi a bližší zjišťování celkové situace v rodině v rámci možné podpory a pomoci (např. existence fungující širší rodiny, případná pomoc přátel apod.). V případě zjištění rizikové situace musí být nabídnuta možnost další pomoci v rámci návazných služeb.

Raná péče

Dalším významným aktérem v preventivních službách pro ohrožené děti a rodiny jsou střediska rané péče. Ranou péčí zákon vymezuje jako: terénní službu, případně doplněnou ambulantní formou, poskytovanou dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 54). V praxi to znamená, že poradci rané péče vyjíždějí za rodinou do jejího domácího prostředí, kde se rodině plně věnují, ve své domovské organizaci mají zázemí, které též slouží i pro ambulantní konzultace, případně dle vhodně velkých prostor i pro pořádání různých rodičovských skupin, vzdělávání a dalších akcí pro klientské rodiny.

Rodinná, mateřská a komunitní centra

Dalším zástupcem preventivních služeb pro rodiny s dětmi jsou rodinná a mateřská centra. Původně se mateřská centra orientovala především na matky na mateřské/rodičovské dovolené s malými dětmi. Postupně se většina původně mateřských center transformovala do „rodinných“ a aktivity přizpůsobila novým trendům v péči o děti, tedy více se přiblížila celým rodinám i nabídkou služeb. Mnohá rodinná (mateřská) centra nabízejí jak „volnočasové aktivity“, tak „sociální“ a vzdělávací činnost, zaměřenou např. na rozvoj rodičovských kompetencí. Svými službami tak významně přispívají k prevenci hlavně u rodin s nejmenšími dětmi, které ještě nenavštěvují mateřské školy např. dětské skupiny (viz níže). Rodinná a mateřská centra mají výrazný potenciál možností preventivního působení v síti aktérů prevence pro ohrožené rodiny s dětmi. Jedná se zejména o:

- aktivní vyhledávání či kontaktování potencionálních ohrožených rodin,
- rozšíření služeb a aktivit zaměřených na poradenství,
- vzdělávání a zachycení problémů, jež se v rodinách objevují.

V určité míře jsou tyto aktivity různě naplňovány, některá centra například nabízejí poradenství v oblasti rodičovství, práv, sociálních dávek, finanční gramotnosti, vzdělávání dětí, leckde je k dispozici v rámci poradny psycholog, speciální pedagog, terapeut, právník, nebo jsou tyto služby rodinám s dětmi zprostředkovány či doporučeny.

Dětské skupiny

Další podpůrnou službou jsou dětské skupiny, které poskytují pravidelnou péči o předškolní děti již od jednoho roku věku. Umožňují docházku v rozsahu nejméně šesti hodin denně, péče je poskytována mimo domácnost dítěte a je zaměřena na výchovu, rozvoj schopností, kulturních a hygienických návyků dítěte. Pravidlem bývá, že na každých 6 dětí připadá jedna pečující osoba. Ty mají většinou pedagogické, zdravotnické či sociální vzdělání, nebo profesní kvalifikaci chůvy. Zajišťuje se tak individuální přístup k dětem i k specifickým potřebám každého z nich. Péče probíhá na základě předem stanoveného plánu výchovy a péče, který zaručuje co možná nejvyšší kvalitu poskytované služby. Vše závisí na dohodě mezi rodičem a poskytovatelem.³⁰

Preventivní služby využívající dobrovolníky

Mezi významné aktéry, kteří poskytují sociálně preventivní služby ohroženým dětem a rodinám s dětmi, patří organizace, ve kterých pracují nejen odborníci (sociální pracovníci, psychologové, pedagogové, terapeuti apod.), ale i vyškolení dobrovolníci.

Tyto služby pomáhají především rodinám, které si nejsou jisté ve výchově a péči o své děti. Sociální práce probíhá převážně s dětmi a jejich rodiči, kteří pocházejí ze sociálně znevýhodněného prostředí a nedovedou sami vytvořit harmonické a podnětné zázemí pro své děti, řeší mnoho závažných problémů, od výchovy a péči o děti přes tíživou bytovou situaci, zadlužení až po domácí násilí, závislosti apod. Většina rodičů sama nezažila funkční rodinný model a nemá představu, jak by měla rodina vypadat, jak vychovávat své děti.

Dobrovolník často představuje pro rodinu jedinou možnost si neformálně popovídat, sdílet radosti, starosti a trápení, vnést do života rodičů a dětí nové podněty, impulzy, a to na základě přátelského vztahu. Hlavním cílem práce dobrovolníků je, aby rodiče zvládali běžnou péči a výchovu dítěte, a zajistili tak dětem šanci na zdravý a zdárný vývoj.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a programy na podporu rozvoje rodičovských kompetencí

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (dále jen SAS) jsou vymezeny zákonem o sociálních službách, poskytují se rodinám s dítětem, kde je ohrožen jeho vývoj v důsledku dlouhodobé krizové sociální situace rodiny. Danou situaci nedokážou rodiče sami bez pomoci překonat a u dítěte existují další rizika ohrožení jeho vývoje (zákon č. 108/2006 Sb. § 65). SAS jsou službami sociální prevence, které spolupracují s rodinami na řešení jejich problematické životní situace, pomáhají zabránit dalšímu zhoršování podmínek, které by mohlo vést až k odebrání dítěte.

Zpravidla jsou tyto služby poskytovány terénní formou (s ambulantním zázemím ve formě konzultační místnosti), kdy sociálně aktivizační pracovníci dojíždějí za rodinami domů, pohybují se v jejich přirozeném sociálním prostředí. Důležitou cílovou skupinou **jsou rodiny, u kterých je třeba posílit výchovné kompetence rodičů, a existují tu další rizika ohrožení vývoje dítěte**. Sociální pracovníci své klienty motivují k pozitivní změně v jejich nepříznivé životní situaci, přičemž ponechávají zodpovědnost za její řešení na straně klienta.

³⁰ Dostupné z: <http://www.dsmpsv.cz/index.php/k-cemu-slouzi-ds>

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi tvoří „návaznou síť“ pro pediatry, porodnice, mateřské a základní školy i další aktéry širší preventivní podpory dětí a jejich rodin, přičemž je důležité, aby v praxi těchto služeb byly dodržovány tři principy:

1. Služby SAS by měly být v síti jednotlivých regionů dostupné (místně i časově), měly dostatečnou kapacitu přijímat klienty a pracovat s nimi, klienti se k nim dostávali včas a služby měly pro své fungování zajištěny adekvátní podmínky včetně garantovaného víceletého financování.
2. Velmi důležité je, aby se služby více zaměřovaly na spolupráci s aktéry, kteří pracují s rodinami s dětmi ve věku 0–6 let. To jsou právě porodnice, pediatři, mateřské školy a mateřská a rodinná centra.
3. Zásadou fungování této služby by měla být nízkoprahovost, podporovaná terénní forma. V souladu se zahraniční praxí by se pozornost měla zaměřit právě na vytvoření praxe multidisciplinárních týmů, které mají možnost pružněji reagovat, nabídnout potřebnou pomoc a podporu v rámci jedné služby.

Dalším nástrojem podpory rodiny jsou specializované programy na podporu rodičovských kompetencí, které mohou být v rámci služeb či mateřských, rodinných a komunitních center, nicméně mohou být realizovány i organizacemi specializující se na jiné služby týkající se podpory rodin. Tyto programy jsou cílené na zvýšení rodičovských kompetencí v ohrožených rodinách s dětmi, zlepšení péče o dítě v rodině a zajištění podmínek pro jeho odpovídající rozvoj. Ve většině případů se tyto programy zaměřují na rodiče, jež v životě neměli možnost poznat odpovídající modely rodičovství. Programy se často zaměřují na terapeutickou podporu rodičů, nácviky komunikace (rodič-dítě). Jejich součástí je také intenzivní terénní práce přímo v rodinném prostředí.

Pro ukotvení preventivních služeb ve stávajícím systému SPOD a omezení umisťování dětí mladších 7 let do ústavní péče je důležité:

1. Aby preventivní služby byly prostřednictvím pracovních setkání a vzájemné komunikace mezi sebou provázány a jejich činnost byla koordinována. Hlavním záměrem tohoto opatření je, aby aktéři při práci s rodinami sledovali stejné cíle.
2. Preventivní služby musí být více orientovány na předcházení rizikům a podporu rodičovských kompetencí. Zároveň je potřeba vtáhnout do systému preventivních služeb i aktéry, kteří doposud svou roli v dosavadním systému neplnili (porodnice, mateřské školy či pediatři a zdravotní sestry).
3. Financování preventivních služeb by mělo být koncepční a dlouhodobé, tak aby služby byly dostupné všem rodinám.

Jednotlivé ORP by měly na svém území zajistit a koordinovat a síťovat síťovala již existující, ale roztržitou síť služeb pro rodinu a podporovala by budování dostatečných kapacit služeb, jež jsou v daném regionu či obci aktuálně potřeba. Tuto pozici lze chápat jako rozšíření již existujícího systému sociálně-právní ochrany dětí, kdy mají tyto orgány působit ze zákona také preventivně, ale z kapacitních či jiných důvodů se to doposud děje jen minimálně.

4.3 Potřeba vhodně nastavené sítě služeb pro ohrožené rodiny a děti

Odstupňování forem služeb dle jejich dostupnosti a míry ohrožení dítěte

Jako jeden ze zásadních faktorů úspěšné podpory ohrožených rodin s dětmi se jeví volba vhodné služby odpovídající typu situace, kterou rodina řeší a zároveň i možnostem a schopnostem rodiny a jejích členů. Diagram níže zobrazuje závislost využití služby na výši kompetencí a dovedností rodiny a míře ohrožení dítěte. Vertikální osa ukazuje **kompetence, dovednosti a schopnosti rodičů**: čím nižší jsou, tím je také nižší jejich schopnost spolupráce se službou a je proto třeba využít služby s nižším vstupním prahem a nároky na rodiče.

Např. ze systematických návštěv pracovníků MPSV v ústavních zařízeních vyplývá, že významná část rodičů téměř nenavštěvuje své děti v zařízení, ve kterém děti pobývají, přičemž jsou však tyto rodiče s těmito dětmi v kontaktu přes prostředky vzdálené komunikace (telefon, internet) a mají-li k tomu vhodné podmínky, berou si také děti domů na víkendové pobyty. Nutnost cestovat do zařízení a dohodnout si návštěvu v souladu s pravidly a očekáváním pracovníků zařízení tak pro některé rodiče představuje výraznou bariéru (práh) pro spolupráci se službou. Tento práh se dle zjištění pracovníků MPSV týká ve většině případů rodičů dětí, které byly na základě rozhodnutí soudu oddělené od rodiny z důvodu zanedbávání. U rodičů, kteří dítě do zařízení umístili na základě dobrovolné dohody je frekvence návštěv v průměru vyšší, neboť jejich sociální kompetence a dovednosti jim většinou umožňují relativně vyšší práh přístupu do služby překonat.

Horizontální osa zobrazuje **míru ohrožení dítěte**, a to od situace předcházející ohrožení dítěte, kdy je na něj a jeho prostředí možné působit preventivně, až po situaci akutního ohrožení dítěte, které je natolik závažné, že musí být dítě odděleno od jeho rodiny.

Např. Mnohočetná rodina žijící v sociálně vyloučené lokalitě je pravidelně dvakrát v týdnu navštěvována soc. pracovníci a zdravotní sestrou DD3, které podporují rodinu při rozvoji rodičovských kompetencí a řešení její materiální situace. Děti v rodině nejsou v ohrožení, nicméně situace rodiny je natolik složitá, že by k ohrožení dětí mohlo v případě nenadálé situace dojít. Jedná se tedy o preventivní aktivitu. V případě, že by rodina vlivem ztráty příjmu rodiče přišla o bydlení a rodina by pobývala na ulici, dostali by se děti do situace ohrožení a bylo by na místě rodinu ubytovat ve službě pobytového typu.

Služby jsou dále odstupňovány do typů dle **dostupnosti**, kdy mírou dostupnosti je množství překážek, které musí rodiny pro získání služby překonat.

Nejnižší práh mají terénní služby, které jsou poskytovány přímo v přirozeném prostředí rodiny, zároveň jsou poměrně volné podmínky pro vstup rodičů a dítěte do služby (tj. služba dojíždí za klientem, je mu často i aktivně nabízena).

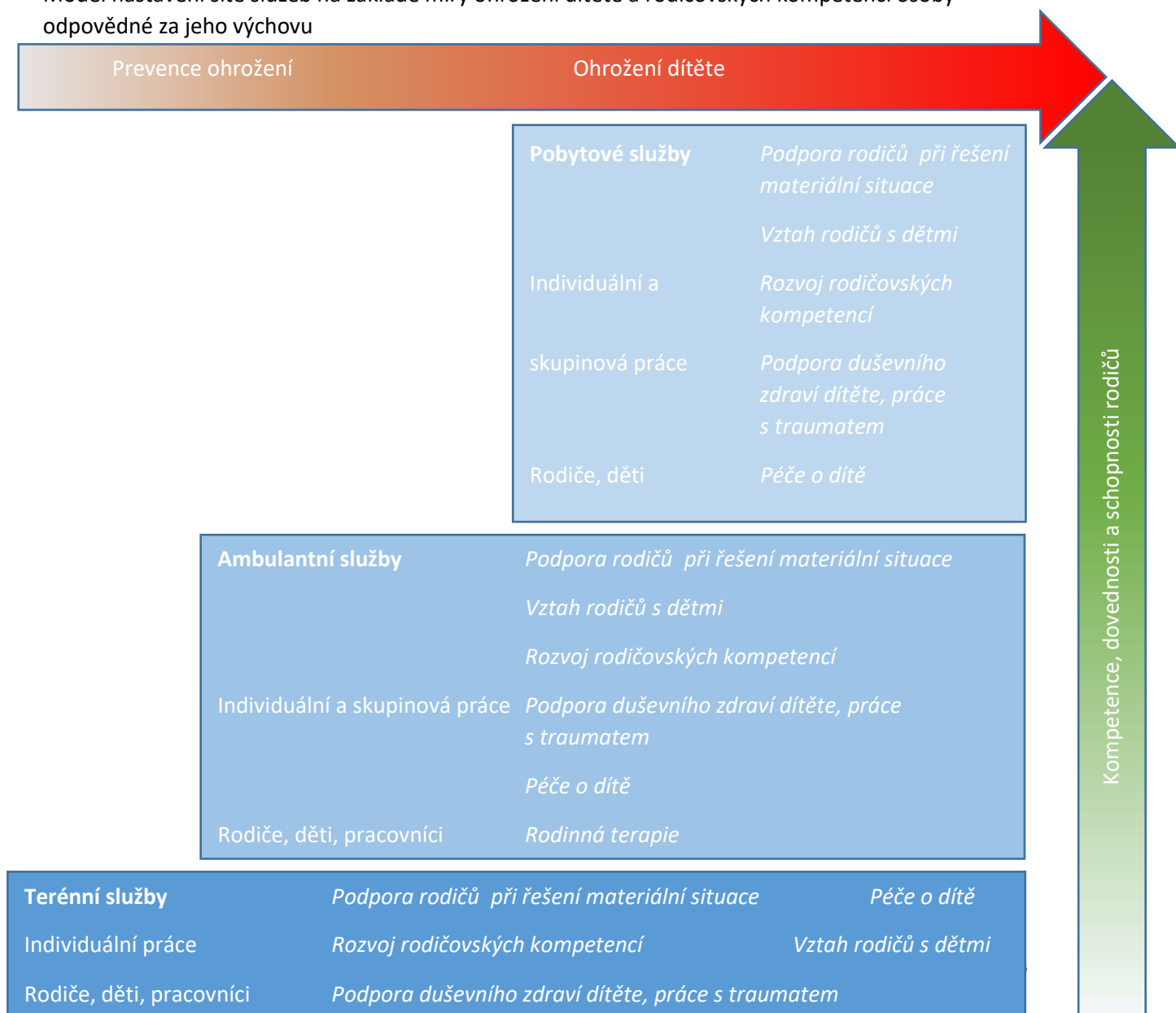
Dalšími stupni jsou pak služby ambulantní (rodina do služby dochází) a pobytové (rodina je ve službě ubytována). Zapojení do těchto typů služeb již pro rodinu představuje nutnost překonání některých podmínek a překážek. Tyto překážky (prahy) mohou být rázu materiálního (poplatek za službu, finanční prostředky na cestu do služby aj.), formálního (potřeba absolvování předchozího sociálního šetření, doporučení jiného subjektu, rozsudek soudu, rodina se musí nacházet v předem definované situaci apod.), někdy také využívání služby předpokládá určité kompetence a dovednosti členů rodiny (pravidelné docházení ve

stanovený čas, možnost dopravit se na větší vzdálenost, schopnost konstruktivní komunikace a řešení konfliktů apod.).

Každý typ služby pak poskytuje svou činnost různou **formou** (individuální, skupinová práce) pro různé **cílové skupiny** (celé rodiny, rodiče, děti, případně mohou být cílovou skupinou např. pracovníci pobytového zařízení pro děti atd.). Při návrhu činností jsme vycházeli zejména z výše uvedeného faktu, že hlavní příčinou umístování dětí do ústavní péče je nedostatečné péče rodičů vedoucí k zanedbání dítěte. Zároveň námi navržené činnosti popisují aktivity, které jsou již dnes zařízeními ústavní péče o děti vykonávány a tyto kapacity jsou tak při vhodném nastavení systému reálně dostupné (viz kapitolu 4.4).

Výběr vhodné služby se tak bude odvíjet od konkrétní situace rodiny a schopností a dovedností jejích členů. Nevhodná volba služby pro konkrétní rodinu pak může výrazně ztížit, či dokonce znemožnit možnost řešení její situace, nebo také nedostatečně reagovat na míru ohrožení dítěte. Je proto nanejvýš vhodné, aby síť služeb pro rodiny a děti obsahovala co nejpestřejší paletu typů služeb reagujících na různou intenzitu ohrožení dětí. Zároveň je vhodné jednotlivé typy služeb kombinovat tak, aby byly pokryty různé potřeby rodiny.

Model nastavení sítě služeb na základě míry ohrožení dítěte a rodičovských kompetencí osoby odpovědné za jeho výchovu



4.4 Možnosti transformace kapacit stávajících aktérů sítě služeb pro ohrožené děti

Jeden z nově vzniklých zdrojů v oblasti podpory rodin s ohroženými dětmi mohou vytvořit kapacity zařízení (DD3, ZDVOP, DOZP), která se budou postupně v příštích letech uvolňovat v souvislosti s nabýváním účinnosti ustanovení zákona o SPOD o zákazu umístování dětí do 3, resp. do 4 let do ústavní péče. Případně zmiňujeme služby, u kterých by rozšíření jejich kapacity o nové formy poskytování výrazně posílily možnosti celého systému. Kapacity pracovníků těchto zařízení tak mohou být využity k pokrytí služeb podporujících ohrožené děti bez toho, aby tyto děti musely být odděleny od svých rodin. Pracovníci transformovaných služeb se mohou uplatnit v mnoha aktivitách pro děti a jejich rodiny, níže proto navrhuje možné směry přeměny stávajících zařízení.

Pro přehlednost rozdělujeme služby na tři typy (terénní, ambulantní, pobytové). Všechny námi navrhované změny při tom již někteří z poskytovatelů služeb pro ohrožené rodiny praktikují a lze tedy říci, že jsou uskutečnitelné i za současných podmínek nastavení systému služeb pro ohrožené děti a rodiny. Tyto služby jsou buď popsány v dřívějších publikacích MPSV, nebo o jejich fungování referovali pracovníkům výjezdního týmu MPSV³¹ sami pracovníci navštívených služeb.

Terénní podpora rodiny

Terénní služby jsou služby s potenciálem nejvyšší dostupnosti svým uživatelům. Jejich výhodou je kromě dostupnosti i jejich flexibilita, zároveň tím, že probíhají přímo v přirozeném prostředí rodin, umožňují tyto služby navazování dobrých pracovních vztahů mezi poskytovateli a jejich uživateli. Nevýhodou těchto služeb je pak jejich náročnost spojená s dojížděním pracovníků do místa bydliště rodiny, které bývá finančně i časově náročné. Tento typ služby se tak hodí zejména pro spolupráci s rodinami trpícími závažným zdravotním omezením, extrémní chudobou, či sociálním vyloučením, kdy tyto faktory výrazně ovlivňují, či znemožňují možnost rodin dojíždět za službou do místa jejího sídla. Terénní služby jsou také vhodným nástrojem pro vyhledávání a vytipování dětí a rodin, které mohou být v ohrožení.

1. **Terénní podpora rodin při péči o dítě** – v této formě služeb se může uplatnit pečující personál zařízení typu dětský domov pro děti do 3 let (DD3), zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), který tvoří zdravotní sestry, či pracovníci v sociálních službách. Tito pracovníci mohou dojíždět do rodin ohrožených dětí a zde se podílet na péči o děti, a to jak nácvikem péče o dítě s rodičem a jeho edukací v tomto tématu (kromě nácviku samotného také rozhovory na témata jako je první pomoc při běžných dětských úrazech, postup při nemoci dítěte, výživa dítěte, hygiena dítěte apod.) tak zároveň také monitoringem kvality a rozsahu péče o dítě. Může jít také o doprovod rodiče s dítětem do zdravotnického zařízení a podpora rodiče tak, aby porozuměl obsahu sdělení lékaře a dokázal pak správně nastavit léčebný režim dítěte. Pro tento typ péče lze dobře využít zejména zdravotní sestry a sociální pracovníce působící v současnosti v DD3. V současné době byly pracovním týmem MPSV zachyceny dva DD3, které nabízí tuto terénní formu podpory. Vzhledem ke specifikům podpory rodičů, která se ocitá na pomezí sociálních služeb, služeb osob s pověřením k SPOD

³¹ Institut projektového řízení. Analýza inovativních služeb pro rodiny a děti v ČR. MPSV, 2019.

a zdravotních služeb domácí péče se jeví jako vhodné oficiální začlenění terénní služby konkrétního poskytovatele do jednoho z jmenovaných systémů (zdravotní, sociální, SPOD).

- 2. Terénní podpora při výchově** – Dalším aktérem, který se může výrazněji zapojit do oblasti terénních služeb jsou školská zařízení zajišťující podporu rodin při výchově a péči o jejich děti ambulantní, či pobytovou formou. Jedná se o zařízení Středisko výchovné péče (SVP), Speciálně pedagogické centrum (SPC), Pedagogicko-psychologická poradna (PPP), ale i o pobytová zařízení pro děti jako jsou dětské diagnostické ústavy (DDÚ), případně dětské domovy a dětské domovy se školou (DD, DDŠ), kdy posláním těchto služeb je mj. i podpora rodičů při výchově a péči o děti. Tyto služby by zároveň měly disponovat odborným personálem (etoped, speciální pedagog, psycholog atd.) schopným podpořit rodiče při jejich výchovném působení na děti. U tradičně ambulantních služeb SVP, SPC, PPP již v některých jednotlivých případech existují týmy pracovníků těchto služeb vykonávající činnost terénní formou. Stejně tak pracovníci MPSV během aktivity systematických návštěv ústavních zařízení zaznamenali případy některých pobytových zařízení pro děti (DD, ZDVOP), která terénní formou podporovala kontakt dětí s rodiči, případně i doprovázela rodiče dětí při vyřizování jejich záležitostí potřebných k návratu dětí do péče rodičů.

Ambulantní podpora rodin

Ambulantní služby poskytují podporu rodičům a dětem v daném místě výkonu služby, tj. rodina, či dítě službu navštěvují. To zjevně přináší určité výhody i nevýhody. Výhodou je jistě možnost koncentrovat v místě více pracovníků různých odborností, kteří pak jsou v dosahu uživateli služby, stejně jako navzájem ke konzultaci, dále tato forma přináší výhody organizační a také možnost specifického vybavení prostor speciálními pomůckami aj., které nemusí být v prostředí rodiny dostupné. Neopominutelnou výhodou je pak možnost skupinové práce. Výhodou skupinových aktivit je kromě možnosti podpory více rodin jedním pracovníkem také možnost zapojení rodin do vzájemné podpory, jejich zasíťování, a také využití pozitivního potenciálu jednotlivých rodin ve prospěch dalších zúčastněných.

Nevýhody ambulantní formy služeb spočívají zejména v možné stigmatizaci jejich uživatele, dále pak je pro návštěvu těchto služeb potřeba jistá míra motivace, případně schopností a možností uživatele. Tento typ služby tedy obsahuje několik možných bariér, které mohou zabraňovat v efektivní spolupráci uživatele a služby, jako jsou nedostupnost služby pro uživatele z důvodu vzdálenosti a nákladů na dopravu, nedostupnost služby z důvodu nízkých sociálních kompetencí uživatele, případně jeho zdravotního stavu, či zdravotního postižení atd. Tyto faktory je proto třeba mít na zřeteli a snažit se jejich negativní působení co nejvíce eliminovat, ať už opatřeními na straně zřizovatele služeb, nebo podporou na straně uživatele služby.

Aktivity pracovníků ambulantních služeb také nemusí probíhat pouze v prostorách služby samotné, ale mohou být např. ve spolupráci s místním mateřským centrem, či místním zdravotnickým zařízením prováděny v prostorách spolupracujícího subjektu. Takový postup může být výhodný nejen ekonomicky, ale může zároveň pomáhat předcházet stigmatizaci uživatele.

1. **Ambulantní podpora při péči** – Jedná se o trávení času rodiče s dítětem, případně o práci se samotným rodičem v prostorách služby, která byla doposud poskytována pouze pobytovou formou (zejm. DD3, ZDVOP, některá DD, DOZP). Podobně jako u terénní podpory péče o dítě se jedná o podporu rodiče při praktických činnostech péče o dítě s tím, že v ambulantní formě lze využít při provádění a nácviku jednotlivých úkonů i prostředky a pomůcky, které nemusí být rodině v jejím obydlí dostupné (např. speciální kompenzační pomůcky atd.). Ambulantní forma služby také může umožňovat díky možnosti zajištění soukromí během konzultace v některých případech lepší prostředí pro práci se vztahem dítěte a rodiče. Tyto aktivity dále mohou být rozšířeny o skupinovou práci s rodiči a jejich edukací na téma péče o děti.

U některých aktivit je nezbytná přítomnost dětí spolu s rodiči (např. podpora, či nácvik při manipulaci s kojencem, podpora rozvoje, či monitoring vztahu mezi dítětem a rodičem, nácvik vhodných způsobů trávení času rodiče s dítětem apod.), jindy může být naopak výhodnější po dobu aktivity s rodičem paralelní práce dalšího pracovníka s dítětem.

Specifickou formou ambulantních služeb je péče o děti formou **stacionáře**. Zejména v regionech, kde není dostatečná kapacita sociální služby denní a týdenní stacionář pro děti se jeví transformace služeb DD3 na formu denního stacionáře jako účelná. Výhodou této formy služby je nesporně fakt, že dítě neztrácí každodenní kontakt s rodičem, přičemž je během dne dostatečně zajištěna jeho péče. V případě nízkých kompetencí rodiče v péči o dítě je možné tuto službu kombinovat s podporou rozvoje rodičovských kompetencí rodiče.

2. **Ambulantní podpora při výchově dítěte** – Kromě tradičních ambulantních služeb jako jsou SVP, PPP, SPC, či poradnu pro rodinu a mezilidské vztahy navrhujeme rozšířit paletu služeb na podporu rodiny o ambulantní podporu rodiny v rámci DDÚ. Vycházíme při tom z toho, že DDÚ disponuje kapacitami odborných pracovníků věnujících se tématu duševního zdraví dětí a dětí s výraznými projevy v chování (etoped, psycholog), jejichž dostupnost je dle zjištění pracovníků MPSV v některých regionech ČR nedostatečná a jeví se nám proto jako účelné využít možné kapacity těchto zařízení. V úvahu také připadá vznik specifických ambulantních programů pro děti s náročnými projevy v chování a jejich rodiny.

Pobytová podpora rodin

Jedná se o pobyty rodičů s dětmi, či osob odpovědných za péči o dítě v prostorách služby. Tato služba je vhodná zejména pro situace, kdy je tímto pobytem řešena jednak schopnost péče rodiče o dítě, zároveň však také jeho bytová situace. Tato služba pak může být vhodná v situaci, kdy je vážná obava o zdraví dítěte v důsledku nedostatečné péče rodiče a je tak třeba častý a detailní monitoring dítěte a rodiče. Tento typ služeb je již v současnosti provozován ve většině zařízení DD3, jednalo by se tedy především o navýšení kapacit těchto služeb a zároveň využití prostor dříve užívaných pro péči o děti bez přítomnosti rodičů. Tato služba odpovídá svým obsahem sociální službě pobytové sociální rehabilitace a je proto nejvhodnějším řešením, aby poskytovatel služby tuto službu oficiálně registroval. Tímto způsobem je totiž zajištěn standard služby v oblasti práce s klientem a ochrany jeho práv, jsou takto vyřešeny případné legislativní otázky a zároveň poskytovatel předejde možnému správnímu řízení za neoprávněné poskytování sociálních služeb.

Další možností posílení pobytové složky služeb pro ohrožené rodiny pak může být větší spolupráce mezi jednotlivými aktéry služeb, kdy např. pracovníci transformované služby pracují terénní formou s rodinou ubytovanou v azylovém domě, či zvýšenou spoluprací mezi azylovým domem pro matky/rodiny s ambulantními službami na podporu péče a výchovy dětí.

4.5 Nutnost efektivního a transparentního řízení pomoci dítěti a jeho rodině a rozdělení odpovědnosti

Jak vyplývá z nástinu současného stavu a návrhu možných rozšiřujících prvků systému péče o ohrožené děti, existuje různorodá škála služeb pro rodiny a děti, kterých lze využít pro omezení umístování dětí do 7 let do ústavní péče. Je jistě třeba dodat, že nehledě na rozmanitost dostupných prostředků je také třeba jejich dostatečná kapacita a kvalita. Vzhledem k vrstevnatosti a určité nepřehlednosti systému se jeví jako nezbytné, aby podpora konkrétní rodiny a dítěte byla vždy řízena/koordinována některým ze subjektů a aby za kvalitu celého procesu někdo ručil. Je zřejmé, že u dětí vyhodnocených orgánem SPOD jako ohrožených dle par. 6 zákona č. 359/1999 Sb. má tuto roli vykonávat pracovník OSPOD. Otázka garanta podpory rodině v případě situace předcházející ohrožení dítěte, nicméně ve chvíli, kdy rodina o pomoc žádá, či je jí pomoc nabízena některým ze subjektů již ovšem tak jednoznačná není. Koordinace případu pak bude záviset na domluvě a spolupráci všech zúčastněných stran. Primárně by samozřejmě koordinátorem aktivit měla být rodina sama, nicméně ne vždy mají rodiče dostatečné schopnosti a znalosti podpůrné sítě a v takovém případě pak přichází na řadu některý z pomáhajících profesionálů. Vyslovujeme se proto pro jasné stanovení některého ze subjektů, který bude garantovat koordinovanou podporu rodině. V tuzemské praxi se již v současnosti využívají některé systematizované postupy, které lze pro situaci multidisciplinární spolupráce využít. Jedná se například o přístup „Tým okolo dítěte“, kdy se jednotliví aktéři scházejí na společných setkáních s rodinou, přičemž jsou tato setkání facilitována tak, aby docházelo k co nejefektivnější spolupráci³².

Je zároveň zřejmé, že efektivní spolupráce a její řízení nejsou možné bez kvalitně zpracovaného plánu řešení situace dítěte, který musí být společně sdílený a přijímaný všemi aktéry spolupráce. Bez společného plánu se totiž podpora dítěte a rodiny většinou dezintegruje do několika dílčích spolu zdánlivě nesouvisejících úkonů, kterým často ani sama rodina nerozumí. Namísto stabilizace situace tak může zapojení různých subjektů, byť v dobré víře, přinášet do situace rodiny jen další zmatek a zvyšovat tak napětí a stres v rodině. U dětí ohrožených dle zákona bude takovým plánem individuální plán ochrany dítěte (IPOD), u situací, kdy ještě dítě není ohroženo, ale rodina i zapojené subjekty vnímají potřebu podpory rodiny je stejně tak nutné stanovit cíle, kterých má být spoluprací dosaženo a způsobů, kterými se tak stane. Tuzemské zkušenosti totiž ukazují, že práce s rodinami, při které společný plán absentuje, často k vyřešení situace rodiny nevede.

³² Viz např. (online) <https://ranapecezin.cz/pro-odborniky/>