

**Zhodnocení a optimalizace řízení systému
sociálně-právní ochrany (ohrožených) dětí a rodin
ve vybraných regionech**

Věra Kuchařová a kol.

VÚPSV Praha, v.v.i.
2010

Vedoucí autorského týmu:

Věra Kuchařová

Autorský tým:

Pavel Bareš

Jana Barvíková

Hana Geissler

Milada Horáková

Olga Hubíková

Petr Hráský

Věra Jeřábková

Jaromíra Kotíková

Tomáš Kozelský

Danica Krause

Renata Kyzlinková

Věra Malá

Jitka Navrátilová

Monika Punová

Miroslava Rákoczyová

Kamila Svobodová

Anna Šťastná

Robert Trbola

Soňa Veverková

Helena Vychová

Drahomíra Zajíčková

Obsah

1. Úvod	7
2. Metodologie výzkumu	12
3. Definice základních pojmů	17
4. Typologie sledovaných pobytových zařízení	18
5. Vývoj ochrany dětí ve světě a u nás	21
5.1 Pojetí ochrany dětí	24
5.2 Pojetí sociálně-právní ochrany dětí u nás	25
5.3 Předpoklady sociálních pracovníků intervenovat do životních situací rodin	26
5.4 Sociální pracovníci a jejich role v rámci ochrany dětí	27
5.5 Role OSPOD při umísťování dětí do zařízení ústavní/ ochranné výchovy a sociálně-právní ochrany	28
5.6 Role OSPOD po nabytí právní moci rozhodnutí soudu o nařizení ÚV (dle § 28 zákona o SPO)	29
5.7 Role OSPOD při sledování výkonu ústavní a ochranné výchovy	29
I. Péče o ohrožené děti z pohledu pracovníků OSPOD	
1. Úvod	33
2. Role sociálního pracovníka v kontextu ochrany dětí	34
2.1 Náplň práce	35
2.2 Role pracovníků OSPOD	45
2.3 Vztah mezi pracovníkem a klientem	51
2.4 Shrnutí	57
3. Průběh a metody práce s rodinou	58
3.1 Posouzení životní situace klienta	59
3.2 Plánování intervence	61
3.3 Intervence	62
3.4 Evaluace	64
3.5 Shrnutí	65
4. Faktory ovlivňující práci s rodinou - organizační aspekty práce OSPOD (vnitřní faktory)	67
4.1 Systémy rozdělování případů mezi pracovníky OSPOD	67
4.2 Autonomní rozhodování pracovníků a týmová spolupráce	68
4.3 Supervize	70
4.4 Standardní postupy	72
4.5 Plán řešení	73
4.6 Existence písemných záznamů	73
4.7 Finanční a technické kapacity	74
4.8 Časové možnosti pracovníků OSPOD, administrativa vs. terén	74
4.9 Předávání případů mezi OSPOD	76
4.10 Zpětné přezkoumání případu, evaluace	78
4.11 Kvalifikace pracovníků OSPOD	78
4.12 Stížnosti na OSPOD	81
4.13 Shrnutí	82

5. Spolupráce OSPOD s externími organizacemi	85
5.1 Typy externích organizací a jejich zapojení v jednotlivých fázích případu	85
5.2 Přístup pracovníků OSPOD k využívání externích služeb a spolupráci s externími subjekty	86
5.2.1 Důvody zapojení služeb	86
5.2.2 Důvody absence služeb	87
5.3 Chybějící externí spolupráce	89
5.3.1 Obecné postřehy k dostupnosti externích služeb	89
5.3.2 Jaké externí služby pracovníkům OSPOD chybí?	91
5.4 Hodnocení spolupráce s externími subjekty	97
5.4.1 Obecné postřehy k hodnocení spolupráce s externími subjekty	97
5.4.2 Hodnocení spolupráce s vybranými složkami státu	99
5.4.3 Hodnocení spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi	105
5.4.4 Hodnocení spolupráce s podpůrnými poradenskými službami	107
5.4.5 Hodnocení spolupráce se zařízeními pro výkon ústavní výchovy	110
5.5 Absence spolupráce s externími subjekty z důvodu neochoty rodin spolupracovat	111
5.6 Shrnutí	114
6. Náhradní rodinná péče - dítě v péči širší rodiny	116
6.1 Důvody / typy případů - proč nemůže rodič pečovat	117
6.2 Kdo iniciuje přechod dítěte do péče širší rodiny a z jakého prostředí dítě přichází	118
6.3 Sociální práce s rodinou před umístěním dítěte mimo domácnost rodičů	120
6.4 Kdo z širší rodiny zajišťuje péči o dítě	123
6.5 Příbuzenská pěstounská péče	125
6.6 Reakce dítěte na svěření do péče příbuzné osoby	126
6.7 Prospívání dítěte v rámci širší rodiny	127
6.8 Sociální práce po zajištění péče o dítě v širší rodině - práce s rodiči, pečovateli a dětmi	130
6.9 Kontakty dítěte s biologickými rodiči	133
6.10 Kontakty dítěte s dalšími sourozenci	136
6.11 Možnosti budoucího návratu do domácnosti rodiče/rodičů	136
6.12 Spatřovaná rizika do budoucna	137
6.13 Shrnutí	139
7. Dítě v institucionální péči	141
7.1 Umístění dítěte mimo biologickou rodinu	141
7.2 Práce s rodinou před umístěním dítěte do ústavní výchovy	142
7.3 Volba pobytového zařízení	145
7.4 Příprava dítěte na umístění do pobytového zařízení	148
7.5 Reakce dítěte na oznámení o umístění do pobytového zařízení	151
7.6 Pobyt dítěte v zařízení	155
7.7 Kontakty sociálního pracovníka s rodinou po umístění dítěte do institucionální péče	159
7.8 Kontakty dítěte s rodinou po jeho umístění do institucionální péče	163
7.9 Kontakty sociálního pracovníka s dítětem po jeho umístění do institucionální péče	166
7.10 Víze návratu do rodiny	168
7.11 Náhradní rodinná péče	170
7.12 Následný monitoring rodiny po návratu dítěte z ústavní výchovy	172
7.13 Shrnutí	173
8. Závěry	176

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

1. Shrnutí hlavních poznatků o pobytových zařízeních a o situaci v pobytových zařízeních	185
2. Analýza individuálních případů dětí umístěných v pobytových zařízeních	192
Úvod	192
2.1 Souhrnné vyhodnocení systému péče o děti v ústavních zařízeních.....	193
2.1.1 Věk dětí a délka pobytu.....	193
2.1.2 Umísťování dětí do pobytových zařízení	197
2.1.3 Rodinné zázemí dětí.....	209
2.1.4 Rodinné kontakty	210
2.1.5 Práce s dětmi v pobytových zařízeních	212
2.1.6 Úroveň odbornosti a zvyšování kvalifikace zaměstnanců pobytových institucí.....	214
2.1.7 Základní informace o budovách pobytových institucí	217
2.2 Dětské domovy.....	220
2.2.1 Děti pobývající v zařízeních.....	220
2.2.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	251
2.3 Výchovné ústavy a dětské domovy se školou	275
2.3.1 Děti pobývající v zařízeních.....	275
2.3.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	293
2.4 Diagnostické ústavy	311
2.4.1 Děti pobývající v zařízeních.....	311
2.4.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	321
2.5 Střediska výchovné péče.....	331
2.5.1 Děti pobývající v zařízeních.....	331
2.5.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	336
2.6 Domovy pro zdravotně postižené	343
2.6.1 Děti pobývající v zařízeních.....	344
2.6.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	354
2.7 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let	365
2.7.1 Děti pobývající v zařízeních.....	365
2.7.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	375
2.8 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	385
2.8.1 Děti pobývající v zařízeních.....	385
2.8.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních	394
3. Výsledky pozorování v pobytových zařízeních	403
3.1 Zařízení pro děti mladší sedmi let.....	403
3.2 Zařízení pro děti starší sedmi let	404
3.2.1 Střediska výchovné péče, výchovné ústavy, diagnostické ústavy a dětské domovy se školou	404
3.2.2 Dětské domovy	406
3.2.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	408
3.2.4 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	410
3.3 Závěry.....	412

III. Služby pro rodiny, děti a mládež

1. Úvod	415
2. Základní údaje o organizacích a zařízeních a o jejich působení	417
2.1 Cílové skupiny dotazovaných zařízení	422
2.2 Pověření k sociálně-právní ochraně dětí	424

2.3 Kapacita a vytíženost zařízení	427
2.4 Personální a odborné zajištění poskytovaných služeb	429
2.5 Vybrané finanční aspekty poskytování služeb.....	435
3. Dostupnost služeb pro rodiny, děti a mládež	439
3.1 „Faktická“ dostupnost služeb pro rodiny a děti	439
3.2 Prostorová dostupnost	440
3.3 Finanční dostupnost	442
4. Spolupráce poskytovatelů služeb s orgány sociálně-právní ochrany dětí.....	444
5. Podmínky poskytování služeb a spolupráce s dalšími subjekty.....	449
6. Shrnutí	453
Seznam použité literatury	455
Seznam použitých zkratk	458
Přílohová část	
Příloha ke III. části	461

1. Úvod

V červenci 2009 přijala vláda České republiky dokument, který definuje klíčové aktivity nutné pro zvýšení kvality práce s ohroženými dětmi a rodinami - Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na roky 2009-2011. Hlavním cílem dlouhodobého procesu transformace celého systému je především zvýšení kvality práce a dostupnosti služeb pro ohrožené děti a rodiny, sjednocení postupu pracovníků při řešení konkrétní situace ohroženého dítěte, snížení počtu dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče a zvýšení životních šancí dětí, podpora rozvoje osobnosti dítěte, jeho nadání a rozumových i fyzických schopností v co nejširším objemu a zachování životní úrovně nezbytné pro jejich tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální vývoj (NAP). Transformace tak, jak je charakterizovaná v Národním akčním plánu, se týká následujících oblastí:

- prevence ohrožení dětí a rodin před rizikovým chováním,
- vyhledávání ohrožených dětí a rodin,
- práce s ohroženou rodinou s důrazem na zachování přirozeného prostředí dítěte,
- práce s dítětem v náhradní rodinné péči (náhradní rodina není vnímána jako ohrožená, ale jako vyžadující podporu),
- práce s dítětem v institucionální péči,
- podpora osamostatnění dítěte.

Idea celé transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti vychází z preambule Úmluvy OSN o právech dítěte, ve které je stanoveno, že dětství má pro svou tělesnou a duševní nezralost nárok na zvláštní péči, pomoc a právní ochranu. Rodina jako přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí a jako základní jednotka společnosti musí mít nárok na potřebnou ochranu a pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti. V zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění (Návrh opatření...).

Jednou z klíčových aktivit celé transformace je důkladná analýza systému péče o ohrožené děti v České republice, a to vzhledem k absenci informací kvalitativního i kvantitativního rázu, které by komplexně mapovaly současný stav systému práce s ohroženými dětmi. Národní akční plán explicitně stanoví, jaké oblasti by měla takováto analýza především zahrnovat. Pro získání ucelených informací o systému jak z hlediska personálního a finančního zajištění systému sociálně právní ochrany dětí a jeho řízení, tak také z hlediska klientů, je nutné analyzovat zejména (dle NAP):

- (1) postup ohroženého dítěte napříč systémem se zvláštním zřetelem k postihnutí metodického a odborného zajištění práce s dítětem,
- (2) regionální sítě služeb pro ohrožené děti a rodiny se zaměřením na možnosti pokrytí poptávky a potřeby různých typů služeb v jednotlivých regionech, ale také na finanční a personální souvislosti a otázky kvality a plánování služeb dle měnících se potřeb regionu,
- (3) řídicí, metodické a kontrolní funkce státní správy.

1. Úvod

Tato publikace předkládá souhrnné výsledky pilotního projektu analýzy systému péče o ohrožené děti ve vybraných krajích České republiky. Hlavním cílem je postihnout fungování a problémy celého systému péče o ohrožené děti nejen na úrovni reálné praxe zúčastněných subjektů, ale také z hlediska efektivity řízení, legislativního ukotvení a racionality financování.

Legislativní ukotvení, nákladovost a řízení systému péče o ohrožené děti je předmětem samostatné studie, která spolu s touto publikací tvoří celkový výstup projektu „Zhodnocení a optimalizace řízení systému sociálně-právní ochrany (ohrožených) dětí a rodin“.

V rámci tohoto projektu byl realizován rozsáhlý terénní výzkum skládající se z:

- (1) výzkumu na odděleních sociálně-právní ochrany dětí na úradech obcí s rozšířenou působností, při kterém byla provedena kvalitativní analýza řešení konkrétních případů spolu s posouzením spolupráce OSPOD s poskytovateli dalších relevantních služeb (zdravotnických, vzdělávacích, právních aj.),
- (2) výzkumu v pobytových zařízeních zřizovaných krajem nebo některým příslušným ministerstvem,
- (3) výzkumu dalších subjektů, podílejících se poskytovanými službami na práci s ohroženými dětmi a rodinami.

Analýza reálného fungování systému na krajské úrovni byla realizována ve třech pilotních regionech - **Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji**. Tyto kraje se přihlásily na výzvu MPSV se zájmem o ověřování NAP a k přípravě a realizaci pilotního projektu. Čtvrtým pilotním krajem transformace je Pardubický kraj, v němž byla analýza provedena jako první, a to již v první polovině roku 2010. V rámci realizace výzkumu v **Pardubickém kraji** byly použity a odzkoušeny nástroje a techniky sběru dat, které byly po jejich následné evaluaci upraveny a doplněny. V této modifikované podobě byly použity pro sběr dat v dalších třech zmiňovaných krajích. Předkládaná publikace analyzuje a syntetizuje výsledky za všechny pilotní kraje.

Na celorepublikové úrovni byla provedena výše zmíněná analýza řízení, financování a legislativní úpravy systému péče o ohrožené děti a rodiny.

Tato studie je složena ze tří hlavní částí, které svým obsahem odpovídají zaměření jednotlivých částí terénního výzkumu. **První část** vychází z kvalitativního výzkumu provedeného na odděleních sociálně-právní ochrany dětí a **je zaměřena na možnosti a limity sociální práce v rámci ochrany dětí**. Sociální práce existuje ve společenském kontextu, který ji do značné míry ovlivňuje. Vytváří rámec, v jehož intencích si sociální práce hledá svoji roli a vymezuje prostor své působnosti. Z hlediska zaměření této studie bude důležité zjistit, jakým způsobem je realizována sociální práce v rámci sociálně-právní ochrany dětí. Jakých možností mohou při práci s rodinami pracovníci SPO využít, stejně tak na jaké limity mohou narážet. V centru pozornosti jsou tedy sociální pracovníci, kteří jsou pověřeni výkonem sociálně-právní ochrany dětí. Jak bude poukázáno dále v textu, mají tito pracovníci velký mandát ovlivňovat životy dětí stejně jako jejich rodin v zájmu zlepšení jejich sociálního fungování. Minulost však poukázala na skutečnost, že velký mandát ve spojení s nedostatečnou odbornou kompetencí byl jedním z hlavních faktorů, který znamenal pro řadu dětí, že zůstaly bez ochrany v podmínkách, které pro ně znamenaly zanedbání péče, v horším případě týrání či zneužívání, či došlo dokonce k úmrtí dítěte. Na sociální pracovníky jsou tedy kladeny poměrně vysoké nároky. Na straně jedné je od

nich očekáváno, že budou dostatečnými profesionály, kteří dokážou s využitím svých znalostí a poznatků pracovat s rodinou, na straně druhé se musí vypořádat s nejistotami spojenými s hledáním těch „správných“ řešení pro konkrétní případy rodin a jejich dětí. Tato situace může být sociálními pracovníky zvláště tíživě prožívána v situacích, kdy mají rozhodnout, zda péče v rodině je pro dítě z hlediska jeho ochrany ještě přijatelná, či zda dochází k takovému narušení jeho ochrany a bezpečí, že bude nezbytné je umístit do péče jiné osoby či instituce.

V této práci bychom proto rádi porozuměli tomu, jak vypadá každodenní činnost sociálních pracovníků v rámci sociálně-právní ochrany dětí. Jsme si vědomi, že samotná činnost je definována a vymezena zákonem, nicméně to, co je podstatné a co stojí v centru naší pozornosti, je obsah a význam, jaký jednotlivým činnostem sociální pracovníci dávají. Předpokládáme, že porozumění obsahu aktivit každodenní činnosti sociálních pracovníků nám pomůže identifikovat možnosti i limity, se kterými se tito pracovníci při práci s klienty setkávají, a jež mohou mít zásadní vliv na dítě či rodinu v péči OSPOD.

Druhá část je především **souhrnem výsledků několika kvantitativních šetření**, která byla zaměřena na **základní aspekty fungování institucionální péče o děti** se zdravotními, výchovnými, sociálními a dalšími problémy.

Šetření v pobytových zařízeních pro děti a mládež zahrnovalo dva okruhy zjišťování. První okruh témat byl zaměřen na samotné klienty zařízení, tj. děti, které byly v době šetření umístěny v těchto zařízeních nebo jimi v nedávné době prošly. Tato data a jejich analýza si kladly za cíl prozkoumat širší souvislosti vstupu dítěte do systému SPOD, práce s dítětem v systému, konkrétně v době jeho pobytu mimo rodinu a příp. úspěšné vyřešení jeho životní situace a situace jeho rodiny. Zde nebyla analýza provedena úplně komplexně, ale zachycuje stěžejní prvky a souvislosti fungování systému z hlediska konkrétních případů dětí. Hlavní zájem této části studie se zaměřuje na tyto oblasti:

- okolnosti umístování dětí do pobytových zařízení (důvody, právní formy, přechody mezi různými zařízeními aj.),
- rodinné zázemí, ze kterého jsou děti „odebírány“ do zařízení (soužití rodičů, sociálně-ekonomická situace rodiny, sourozenecké skupiny a další) spolu s vybranými ukazateli kontaktů dětí s rodinou během pobytu v zařízení,
- práce sociálních pracovníků z hlediska dítěte (na základě jakých okolností jsou jimi děti umístovány do zařízení, jak je prováděna kontrola a revize případů),
- práce pracovníků zařízení z hlediska dítěte (plán péče o dítě, revize případů, výchovná opatření, výchovné problémy),
- „výsledek“ pobytu dítěte v zařízení (délka pobytu ve vztahu k účelu umístění, návraty dětí zpět do rodiny nebo další setrvání v systému institucionální péče).

Obecnějším cílem všech těchto zjišťování bylo zhodnotit odůvodněnost pobytu dětí v institucionální péči z hlediska adekvátnosti péče k charakteru problémů dítěte nebo jeho rodiny, oprávněnosti délky pobytu v zařízení(ch), účelnosti a efektivity institucionální péče (s ohledem na její odůvodnění v individuálních případech) a možností nahrazení této péče jinými formami služeb, tj. poskytovanými přímo dítěti a jeho rodině. Analýza předložená v druhé části této zprávy k tomuto cíli směřuje, ale poskytuje především popis stávající situace v institucích, který bude dále třeba analyzovat v souvislosti s poznatky o práci pracovníků OSPOD a o existující síti služeb pro rodiny a dalších podpůrných služeb.

Druhý typ zjišťování v pobytových zařízeních byl zaměřen přímo na tato zařízení, a to z těchto hlavních hledisek:

- jejich kapacity vč. jejího využívání,
- materiálních stránek péče o děti daných technickým stavem a vhodností budov zařízení a jejich vybaveností pro zabezpečení potřeb dětí, a to jak základních (biologických, hygienických atd.), tak i rozvojových (vzdělávání, volný čas, příprava na budoucí život),
- investičních a provozních nákladů ve sledovaných zařízeních,
- dostupnosti zařízení a intenzity spolupráce mezi zařízením a jeho okolím (kontakty dětí s rodinou, jejich vzdělávání, zabezpečení zdravotní péče či poznávání života mimo ústav atd.),
- kvalifikovanost odborného personálu, vč. jeho početnosti ve vztahu ke kapacitě zařízení, a zabezpečení chodu zařízení dalšími pracovníky a vč. dalšího vzdělávání.

Specifickou součástí šetření v pobytových zařízeních bylo zjišťování forem a kvality poskytované péče metodou pozorování. To sledovalo každodenní provoz v institucích z hlediska rozsahu a adekvátnosti péče, a to v souvislosti s materiálním vybavením, vč. kvality stravování či možností různorodých aktivit dětí i přístupností zařízení pro rodiče.

Konečným cílem této části analýzy je zhodnotit, zda jsou v institucích vytvářeny podmínky, které mohou zaručit dětem kvalitní péči. Přitom se vychází z předpokladu, že stěžejní součástí těchto podmínek je odbornost personálu, prostředí zajišťující základní materiální komfort a individuální rozvoj, otevřenost zařízení rodinám a okolnímu společenskému prostředí a spolupráce institucí s dalšími subjekty celého systému SPOD.

Třetí část studie je věnována **současnému stavu sítě sociálních služeb a služeb pro rodiny** ve sledovaných krajích, a to zejména rozsahu nabídky služeb, jejich dostupnosti, podmínkách jejich poskytování (jako financování a personální zajištění), a spolupráci subjektů služeb s dalšími aktéry v systému SPOD (sledovanými v prvních dvou částech). Ve této části studie byla zjišťována a vyhodnocována data o:

- poskytovatelích sociálních služeb, kteří se buďto přímo zaměřují na práci s rodinou, dětmi a mládeží nebo nabízejí služby, které jsou pro tyto cílové skupiny relevantní,
- organizacích působících v oblasti náhradní rodinné péče a
- dalších organizacích poskytujících psychologické, pedagogické či zdravotnické služby, které jsou relevantní pro uvedené cílové skupiny.

Od oslovených organizací byly zjišťovány tyto informace:

- základní charakteristiky organizace (sídlo zastřešující organizace, poskytované služby, cílové skupiny, pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí),
- spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí a dalšími subjekty,
- kapacita poskytovaných služeb a jejich vytíženost,
- personální a odborné zajištění poskytovaných služeb, kvalifikační předpoklady personálu a možnosti jejich rozvoje v organizaci,

- vybrané finanční aspekty (provozní a investiční náklady, struktura příjmů organizace),
- hlavní problémy, s nimiž se organizace při poskytování jejích služeb potýká,
- systém poskytování sociálních služeb, jejich návaznost a spolupráce mezi různými organizacemi,
- dostupnost organizací poskytovaných služeb (územní působnost).

2. Metodologie výzkumu

V celém projektu byla použita široká škála výzkumných nástrojů diferencovaných dle typu šetřených subjektů i charakteru zjišťovaných dat. Série dotazníků byla vyvinuta Georgette Mulheir z britské neziskové organizace Lumos a adaptována na české podmínky a systém sociálně-právní ochrany dětí. Tyto nástroje byly ze strany zadavatele stanoveny jako závazné výzkumné nástroje pro realizátora projektu (VÚPSV, v.v.i.). Výzkumný tým VÚPSV následně provedl další úpravy a doplnění nástrojů dle výsledků prvního pilotního odzkoušení v Pardubickém kraji. Paralelně byl vytvořen nový výzkumný nástroj pro šetření mezi poskytovateli sociálních služeb a subjekty provozujícími služby pro rodiny a pro děti a mládež s problémy.

V rámci výzkumu byly šetřeny tři hlavní skupiny subjektů působících v oblasti sociálně-právní ochrany dětí - (1) orgány sociálně-právní ochrany dětí obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, (2) pobytová zařízení pro děti a mládež a (3) poskytovatelé služeb podílejících se na práci s ohroženými dětmi a rodinami.

1. orgány sociálně-právní ochrany dětí obecních úřadů obcí s rozšířenou působností (dále jen „OSPOD“)

Na vybraných OSPOD probíhal výzkum v několika formách. Hlavní součástí byla **kvalitativní analýza řešení konkrétních případů** na OSPOD. S pracovníky oddělení byly realizovány hloubkové rozhovory o vybraných případech dětí a rodin, které byly zaměřeny primárně na podmínky sociální práce a postupy pracovníků při řešení vybraných případů. Pracovníci, s nimiž byly rozhovory realizovány, čerpali informace ze spisové dokumentace a ze svých vlastních zkušeností.

Za účelem reflektování diverzity případů vyskytujících se v praxi a zajištění dostatečného výskytu komplikovanějších kauz řešených v rámci oddělení, byla předem stanovena typologie šetřených případů:

- zanedbávání, zneužívání (CAN¹),
- úprava výchovných poměrů, výživné - případy úpravy výchovných poměrů (např. po rozvodu či rozchodu rodičů), kdy situace vyžadovala intenzivní práci z důvodu neshody rodičů o faktické péči o dítě/děti,
- špatná sociální situace rodiny (causis socialis) - případy, kdy nepříznivá ekonomická a sociální situace (způsobená nejrůznějšími faktory - ztráta práce, zadlužení se, ztráta bydlení apod.) měla za následek zásah orgánu sociálně-právní ochrany dětí,
- problémové chování dítěte (jako např. záškoláctví, drobná kriminalita...),
- postižení dítěte - rodiče/pečovatelé nemají dostatečný přístup k adekvátním službám, nebo mají potíže zvládat péči o dítě z důvodu jeho postižení,
- rodiče/pečovatelé nemohou pečovat o dítě z objektivních důvodů (např. z důvodu úmrtí, nemoci...).

¹ „**Syndrom CAN je** definován jako **poškození fyzického, psychického i sociálního stavu a vývoje dítěte**, které vzniká v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Příznaky CAN vznikají následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče. Dospělý agresor zde zneužívá fyzické síly či psychické nadřazenosti a moci nad komplementárně podřízeným a závislým dítětem.“

(zdroj: <http://www.icm.cz/syndrom-can-charakteristika>, 4. července 2010.)

Použitá metodika výzkumu je přínosná v tom, že zkoumané podmínky práce a postupy pracovníků OSPOD nebyly šetřeny izolovaně bez vazby na příběhy skutečných osob a jejich vývoj v čase. Rovněž byl zohledněn širší kontext v podobě systémových podmínek. Shromáždění kvalitativních dat pro analýzu zajistili vyškolení tazatelé z řad odborníků na sociálně-právní ochranu dětí.

Součástí sběru dat na OSPOD bylo také vyplnění dvou dotazníků, z nichž jeden se týkal základních údajů o dětech evidovaných OSPOD, organizace práce OSPOD a správního obvodu působení příslušného OSPOD. Druhý byl věnován personálnímu zajištění práce na pracovišti sociálně-právní ochrany dětí a kvalifikaci pracovníků.

Na vybraném velkém OSPOD v rámci každého kraje bylo dále provedeno statistické šetření, v němž byly sbírány základní informace o náhodně vybraném jednom stu aktuálně řešených případů.

Sběr dat v terénu probíhal v průběhu srpna a září roku 2010.

Výběr OSPOD byl prováděn se snahou získat vzorek pokud možno co nejrozmanitějších typů OSPOD dle velikosti sídla a správního obvodu a charakteru regionu. Výzkum probíhal na 5 orgánech sociálně-právní ochrany dětí obecních úřadů obcí s rozšířenou působností v Karlovarském kraji, 8 OSPOD v Olomouckém kraji a 8 OSPOD ve Zlínském kraji.

2. pobytová zařízení pro děti a mládež

Ve vybraných pobytových zařízeních byly metodou analýzy fluktuace případů (stock and flow analýza) sbírána zejména kvantitativní data o dětech umístovaných do těchto institucí a dětech, které již instituce opustily. Vedle toho byly sbírány metodou pozorování podklady o běžném provozu těchto zařízení a formou dotazníkového šetření sledovány materiální podmínky fungování zařízení, jeho začlenění v lokalitě a personální kapacity a kvalifikace pracovníků.

Shromáždění dat pro analýzu zajišťovala dvojice speciálně pro tento úkol vyškolených tazatelů z řad odborníků na sociálně-právní ochranu dětí a výkon ústavní výchovy.

Sběr dat v terénu probíhal v průběhu srpna a září roku 2010.

Výběr zařízení byl prováděn tak, aby byly zastoupeny všechny existující typy daných zařízení v kraji. Pokud je v kraji více zařízení stejného typu, zástupci těchto typů byly voleny se záměrem postihnout jejich diverzitu (s ohledem na velikost, místní dostupnost, charakter regionu apod.).

Do výzkumu byla zařazena následující zařízení (podrobně viz tabulka): kojené ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, střediska výchovné péče a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

2. Metodologie výzkumu

Tabulka č. 1 **Přehled šetřených pobytových zařízení, jejich kapacity a počtu klientů, dle krajů**

	Karlovarský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	celkem
celkový počet zařízení	9	16	15	40
celková kapacita všech zařízení	240	342	394	976
aktuální počet klientů	159	301	392	852
kojenecké ústavy a jiná zařízení pro děti do sedmi let věku	1	1	1	3
celková kapacita všech zařízení	60	50	21	131
aktuální celkový počet klientů	32	11	17	60
dětské domovy	4	7	5	16
celková kapacita všech zařízení	96	178	158	432
celkový počet klientů	78	154	143	375
výchovné ústavy	1	1	1	3
celková kapacita všech zařízení	40	48	32	120
celkový počet klientů	31	48	22	101
střediska výchovné péče	1	0	1	2
celková kapacita všech zařízení	8	0	48	56
aktuální počet klientů	7	0	59	66
dětské domovy se základní školou	1	1	1	3
celková kapacita všech zařízení	36	32	48	116
aktuální počet klientů	21	27	40	88
dětské diagnostické ústavy	0	1	2	3
celková kapacita všech zařízení	0	24	59	83
aktuální počet klientů	0	24	49	73
ústavy sociální péče a zvláštní zařízení a dětské domovy (centra) pro osoby se zdravotním postižením	1	4	4	9
celková kapacita všech zařízení	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
celkový počet klientů	11	29	39	79
zařízení pro děti vyžadující okamžitou péči	0	1	1	2
celková kapacita všech zařízení	0	10	28	38
celkový počet klientů	0	8	23	31

Zdroje: dokumenty jednotlivých zařízení, informace krajských úřadů, informace ze šetření provedeného v zařízeních v srpnu-září 2010

Pozn.: V ústavě sociální péče mající děti nebývá stanovena kapacita ústavu vyhrazená pro děti, řídí se aktuální potřebou.

3. poskytovatelé služeb podílející se na práci s ohroženými dětmi a rodinami

Do kvantitativního šetření byly zahrnuty tři základní skupiny subjektů: poskytovatelé vybraných typů sociálních služeb (1), organizace poskytující služby v oblasti náhradní rodinné péče (2) a vybrané organizace poskytující psychologické, pedagogické či zdravotnické služby, jež poskytují podporu a pomoc rodinám, dětem a mládeži (3). Jako relevantní pro zaměření tohoto výzkumu byly vytipovány tyto typy sociálních služeb:

- azylový dům,
- centrum denních služeb,

- denní stacionář,
- dům na půli cesty,
- intervenční centrum,
- kontaktní centrum,
- krizová pomoc,
- nízkoprahové zařízení pro děti a mládež,
- odborné sociální poradenství,
- raná péče,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociální rehabilitace,
- telefonická krizová pomoc,
- terapeutické komunity a
- terénní programy.

Do šetření přitom byly zahrnuty všechny organizace sídlící nebo působící v některém z pilotních krajů, které zajišťovaly tyto sociální služby:

- domy na půli cesty,
- intervenční centra,
- raná péče a
- sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Z poskytovatelů dalších sociálních služeb² byli do šetření zahrnuti již jen ti, kteří sídlili nebo působili v některém z pilotních krajů a zároveň poskytovali své služby buďto osobám mladším 27 let nebo je poskytovali bez omezení věku některé z těchto cílových skupin: společensky ohroženým dětem, dětem po ústavní péči nebo rodinám s dětmi.

Uvedené parametry pro výběr vzorku byly zjištěny s pomocí Registru poskytovatelů sociálních služeb. U vytipovaných organizací byl následně získán emailový kontakt (buďto přímo z Registru nebo byl dohledán podle identifikačních údajů organizace). Seznam kontaktů byl následně doplněn o emailové kontakty na organizace poskytující služby v oblasti náhradní rodinné péče a další typy služeb. Na emailové adresy organizací byly pomocí elektronické pošty rozeslány žádosti o vyplnění dotazníku společně s formulářem dotazníku. Pro druhé kolo rozesílání byly kontakty doplněny ve spolupráci s pracovníky pilotních krajů. Sběr dat probíhal od října do listopadu 2010.

Terénní **kvalitativní šetření** se zástupci vybraných OSPOD probíhalo formou hloubkových rozhovorů, z nichž byly pořízeny záznamy a doslovné přepisy. Rozhovory byly následně kódovány a analyzovány za využití softwaru pro analýzu kvalitativních

² Tj. organizací provozujících azylové domy, centra denních služeb, denní stacionáře, kontaktní centra, krizovou pomoc, odborné sociální poradenství, služby následné péče, sociální rehabilitaci, telefonickou krizovou pomoc, terapeutické komunity a terénní programy.

dat Atlas.ti. Do analýzy bylo zahrnuto celkem 50 rozhovorů z Karlovarského kraje, 52 rozhovorů z Olomouckého kraje, 50 rozhovorů ze Zlínského kraje a 51 rozhovorů z Pardubického kraje. Při rozhovorech a jejich zpracování byl kladen důraz na přísnou anonymitu zjišťovaných informací. Z tohoto důvodu nejsou v této závěrečné zprávě uváděna žádná jména, místní názvy či jiné znaky, které by mohly vést identifikaci jednotlivých oddělení OSPOD, jejich pracovníků či klientů a jejich rodin, se kterými pracují.

Vzhledem k tomu, že jedním z relevantních výstupů je krajské srovnání témat, která přinášela zajímavé výsledky vázané na daný region, je možno jednotlivé citace z rozhovorů přiřadit jednotlivým krajům pomocí jejich počátečních písmen uvedených vždy v závorce za citací (spolu s číslem rozhovoru).

Kvantitativní data byla analyzována za využití základních statistických metod a statistického softwaru SPSS. Metody byly voleny ve shodě s povahou získaných dat a s ohledem na výsledné velikosti souborů.

Při zjišťování údajů o dětech v pobytových zařízeních byly přísně dodržovány zásady anonymity. Tazatel neměl přístup k individuálním datům, děti byly identifikovány (jsou o nich záznamy) pouze podle běžně používaných indikátorů, tj. roku narození a pohlaví. Následně byla data zpracovávána statisticky, nikoliv o konkrétních jedincích nebo jejich skupinách. Hlavní zásadou zpracování bylo kvantifikovat údaje za typy zařízení, nicméně někde jsou ve všech krajích dohromady pouze dvě zařízení daného typu, v těchto případech a fázi zpracování proto nebylo možno zamezit možnosti vztáhnout souhrnná data (nikoliv individuální) ke konkrétnímu zařízení.

Také analýza informací o odbornosti pracovníků zařízení se řídí pravidly zachování anonymity, jejíž porušení zde nehrozí vzhledem k tomu, že byly zjišťovány pouze celkové počty, dotazy se netýkaly jednotlivců.

Při zpracování informací o technickém stavu, vybavenosti a dostupnosti pobytových zařízení nebylo možné plně zamezit možnosti identifikovat jednotlivé organizace (nikoliv jednotlivce) vzhledem k jejich počtům a způsobu vyhodnocení v této fázi zpracování projektu. V souhrnné kapitole o zařízeních nejsou jednotlivá zařízení zmiňována, ale v podkladových analýzách, kde jsou prováděna srovnání různé praxe, může dojít k identifikaci jednotlivých zařízení.

Při vyhodnocování sebraných dat o službách a organizacích, které je poskytují, jsme se zcela vyhnuli používání jejich konkrétních názvů a data jsou zpracovávána jen ve vztahu k typům služeb. Žádná individuální data zde zjišťována nebyla.

3. Definice základních pojmů

Ohrožené dítě - dítě, jehož základní potřeby nejsou naplňovány v dostatečné míře a je ohroženo rizikovým chováním.

Ohrožená rodina - rodina, jejíž základní funkce (např. ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a socializačně-výchovná atd.) nejsou dostatečně zabezpečeny a rodina takovou situaci není schopna vyřešit vlastními silami. Míra ohrožení je přitom posuzována s ohledem na dopad takového selhání na dítě.

Nejlepší zájem dítěte - takový stav, kdy je zachována životní úroveň a podmínky nezbytné pro jeho zdravý tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální rozvoj a je chráněno právo dítěte na plný a harmonický rozvoj jeho osobnosti a schopností; plnohodnotné dětství a osobní potenciál dítěte je plně vyvinut v rámci rodiny; cizí péče a podpora je dítěti poskytována jen v nezbytně nutné míře.

Ochrana dětí - je obecným termínem, který představuje jednotlivé kroky a procedury směřující k ochraně rozsáhlého souboru práv a oprávněných zájmů dítěte. Výraznými milníky v procesu zabezpečení práv dítěte bylo přijetí Deklarace práv dítěte VS OSN v roce 1959 a přijetí Úmluvy o právech dítěte v roce 1989. Přijetím těchto dokumentů se přiznávají dětem práva na jejich ochranu a definují se zvláštní záruky a péče, které dětem přináleží. Tento pojem je nadřazený pojmu sociálně-právní ochrana dětí.

Sociálně-právní ochrana dětí (SPOD) - vymezuje základní oblasti ochrany dítěte. V naší zemi je vymezena zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů jako:

- a. ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu;
- b. ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a
- c. působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny.

Mimo tento základní zákon je ochrana dětí řešena ještě řadou dalších zákonů. Pro definiční vymezení se v této práci budeme opírat především o vymezení SPOD vycházející z výše uvedeného zákona.

Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) - institucionálně zajišťuje sociálně-právní ochranu dětí. Jsou jimi krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí. Kromě nich zajišťují sociálně-právní ochranu dětí obce a kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně-právní ochranu dětí a další fyzické a právnické osoby pověřené výkonem sociálně-právní ochrany dětí krajským úřadem. Tyto později jmenované subjekty sice vykonávají sociálně-právní ochranu dětí, avšak není jim přiznáno postavení orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí - jsou sociální pracovníci, kteří mají pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí. Jejich náplň zahrnuje řadu aktivit, které vedou k zajištění blaha a ochrany dítěte.

Služby pro ohrožené dítě a rodinu - služby všech forem (terénní, ambulantní, pobytové, kombinované) v přímé práci s ohroženým dítětem a rodinou; tyto služby zahrnují především současné vymezení sociálních služeb a aktivit na podporu (poradenství, sociální péče, prevence) ohroženého dítěte a rodiny v rámci ostatních rezortů.

4. Typologie sledovaných pobytových zařízení

1. Zařízení sociálně-právní ochrany

§ 39 zákona o SPO rozlišuje čtyři typy zařízení sociálně-právní ochrany, z nichž předmětem našich analýz byla pouze tzv. **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** (§ 42-42n zákona o SPO), která poskytují pomoc a ochranu dítěti, jež se ocitlo bez jakékoliv péče nebo je-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohrožen. Dále se poskytuje péče a pomoc dítěti, které se ocitlo bez péče přiměřené jeho věku, dále jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané a o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou vážným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotní, psychologické a jiné obdobné péče. Dítě se v ZDVOP umísťuje na základě rozhodnutí soudu, žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností či zákonného zástupce nebo požádá-li o to dítě.

2. Zařízení preventivně výchovné péče

Preventivně výchovná péče (§ 16 zákona č. 109/2002 Sb.) je poskytování speciálně pedagogických a psychologických služeb dětem s rizikem poruch chování či s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji, u nichž není nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova, osobám odpovědným za výchovu a pedagogickým pracovníkům. Preventivně výchovná péče je poskytována **střediskem výchovné péče (SVP)**³ nebo **diagnostickým ústavem (DÚ)**, a to formou *ambulantních služeb* (na základě žádosti osob odpovědných za výchovu nebo dětí starších 15 let), *celodenních služeb* (na základě žádosti osob odpovědných za výchovu) nebo *internátních služeb* (na základě žádosti osob odpovědných za výchovu) - internátní pobyt trvá zpravidla 8 týdnů. Celodenní a internátní služby jsou poskytovány pouze po doporučení podle výsledků ambulantní péče (SVP nebo DÚ se k žádosti o tyto služby vyjádří nejpozději 14 dnů od jejího obdržení).

V rámci preventivně výchovné péče formou celodenních nebo internátních služeb se dětem poskytuje stravování a ubytování, a to za úplaty (podle § 27 zákona č. 109/2002 Sb.) na základě smlouvy mezi střediskem nebo diagnostickým ústavem a osobou odpovědnou za výchovu.

3. Školská zařízení ústavní péče

Ústavní výchova se nařizuje rozhodnutím soudu podle § 46 zákona o rodině v občanskoprávním řízení, pokud je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže z jiných vážných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit.

³ Středisko - SVP (§ 17 zákona č. 109/2002 Sb.) poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji dětí, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy.

Středisko poskytuje konzultace, odborné informace a pomoc osobám odpovědným za výchovu, pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení, škol a školských zařízení v oblasti výchovy a vzdělávání dětí s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a při jejich integraci do společnosti.

Ochranná výchova může být soudem pro mládež uložena, pokud a) o výchovu mladistvého není náležitě postaráno a nedostatek řádné výchovy nelze odstranit v jeho vlastní rodině nebo v rodině, v níž žije, b) dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána nebo c) prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy a nepostačuje uložení výchovných opatření (§ 22 zákona o soudnictví ve věcech mládeže). Ochrannou výchovu soud pro mládež uloží dítěti, které spáchalo čin, za nějž trestní zákon dovoluje uložení výjimečného trestu a které v době spáchání činu dovršilo dvanáctý rok svého věku a je mladší než patnáct let. Ochranná výchova může být uložena též dítěti mladšímu patnácti let, odůvodňuje-li to povaha spáchaného činu jinak trestného a je-li to nezbytně nutné k zajištění jeho řádné výchovy (§ 93 zákona o soudnictví ve věcech mládeže)

Školskými zařízeními ústavní péče⁴ jsou:

- a) **Diagnostický ústav**, kde dítě pobývá zpravidla 8 týdnů za účelem komplexního vyšetření. Dítě je poté umístěno do jednoho z níže uvedených zařízení. V odůvodněných případech a po dohodě s diagnostickým ústavem však lze dítě umístit do jednoho z níže uvedených zařízení, aniž by předcházel pobyt dítěte v diagnostickém ústavu.
- b) **Dětský domov** je zařízením určeným výlučně pro výkon ústavní výchovy.
- c) **Dětský domov se školou** je zařízením pro výkon ústavní výchovy u dětí s poruchami chování či s duševní poruchou vyžadující výchovně léčebnou péči a zařízením pro výkon ochranné výchovy. Do dětského domova se školou mohou být umístovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou.
- d) **Výchovný ústav** je určen jak pro výkon ústavní, tak i ochranné výchovy. Zpravidla zde pobývají děti starší 15 let s poruchami chování.

4. Zdravotnická ústavní zařízení

Kojenecké ústavy podle § 20 vyhlášky č. 242/1991 Sb. (v platném znění) poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do věku jednoho roku. Součástí poskytované péče je i výchovná a sociální péče. Důvody pro přijetí do kojeneckého ústavu mohou být různé. Vedle medicínských důvodů jsou to často i důvody sociální - děti opuštěné, zanedbané, týrané. Možné jsou i krátkodobé pobyty matky s dítětem - zácvk rehabilitace, edukace matky, těžká sociální situace. Dětské domovy podle téhož právního ustanovení poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, o něž nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči, a to ve věku od jednoho do tří let, pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů ji není nutné poskytovat starším dětem. V dětských domovech v rezortu ministerstva zdravotnictví tak mohou být i děti starší, a to zpravidla do pěti let věku. Kojenecký ústav a dětský domov je možno podle místních podmínek spojit do společného zařízení.⁵ Některé kojenecké ústavy se staly rovněž *zařízeními pro děti vyžadující okamžitou pomoc* dle zákona o SPO.

⁴ Výkon ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních upravuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁵ Bruthanová, D. a kol. Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku. VÚPSV, Praha 2005.

5. Zařízení sociálních služeb

Ústavy sociální péče se dle hlavy II přechodných ustanovení § 120 odst. 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, rozumí zařízení sociálních služeb uvedené v § 34 odst. 1 písm. c) až f), tj. týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

5. Vývoj ochrany dětí ve světě a u nás

Regulace ochrany dětí jak u nás, tak ve světě prochází periodickými změnami, které představují často velmi rozdílné přístupy obecně k rodině a speciálně pak k ochraně dětí. Lawrence (2004) uvádí, že ve vývoji ochrany dětí můžeme sledovat jak ortodoxní vědecko-medicínské přístupy zaměřené především na regulaci ochrany dětí, tak přístupy, které při ochraně dětí zdůrazňují spolupráci s rodiči a vytváření takových podmínek, ve kterých je podporováno vzájemné partnerství mezi rodiči a dětmi. Tyto přístupy pak vytváří obecný rámec, skrze který nejenom pohlížíme na interpretaci problematiky rodiny a ochrany dětí, ale který je také základem pro volbu intervencí. Každý z těchto přístupů vznikl na pozadí určitých událostí a okolností vývoje společnosti.

Autoři zabývající se vývojem ochrany dětí ve světě (Ferguson, 2004; Lawrence, 2004) uvádějí, že velké zásluhy na rozvoji moderního systému ochrany dětí měli dobrovolníci v devatenáctém století. Navíc rozvoj nových technologií umožňoval důkladnější zkoumání dětských nemocí a úmrtnosti, které nasměrovalo pozornost k takovým otázkám, jako bylo špatné zacházení a krutost na dětech, jež byly využívány pro práci v rychle se rozvíjejících fabrikách. O státní garanci ochrany dětí se v tomto období nedá hovořit. Iniciátory ochrany dětí byli duchovní, učitelé a medicínští odborníci. Pokud v tradičních společnostech nalezneme organizovanější formy sociální ochrany, potažmo sociální ochrany dětí, pak jsou jejich iniciátory především církve či jednotliví mecenáši, kteří organizují pomoc nuzným v duchu „křesťanské pomoci bližnímu“ (Vašek, 1933, 1941; Matoušek, Šustrová, 2001; Turpin, 2007). Iniciátory ochrany dětí u nás byli také jednotlivci, soukromé instituce, církve a jejich řády. Ochrana dětí byla tedy zajišťována skrze aktivity osvícených jednotlivců a charitativních skupin.

Zapojení veřejné správy do ochrany dětí můžeme zaznamenat až ve druhé polovině 19. století, kdy se veřejná správa ujímá úkolů souvisejících s péčí o chudé a potřebné. V roce 1896 byl vydán zemský zákon chudinský. Tento zákon byl nejenom jedním z prvních opatření veřejné správy, který chránil sociálně slabé jedince, ale jeho pozornost byla zaměřena také na otázky výživy a výchovy dětí chudých příslušníků obce a zařízení pro nápravu zanedbané mládeže. V období chudinských zákonů byla péče zajišťována domovskými obcemi. Ty se staly předchůdci pozdějších poskytovatelů, které představovaly různé veřejné instituce.

Péče o děti v rámci chudinských zákonů byla zaměřena především na ochranu osiřelých a opuštěných dětí, kterým chyběla péče vlastní rodiny. Těm pak byla poskytována péče ve zvláštních ústavech (sirotčince, dětské domovy, útulky) nebo v pěstounské péči. Poskytovatelům ochrany dětí bylo uloženo, aby děti osiřelé či opuštěné byly vychovávány a staly se tak způsobilými k výdělku.

Pěstounská péče na svém počátku vycházela z jiných priorit, než je tomu dnes. Kritériem pro výběr pěstounů nebyla kvalita poskytované služby, nýbrž jejich finanční dostupnost. Děti byly v rámci pěstounské péče často zneužívány k nepřiměřené práci, byly chápány jako levná pracovní síla.

Konec devatenáctého století přinesl také potřebu reformovat celý systém a přesunout břemeno péče z domovských obcí na vyšší útvary veřejné správy. To vedlo mimo jiné k vytvoření zemských sirotčích fondů na počátku dvacátého století. Část přebytků těchto sirotčích pokladen byla využívána k úhradám péče a výchově osiřelých, opuštěných a zanedbaných dětí. Byl tak vytvořen základ pro budování soustavné

péče o potřebné děti. Ta se soustředila jak na podporu individuální péče pěstounů v rodinách a v ústavech, tak byly podporovány i soukromé organizace a zařízení pro děti. Významným počinem bylo ustanovení okresních komisí pro děti a mládež v roce 1904. Následně vznikaly Zemské komise pro děti a mládež, které se stávaly výkonnými orgány zabezpečujícími péči o potřebné děti. Významným počinem v rámci okresní ochrany dětí bylo přijetí vládního nařízení č. 20/1930 Sb., o hromadném poručení, které zajišťovalo dětem, jež se ocitly bez péče dospělých osob, ochranu formou poručení, v rámci něhož byla hájena práva a zájmy dítěte.

Nové impulzy pro ochranu dětí nastávají v poválečném období. U nás byl v roce 1947 vydán zákon č. 48/1947 Sb., o organizaci péče o mládež. V rámci něho byly zřízeny komise okresní péče o mládež. V rámci nich pracovali jak zástupci národních výborů, tak odborníků, dobrovolníků a dalších zainteresovaných složek. Podstatným zásahem do činnosti ochrany dětí u nás byl v padesátých letech zákon č. 69/1952 Sb., o sociálně-právní ochraně mládeže. Zásadně se mění obsah péče o děti a mládež, do kterého výrazným způsobem zasahuje ideologie socialistického zřízení. V oblasti náhradní rodinné péče je preferována kolektivní péče. Hlavním kritériem pro umístění dítěte v náhradní rodině je výběr takové rodiny, která skýtá záruku, že bude dítě vychovávat v duchu ideových tradic socialistického režimu.

Také v zahraničí lze sledovat v polovině 50. let výrazný posun v otázce ochrany dětí. Novinkou je také to, že ochrana dětí se tematizuje v odborné literatuře, což do té doby nebylo. Lawrence (2004) to dává do souvislosti s rozvojem veřejných systémů ochrany v USA, Británii a Austrálii. Ty se zaměřují především na ochranu dětí před zanedbáváním a zneužíváním.

Šedesátá léta dvacátého století obrací pozornost ke specifickým péči o děti v důsledku rozvoje vědeckých postupů především v medicíně, které identifikují jednotlivé typy zneužívání dětí. Výrazný vliv na formulování přístupu k ochraně dětí měl v této době také rozvoj otázky dětských práv a ochrany. Zneužívání dětí je chápáno především jako onemocnění, které je zapotřebí zkoumat (Lawrence, 2004). Z toho důvodu je zdůrazňována nutnost klinického zkoumání zneužívání a předpokládá se spolupráce týmu odborníků na řešení tohoto problému. Okolnosti, které vedly ke zneužívání dětí, nenabývají v tomto období na důležitosti. Rovněž se nepočítá se zapojením rodičů do řešení problematiky zneužívání dětí. Na ochranu dětí je pohlíženo prizmatem pozitivistických věd, které zdůrazňují nutnost vědeckých postupů a procedur. Pronikání medicinalizace do činnosti profesionálů, kteří se otázkami ochrany dětí zabývají, jako jsou sociální pracovníci, psychologové či pediatři, vychází z předpokladu, že postupy, které lze využít v medicíně při léčbě pacientů, lze také využít při práci těchto profesionálů. K tomuto Matoušek (2001) poznamenává, že pro sociální pracovníky má medicinalizace jistou přitažlivost také z toho důvodu, že umožňuje „zvědečtit“ činnost sociálních pracovníků prostřednictvím různorodých standardů, schémat činností a postupů. Od sociálních pracovníků se očekává, že budou schopni poskytnout postupy a návody, které by byly měřitelné a poskytovaly by jistotu objektivistického pohledu. Snaha o vnímání sociální práce jako paralely k medicíně vycházela z představ, že sociální pracovník může využívat při své práci sadu objektivních (normativních) kritérií, které lze aplikovat za všech okolností (Navrátilová, 2010).

Šedesátá léta přinesla i pro naši zemi změnu v chápání sociálně-právní ochrany dětí. Přijetím zákona č. 94/1963 Sb., o rodině byla mimo jiné změněna kritéria výběru náhradních rodičů. Děti již nejsou svěřovány do rodin na základě jejich politické příslušnosti, ale v zájmu ochrany dětí jsou vybrány takové rodiny, které jsou zárukou řádné výchovy.

Konec šedesátých a sedmdesátá léta v reakci na předchozí období obrací pozornost ke skryté povaze problematiky ochrany dětí. Profesionálové se zaměřují na širší souvislosti a sledují podmínky dětí, které jsou „v riziku“. Je to také období, ve kterém se do popředí jak ve společenských, tak odborných debatách dostávají otázky sexuálního zneužívání dětí. Výrazný podíl na tom mají také média, která přinášejí informace o dětech - obětech sexuálního násilí. Přestože se do začátku sedmdesátých let pouze zřídka hovořilo o sexuálním zneužívání dětí, v sedmdesátých letech je sexuální zneužívání dětí definováno jako jeden z hlavních sociálních problémů té doby (Lawrence, 2004). Finklehor (2008, in: Lawrence, 2004) hovoří o tom, že dříve užívané prostředky k ochraně dětí založené především na sledování symptomů zneužívání selhaly. Předpokládalo se, že riziko pro děti může přicházet pouze zvenčí a nepočítalo se s tím, že sama rodina může být rizikovým zázemím pro děti. Právě dokumentace případů, ze kterých bylo patrné, že děti se staly oběťmi násilí ze strany rodičů, směřuje pozornost laické i odborné veřejnosti ke sledování podmínek v rodině a okolí zneužívaného dítěte. Na státěm zajišťované služby zabývající se ochranou dětí se snesla velká vlna kritiky. Této kritice byl podroben také medicínsko-sociální přístup k řešení problémů zneužívání dětí.

Konec sedmdesátých a osmdesátá léta byla výrazně poznamenána řadou společenských, politických a ekonomických změn, kterými procházely především západní země (Ferguson, 2003). To mělo také velký vliv na formování přístupu k problematice ochrany dětí. Osmdesátá léta jsou rovněž obdobím, kdy se sociální práce dostává pod palbu ostré kritiky, především těch, kteří zpochybňovali „welfare state“. V obecné rovině byla sociální práce kritizována kvůli tomu, že se hlásila k poměrně velkému mandátu, avšak nedisponovala dostatečnou škálou nástrojů (metod a technik) specifických pro její práci (Barker, 1995). Na hlavu sociálních pracovníků se snesla velká vlna kritiky. Množství případů zneužívaných či usmrcených dětí, které vypluly na povrch v předchozím období, bylo dáváno za vinu právě jim. Právě neschopnost včas identifikovat nebezpečí, kterým jsou děti vystaveny, a nedostatečné kompetence ochránit děti, vyvolaly velký vnější tlak na formování sociální práce. K tomuto tlaku přispěla v 80. letech také krize sociálního státu, v jejímž důsledku se stále zřetelněji ozývaly hlasy ze strany politických představitelů, aby se sociální práce stala nástrojem k uskutečňování nových sociálních opatření (Webb, 2001; Van der Laan, 1987).

Je patrné, že v tomto období výrazným způsobem vstupuje do vymezení obsahu a zaměření sociální práce společnost, která má - především prostřednictvím politických představitelů - zájem ovlivňovat podobu sociální práce, neboť jejím prostřednictvím lze provádět sociální kontrolu. Hlasy ze strany odborné i laické veřejnosti volaly především po tom, aby cílem činnosti sociálních pracovníků byla především sociální kontrola a řešení sociálních problémů. Dosavadní činnost sociálních pracovníků v oblasti ochrany dětí byla ze strany jak politických subjektů, tak odborné veřejnosti shledána nedostatečnou a bylo důrazně požadováno, aby činnost oddělení zabývajících se ochranou dětí byla restrukturalizována (Parton, 1998). Tato přeměna by však neměla být realizována pouze za účelem zlepšení ochrany dětí, nýbrž jejím nemalým cílem bylo ekonomické zefektivnění činnosti sociálních pracovníků. Fiskální krize v 80. letech vyžadovala přehodnocení a evaluaci dosavadních vládních programů. Od sociálních pracovníků bylo očekáváno, že převezmou svůj mandát intervenovat v zájmu ochrany dětí. Ten bude však podléhat větší kontrole a bude podřízen ekonomickému zájmu. Na tuto kolonizaci ekonomických zájmů před zájmy potřebných a jejich vliv na činnost sociálních pracovníků poukázala řada autorů (Chytil, 2007; Keller, 2007; Lorenz, 2007, Webb 2001). Tito autoři upozorňují na to, že důsledné uplatňování kontroly nad životy klientů a sociálních pracovníků v zájmu efektivity řešení problémů podkopává tradiční profesionální praxi a kulturu sociální práce. Uplatňování těchto principů vede k byrokratizaci

sociální práce (Howe, 1992). Přestože bylo využíváno v rámci ochrany dětí nových prostředků, jako byl např. registr zneužívaných dětí, případové konference či indikátory rozlišující rodiny, ve kterých je vysoké riziko výskytu zneužívání, byla pozornost sociálních pracovníků jen velmi málo zaměřena na prevenci zneužívání a péči o děti.

Devadesátá léta přinesla zvláště pak v anglicky mluvících zemích vlnu kritiky předchozího období. Terčem kritiky je především snaha velkých agentur zaštiťujících ochranu dětí vnútit jednotný postup v otázce péče o děti a nezohledňování jiných přístupů. Toto bylo chápáno jako necitlivý vpád do života dětí a rodin a nezohledňování kontextuálních souvislostí životních situací rodin. Změny v pojetí ochrany dětí v jiných zemích ovlivnily také situaci u nás. Na konci 90. let se projeví v nové formulaci zákona o sociálně-právní ochraně dětí, která opouští dosavadně aplikované principy. Zákon staví na první místo zajištění blaha dítěte a jeho práv. Přelom tisíciletí v kontextu společenských změn, v jejichž důsledku je mimo jiné kladen velký důraz na individuální práva jedinců, přesouvá pozornost k právům dětí, které jsou stále více vnímány jako nositelé určitých práv, na něž mají zákonný nárok.

5.1 Pojetí ochrany dětí

Státem zajištěná ochrana dětí může tedy nabývat různých podob a variací. Pohled na to, jakým způsobem má být přístupováno k zajištění práv dětí nemusí být vždy zcela jednoznačný. Jedním z důvodů této názorové různorodosti je, že principy a hodnoty zdůrazňované v otázce zabezpečení dětských práv se od sebe vzájemně liší. Volba a určení priorit má zásadní vliv na směřování ochrany dětí. Znamená rozdílný přístup a kritéria k posouzení potřeb dětí a posuzování rodičovské péče (Pierson, Thomas, 2006; Holland, 2004).

Barth (2008) poznamenává, že služby zaměřené na ochranu dětí, mají různorodé cíle, které oscilují kolem důrazu na ochranu dětí či směřují k zachování rodinné kontinuity. Na toto poukazuje ve svých pracích také Shmidt (2009), která identifikuje dva základní přístupy k právům dítěte a povinnostem rodičů a státu. Hovoří o tradičním a moderním přístupu k dětským právům. Zatímco v tradičním přístupu je pohlíženo na rodiče jako na zdroj zabezpečení práv dítěte, moderní, též zvaný humanistický přístup je postaven na hodnotě rodinného života, která zdůrazňuje emocionální vztah mezi rodičem a dítětem. Shmidt (2009) poznamenává, že tradiční přístup vychází z toho, že rodiče garantují své správné chování k dítěti a zajišťují mu tak bezpečí. Jak autorka poznamenává, tradiční přístup slučuje práva rodičů se zájmem dítěte. Činí to však způsobem, který vyzdvihuje zájem dítěte nad zájem rodiče. V rámci tohoto přístupu, jak poznamenávají Lawrence (2004), Holland (2004) a Shmidt (2009), je cílem kontrolovat chování rodičů prostřednictvím nástrojů státní politiky. Skrze sledování naplňování rodičovských povinností jsou zabezpečována práva dětí na jejich blaho a ochranu. Jedním ze základních rysů státní politiky ochrany dětí je v tomto případě plánování a uplatňování kontrolních mechanismů, které ztrácejí ze zřetele dlouhodobé efekty ochrany dětí (Barth, 2008).

Humanistický přístup staví do centra pozornosti jiné hodnoty. Jde především o zachování rodinné kontinuity. Tento přístup se začíná dostávat do popředí v první polovině devadesátých let. Barth (2008) poznamenává, že zdůrazňování rodinného života při zajišťování práv dětí je reakcí na uplatňování sociální politiky zdůrazňující kontrolu a plánování ochrany dětí, která se tak stala technicistní a dávala pouze malý prostor pro uplatňování psychologických faktorů při ochraně dětí. Shmidt (2009) poznamenává, že v humanistickém přístupu je od rodičů očekáváno, že si vytvoří pozitivní emocionální vztah k dítěti. Do popředí se dostává téma rozvoje rodičovských

kompetencí, zvláště pak těch, které směřují k podpoře takového chování dítěte, které vede k jeho úspěšnému zvládnutí sociálního tlaku, jemuž je dítě v každodenním životě vystaveno. Při zabezpečení ochrany dětí se v rámci tohoto přístupu počítá se sdílenou odpovědností mezi státem a rodiči. Nástroje, které jsou státem využívány, mají podle Bartha (2008) tyto čtyři základní cíle: (a) podpora rodin; (b) ochrana dětí; (c) plánování v zájmu zachování rodinné kontinuity; (d) zachování důležitých emocionálních vazeb. V rámci těchto cílů je k otázce ochrany dětí a práv rodičů přistupováno v širších souvislostech a uplatňuje se holistický pohled.

Pochopení rozdílností jednotlivých přístupů a jejich odlišných premis nám umožňuje lépe porozumět tomu, z čeho tyto přístupy vycházejí a k jakým důsledkům vedou v rámci ochrany dětí.

5.2 Pojetí sociálně-právní ochrany dětí u nás

Vymezení ochrany dětí je u nás nejvíce patrné ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Jak bylo výše poznamenáno, hlavním cílem je poskytnutí takové ochrany, která zabezpečuje dítěti příznivý vývoj a řádnou výchovu, chrání jeho zájmy a majetek a podporuje obnovení narušených funkcí rodiny.

Zákon vymezuje okruh dětí, které zvláště potřebují ochranu. Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti:

- jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti;
- které byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;
- které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;
- které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;
- na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost nebo jmění nebo je podezření ze spáchání takového činu.

Toto vymezení odpovídá základním cílům ochrany, jak jej u nás definuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Chrání především děti, které jsou zvláště zranitelné či ohrožené v důsledku nedostatečné výchovy či samy již vykazují známky rizikového chování.

Na základě zákonného vymezení lze odvozovat hlavní principy právní úpravy sociálně-právní ochrany dětí u nás. Mezi ně patří zejména:

- důraz na upřednostnění nejlepšího zájmu, prospěchu a blaha dítěte,
- nediskriminační přístup - sociálně-právní ochrana dětí je poskytována všem dětem,
- ochrana zdravého vývoje dětí z hlediska fyzického, psychického a mravního,
- ochrana před tělesným či duševním násilím,
- podpora preventivního působení na rodinné vztahy,

- podpora preventivního působení před patologickými jevy,
- zohledňování individuální situace dítěte a jeho vývoje,
- bezplatnost,
- ochrana je poskytována nezletilým dětem do 18 let.

Těchto principů má být dosaženo prostřednictvím činností orgánů sociálně-právní ochrany dětí, které upřesňuje zákon č. 359/1999 Sb. Mezi tyto činnosti patří zejména:

- vyhledání dětí, u nichž je ohrožen zdravý vývoj a výchova,
- působení na rodiče, aby plnili povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti,
- projednání s rodiči odstranění nedostatků ve výchově dítěte,
- projednání s dítětem nedostatků v jeho chování,
- tvorba předpokladů pro kulturní, sportovní, zájmovou a vzdělávací činnost,
- sledování nepříznivých vlivů působících na děti a zjišťování příčiny jejich vzniku.

Zaměření činností, které se očekávají od orgánů sociálně-právní ochrany dětí odpovídají spíše kontrolní funkci těchto úřadů. Jsou zde sice zmíněny aktivity, které mají spíše preventivní charakter, nicméně v celkovém duchu zákona vyznívají spíše okrajovým dojmem. Takovéto chápání činností pracovníků sociálně-právní ochrany dětí vytváří riziko, že preventivní aktivity sociálních pracovníků zaměřené na podporu rodičů v jejich rodičovských kompetencích nedosáhnou svého naplnění. Díkce zákona také může dávat jasný signál, že sociální pracovníci mají spíše kontrolovat, zda v rodině nedochází k ohrožení vývoje a výchovy dětí, než působit podpůrně pro rodiče, aby lépe zvládali zabezpečit dobré fungování svých rodin.

5.3 Předpoklady sociálních pracovníků intervenovat do životních situací rodin

Společenský vývoj mění velmi výrazně obraz společnosti, což vede k řadě situací, které mají praktický dopad na život rodin a jejich dětí. Otázkou zůstává, zda i sami sociální pracovníci jsou schopni reagovat na tyto změny a přizpůsobit své cíle a metody práce tak, aby dokázali reagovat způsobem, který vede ke zlepšení sociálního fungování svých klientů, v našem případě rodin, kde je ohrožená výchova dítěte.

Řada autorů poukazuje na to, že sociální práce by si měla ve změněných společenských podmínkách klást otázky vztahující se k její identitě, stejně jako by měla těmto změnám přizpůsobit své metody práce s klienty (Ferguson, 2004; Chytil, 2007, Lorenz, 2007; Musil, 2004, Navrátil, Navrátilová, 2008). Mezi nejmarkantnější změny, ke kterým došlo ve společnosti, patří změny týkající se rodiny (Možný, 2004, Sirovátka 2003). Domníváme se, že porozumění společenským změnám a jejich vlivu na rodinu nám může dát plastičtější pohled na to, jaké nástroje by měli mít sociální pracovníci, aby byli schopni reagovat na potřeby rodin, zvláště pak těch, které nejsou schopny poskytnout svým dětem řádnou výchovu a zabezpečit jim bezpečí a ochranu, kterou potřebují.

Například Možný (1990) poukázal na základní změny v oblasti rodiny, ovlivněné hodnotou individualismu, která se stala definičním znakem společenských změn.

V rodinném chování se podle něj projevuje (1) přechod od trvalého závazku k otevřenosti novým možnostem, (2) odklon od vzájemné oddanosti směrem k respektu a plné nezávislosti, (3) schopnost oběti pro vztah je nahrazena hledáním seberealizace skrze vztah a (4) nahrazení libiduální zdrženlivosti spontánní libiduální seberealizací. Procesy individualizace, které pronikly do oblasti rodinného života, představovaly pro rodiny mimo jiné také ztrátu modelů, které pro rodinu znamenaly návody a jistotu, jak za nových společenských podmínek reagovat, jak řešit nové nároky, které na ně byly ze strany společnosti kladeny. Pro rodiny to znamená, že se musí vyrovnat s novými situacemi a nároky, které jim každodenní život přináší (Navrátil, Navrátilová, 2008). Nejasnost očekávání, popřípadě jejich morální rozmazanost (Musil, Šrajer, 2008), ztráta jasného řádu či pevného (metafyzického) základu podle Giddense (1991) znamená, že jednotlivci se nacházejí ve stavu permanentního hledání zakotvení či identity. Pro rodiny to znamená, že dříve jasný cíl (výchova potomstva) se vytratil a není ani jasné, zda má toto být cílem, ke kterému by měla rodina směřovat. Rodiny jsou ve změněných podmínkách vystaveny řadě rizik a příležitostí. Před rodinami se v důsledku modernizačních procesů otevírají možnosti mnohých voleb. Tlak těchto voleb může být na jednotlivce i rodiny velmi značný a může působit narušení jejich sociálního fungování. Kopřiva (1997) hovoří v této souvislosti o teroru příležitostí, kterým jsou lidé vystaveni. Rodiny s dětmi jsou nuceny reagovat na tyto příležitosti a zvládat rizika s nimi spojená. V této souvislosti Sirovátka (2003) poznamenává, že tato rizika a nejistoty často souvisí právě s volbami, které musí jedinci (rodiny) učinit v souvislosti s množstvím příležitostí, kterým jsou vystaveny.

Mění se společenské podmínky nevyvolávají pouze potřebu lidí vytvářet si své vlastní plány a strategie, ale kladou také větší nároky na práci sociálních pracovníků. Gray (2008) poukazuje na to, že místo aby byli sociální pracovníci zaměřeni na řešení problémů klientů, měli by je spíše podporovat v jejich rozhodování řešit své problémy. Obdobně i Ferguson (2004) hovoří o tom, že sociální pracovníci by měli intervenovat do života lidí, aby jim pomohli s plánováním jejich života. To však předpokládá, že sociální pracovníci jsou schopni využívat různorodé metody a nástroje. V této souvislosti Musil (2004) poznamenává, že sociální pracovníci jsou vystavováni stále složitějším situacím klientů. To předpokládá, že sociální pracovník dokáže uvažovat o situaci klienta v jeho komplexitě a při hledání řešení využije tvůrčím způsobem řady nástrojů a metod, jejichž užití a důsledky zvažuje nejenom v jeho praktické, ale i teoretické rovině. V naší práci bychom proto také rádi porozuměli tomu, jakých nástrojů využívají sociální pracovníci při práci s rodinami, ve kterých je ohrožena výchova dětí.

5.4 Sociální pracovníci a jejich role v rámci ochrany dětí

Řada odborníků, ale i praktiků si velmi často kladou otázku, co je cílem činnosti sociálního pracovníka, nebo-li co je předmětem jeho intervence. Ačkoliv nacházíme u různých autorů rozličné pojetí role sociálních pracovníků, přece jenom se v posledních desetiletích setkáváme s pojetím sociální práce, které vztahuje aktivity sociálního pracovníka především k intervenci do životní situace klienta a k podpoře jeho fungování (Navrátil, 2003; Musil, Šrajer, 2008). V tomto ohledu nás v kontextu naší práce především zajímá, do jakých okolností životní situace rodin s dětmi vstupují sociální pracovníci a s jakými limity a možnostmi se potýkají při svém úsilí zlepšit sociální fungování těchto rodin.

Musil se Šrajerem (2008) chápou životní situaci jednak jako životní úkoly, které se před rodinou v průběhu jejich života objevují, jednak jako unikátní konfiguraci různorodých okolností života konkrétní rodiny, které jejím členům brání, aby své

Životní úkoly zvládali vlastními silami, bez pomoci jiných. Sociální pracovníci se dostávají do kontaktu s těmito rodinami především v těch okamžicích, které pro rodinu znamenají dle těchto autorů „zlomové úkoly“, jež představují pro rodinu mimořádně obtížnou životní situaci, již dokážou jen některé rodiny zvládnout bez pomoci zvenčí (odchod partnera z rodiny, ztráta zaměstnání, ztráta bydlení, závažné onemocnění v rodině, zneužívání návykových látek atp.). Sociální pracovníci při své intervenci do životní situace rodiny, která není schopna vlastními silami zvládnout svoji obtížnou situaci, mohou volit různé způsoby intervence a zdůrazňovat rozdílné přístupy k řešení problémů. Předpokládáme, že sledování přístupu a obsahu intervencí sociálních pracovníků k řešení obtížných životních situací nám přinese důležité poznatky o tom, jakým způsobem přistupují tito pracovníci k rodinám, které potřebují jejich pomoc, stejně jako nám pomohou porozumět tomu, jakým způsobem pohlížíjí na ochranu dětí v těchto rodinách.

5.5 Role OSPOD při umísťování dětí do zařízení ústavní/ ochranné výchovy a sociálně-právní ochrany

Ocitlo-li se nezletilé dítě bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny, je OSPOD povinen podat neprodleně návrh soudu na **vydání předběžného opatření** podle ustanovení § 76a občanského soudního řádu.

Osobou, které má být dítě předáno do péče, se rozumí osoba fyzická (příbuzný dítěte nebo osoba blízká dítěti a rodině, pěstouni určení pro výkon pěstounské péče na přechodnou dobu nebo jiná vhodná osoba) nebo osoba právnická, zejména zařízení pro výkon ústavní výchovy, zařízení sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením) nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.⁶ U zařízení v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy půjde zpravidla o příslušný diagnostický ústav. Je-li třeba předběžným opatřením umístit do zařízení pro výkon ústavní výchovy **dítě bez závažných výchovných problémů** (např. v důsledku jeho náhlého osíření), může obecní úřad obce s rozšířenou působností dohodnout s příslušným diagnostickým ústavem, že v návrhu uvede místo diagnostického ústavu konkrétní dětský domov (§ 5 odst. 8 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních). Není-li možné takový postup s diagnostickým ústavem předem dohodnout, např. z důvodu časové tísně, je nutné v návrhu vždy označit

⁶ „Žádný právní předpis nestanoví obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností povinnost navrhnout svěřením dítěte do péče jen některým fyzickým nebo právnickým osobám. V některých případech dětí, u nichž je třeba nařídit předběžné opatření, může být vhodným řešením jejich umístění do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc podle § 42 zákona. Obecní úřad obce s rozšířenou působností, který zvažuje možnost umístění dítěte do tohoto zařízení, však musí při hodnocení vhodnosti tohoto řešení velmi pečlivě a odpovědně posoudit, zda je v možnostech konkrétního zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytnout dítěti potřebnou odbornou péči, a to s ohledem na specifické potřeby každého jednotlivého dítěte (v závislosti na tom, zda jde o dítě osířelé, zanedbávané, týrané apod.). V naprosté většině případů nebude postačovat pouze způsobilost zařízení zajistit dítěti uspokojení základních životních potřeb, tj. stravování a ubytování. Naopak, bude zapotřebí zajistit dítěti rovněž kvalifikovanou výchovnou, terapeutickou, poradenskou, rehabilitační či jinou specializovanou péči v souladu s § 42a odst. 1 zákona. Příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností musí ve svém hodnocení vycházet z detailní znalosti parametrů konkrétního zařízení a skutečné kvality poskytovaných služeb (v úvahu je nutno brát personální obsazení zařízení, jeho kapacitu, úroveň vybavení atd.).“ Metodický pokyn MPSV ze dne 2.11.1995 k postupu obecních úřadů obcí s rozšířenou působností při poskytování pomoci ohroženým dětem (upravený podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů) - ve znění účinném od 15.3.2007, s. 3-4.

příslušný diagnostický ústav. Stejně tak je nezbytné vždy navrhnout umístění dítěte do příslušného diagnostického ústavu v případě, kdy diagnostický ústav na provedení potřebné diagnostiky dítěte trvá.⁷

Pokud se umísťují do ústavní výchovy **sourozenci**, OSPOD dbá na to, aby byli v ústavní výchově **umístěni společně**.

5.6 Role OSPOD po nabytí právní moci rozhodnutí soudu o nařízení ÚV (dle § 28 zákona o SPO)

- Po nabytí právní moci rozhodnutí soudu o nařízení ÚV OSPOD **sjedná dobu a místo přijetí dítěte** do příslušného zařízení a požádá rodiče či jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte o součinnost.
- Vyzve rodiče nebo jiné fyzické osoby odpovědné za výchovu dítěte, aby dítě ve stanoveném termínu předali určenému zařízení pro výkon ÚV, popřípadě může s jejich souhlasem zabezpečit umístění sám.
- Pokud se rodiče nebo jiné fyzické osoby odpovědné za výchovu dítěte rozhodnutí soudu nepodrobí, podá OSPOD soudu **návrh na výkon rozhodnutí**.
- OSPOD poskytuje soudu **součinnost při výkonu rozhodnutí** o výchově nezletilých dětí.

5.7 Role OSPOD při sledování výkonu ústavní a ochranné výchovy

Povinnosti OSPOD (§ 29 odst. 1-5 zákona o SPO)

Obecní úřad obce s rozšířenou působností sleduje **dodržování práv** v ústavních zařízeních (tj. ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, v ústavech sociální péče a ve zvláštních dětských zdravotnických zařízeních a v obdobných ústavech/zařízeních, umožňují-li zvláštní právní předpisy, aby byly zřízeny právníky nebo fyzickými osobami) sleduje zejména **rozvoj duševních a tělesných schopností dětí, trvají-li důvody pro pobyt** dítěte v ústavním zařízení, zjišťuje, jak se vyvíjejí **vztahy mezi dětmi a jejich rodiči**. Pracovníci OSPOD jsou povinni nejméně **jednou za 3 měsíce navštívit dítě**, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova, a nejméně **jednou za 3 měsíce navštívit rodiče** dítěte, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova.

„Ze zjištěných skutečností může pracovník OSPOD dovést, zda setrvání dítěte v ústavním zařízení je stále v jeho zájmu. Obdobně jako tomu je u přijetí dítěte do ústavní péče, tak i v průběhu jejího trvání sociální pracovníci působí k tomu, aby byli v ústavním zařízení umístěni sourozenci společně. Při návštěvě zařízení je pracovník OSPOD oprávněn nahlížet do dokumentace, kterou ústavní zařízení o dítěti vede. Pro případ, že pracovník OSPOD v zařízení zjistí porušení práv dítěte, zákon o SPO podrobně upravuje postup OSPOD zaměřený na nápravu těchto zjištění.“ (Špeciánová 2005).

⁷ Metodický pokyn MPSV ze dne 2.11.1995 k postupu obecních úřadů obcí s rozšířenou působností při poskytování pomoci ohroženým dětem (upravený podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů) - ve znění účinném od 15.3.2007.

Je-li dítě umístěno v ZDVOP na základě rozhodnutí soudu, je pracovník OSPOD povinen navštívit dítě podle potřeby, nejméně však jednou za 3 měsíce. Pobyt dítěte mimo toto zařízení u rodičů nebo jiných fyzických osob může být povolen jen po předchozím písemném souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

Povinnosti ústavního zařízení vůči OSPOD

Povinnosti ústavního zařízení vůči OSPOD upravuje zákon o SPO (§ 29 odst. 6 písm. a-g). Jedná se například o povinnost umožnit pracovníkovi OSPOD přístup do zařízení; poskytnout potřebné listiny; umožnit styk s dítětem; oznamovat OSPOD děti, které přicházejí v úvahu jako vhodné do náhradní rodinné péče; vyžádat si písemný souhlas OSPOD k pobytu dítěte umístěného v ústavním zařízení u rodičů, popřípadě jiných fyzických osob (nejvýše však v rozsahu 14 kalendářních dnů při jednom pobytu); informovat OSPOD o nadcházejícím propuštění dítěte z ústavního zařízení, o útěku dítěte ze zařízení a o jeho přemístění do jiného ústavního zařízení. Nesplnění těchto povinností je možno sankcionovat dle zákona o SPO.

Je-li dítě umístěno v ZDVOP na základě rozhodnutí soudu, výše uvedené povinnosti vůči OSPOD platí pro toto zařízení obdobně.

I. Péče o ohrožené děti z pohledu pracovníků OSPOD

1. Úvod

Tato část publikace se zaměřuje na vybrané aspekty práce sociálních pracovníků oddělení sociálně-právní ochrany dětí (dále OSPOD). Analýzu způsobu, jakým se pracuje s ohroženým dítětem a jeho rodinou, a to nejenom po stránce procedurální, ale především po stránce obsahové, lze považovat za základní předpoklad pro určení možností a limitů systému ochrany dětí a také za možná východiska pro transformaci existujícího systému ochrany ohrožených dětí.

Porozumění tomu, co je obsahem výkonu sociálního pracovníka při práci s ohroženým dítětem a jeho rodinou, je obsahem druhé kapitoly. Zajímají nás především role sociálních pracovníků, na které pohlížíme z několika aspektů. Sledujeme, jaká je náplň práce sociálních pracovníků při řešení životní situace jejich klientů (ohrožených dětí a jejich rodičů). Rovněž tak se snažíme identifikovat role, které na sebe sociální pracovníci OSPOD berou při práci s klienty, stejně jako vztahy, které mezi sebou mají pracovníci a jejich klienti.

Sledování průběhu a využívaných metod práce s rodinou je obsahem třetí kapitoly. Při analýze se snažíme identifikovat jednotlivé fáze práce s rodinou a jejich obsahovou náplň. Zajímá nás, zda se pracovníci při práci s klienty opírají o moderní metody sociální práce, či zda jejich práce není založena na postupech a metodách reflektující nové poznatky práce s klienty.

Ve čtvrté kapitole jsou diskutovány způsoby práce na odděleních OSPOD zahrnující analýzu podoby týmové spolupráce a časové vytíženosti pracovníků. Dále tato kapitola obsahuje informace o existenci a používání standardizovaných postupů a metodik práce, písemných plánů řešení a zpětného přehodnocování případů. Kapitola také stručně popisuje způsoby předávání případů mezi jednotlivými místně příslušnými OSPOD.

Další kapitola je věnována spolupráci OSPOD s externími organizacemi. Konkrétně je řešena spolupráce s širokou škálou externích subjektů od škol, zdravotnických zařízení, přes soudy, policii až po nejrůznější neziskové organizace a obecně prospěšné společnosti. Akcent je kladen zejména na chybějící podpůrné služby pro práci OSPOD a nedostatky ve vzájemné kooperaci.

Závěrečné kapitoly jsou věnovány situacím, kdy dítě z různých důvodů již nemohlo déle setrvat se svými biologickými rodiči. Šestá kapitola je věnována případům, ve kterých nemuselo dojít k umístění dítěte do institucionální péče, protože byly nalezeny možnosti jeho setrvání v rámci širší rodiny u příbuzných dítěte. Kapitola se věnuje otázkám funkce a místa širší rodiny v rámci sociálně-právní ochrany dětí a specifikům sociální práce v takovýchto situacích.

Sedmá kapitola je zaměřena na případy rodin, u kterých došlo k umístění dítěte do ústavní výchovy s důrazem na roli a způsob práce sociálních pracovníků. Všimáme si především specifik, které doprovázejí proces umísťování dítěte do ústavní péče. Zvláštní pozornost věnujeme práci sociálních pracovníků s rodinou a dítětem jak v procesu umísťování, tak v době, kdy bylo dítě svěřeno do jiné než rodičovské péče.

V závěrečné kapitole jsou uvedena klíčová zjištění vycházející z analýzy.

2. Role sociálního pracovníka v kontextu ochrany dětí

Hledání odpovědí na otázky o povaze sociální práce a roli sociálních pracovníků můžeme zaznamenat již od poloviny 19. století, tedy od doby, s níž jsou spojeny počátky sociální práce. Sociální práce se jako profese rozvíjí v souvislosti se společenskými změnami a v přímé reakci na problémy, se kterými se musela moderní společnost vypořádat, neboť pro ni představovaly určité ohrožení. Chytil (2007) hovoří o tom, že sociální práce vznikla v reakci na „společenskou a politickou“ zakázku řešit určité problematické události ve společnosti, jako byly chudoba, nezaměstnanost, péče o sirotky a vdovy atp. V této souvislosti Navrátil (1998) hovoří o tom, že společenská situace formuje dějiště, v jehož prostoru hledá sociální práce své místo, a reaguje na potřeby těch, kteří zažívají obtíže a nezvládají z různých důvodů nároky života.

Pro bližší pochopení podstaty sociální práce a role sociálních pracovníků vyjeme z vymezení oboru, jak jej v roce 2000 definovala Mezinárodní federace sociálních pracovníků. V jejím pojetí je sociální práce definována následujícím způsobem:

„(...) profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a zmocnění a osvobození lidí, aby podpořila jejich prospívání. Sociální práce využívá teorií lidského chování a sociálních systémů, aby intervenovala tam, kde lidé vstupují do interakce se svým prostředím. Pro sociální práci jsou základní principy lidských práv a spravedlnosti.“

Toto vymezení otevírá nová témata, která doposud nebyla v rámci identifikace role sociální práce definičně ukotvena. Mezinárodní federace sociálních pracovníků se tímto vymezením sociální práce snažila reagovat na nové problémové oblasti (např. sociální vyloučení), které s sebou přináší nové tisíciletí, a ukázat, že sociální práce je oborem, který se dynamicky rozvíjí podle potřeb klientů a společnosti. Nicméně, jak poznamenali někteří autoři (Chytil, 2007; Navrátil, 2005), toto vymezení sociální práce nereaguje na proměny postmoderní společnosti. Přestože definice otevírá nové možnosti zapojení sociálních pracovníků a identifikuje i základní předpoklady nezbytné pro výkon sociální práce, stále není zcela jisté, čím sociální práce je a jaká je její podstata. Nejistota ohledně toho, čím sociální práce je a co je cílem činnosti sociálních pracovníků, přetrvává již více než jedno a půl století. Předpokládáme, že tato nejednoznačnost ve vymezení bude mít dopad i na podobu toho, jak je sociální práce v praxi s klienty OSPOD vykonávána.

Pro sociální práci je charakteristické, že neexistují žádné absolutní postupy a předpisy, podle kterých by se měli sociální pracovníci řídit. Jednak formulace zákonů poskytují značný prostor pro individuální, respektive situační rozhodování, jednak nejsou některé oblasti působení pokryty žádnou legislativou. Vodítka v podobě etického kodexu či standardů kvality jsou spíše orientační. Navíc reakce klientů jsou proměnlivé a těžko vyzpytatelné (Janebová, R., Musil, L.; 2007). Jednotlivé role sociálního pracovníka totiž mohou být ve vzájemném konfliktu, a to i ve vztahu k jednomu a témuž řešenému případu. Nejistota při rozhodování však dle některých odborníků nemusí nést nutně pouze negativní znaky. Nejistota totiž může být i zdrojem otevřeného přístupu k věci, sebereflexe a kladení si nových otázek (Janebová, R., Musil, L.; 2007). Howe (1991) a Banks (1995) rozlišují dva rozdílné přístupy k praxi sociálního pracovníka, které by se však v ideálním případě měly doplňovat. Prvním přístupem je tzv. **defenzivní praxe**, která je charakteristická tím, že sociální pracovník jedná podle předpisů a plní své povinnosti definované zaměstnavatelem a

zákonem. Všude, kde je to možné, jsou zavedena pravidla pro práci, kterými se sociální pracovníci řídí. Problémem je, že klienti jsou přetvářeni tak, aby vyhovovali praktikám organizace (tj. vešli se do metodických standardů a příruček), místo toho, aby organizace byla přetvářena tak, aby byla schopna reagovat na potřeby klientů. Defenzivní praxi vykonávají sociální pracovníci zejména v rolích koordinátora, sběrače důkazů a finančního manažera. Druhým přístupem je tzv. **reflexivní praxe**, kde je sociální pracovník schopen reflektovat svou praxi. Snaží se o integraci znalostí, hodnot a dovedností a jejich využívání v praxi. Dokáže skloubit své osobní hodnoty s hodnotami profesními a lépe se vyrovnává s nejistotou, která sociální práci provází. Pracovník praktikující reflexivní praxi je většinou autonomní osobností schopnou nést morální odpovědnost za svá rozhodnutí (Matoušek a kol., 2003).

Ve studii popisujeme, jak vypadá běžná činnost sociálních pracovníků, speciálně těch, kteří pracují s rodinami s ohroženými dětmi v rámci orgánů sociálně-právní ochrany dětí ve vybraných krajích. Na roli sociálních pracovníků pohlížíme z několika aspektů. Jednak se pokoušíme identifikovat jednotlivé činnosti, které jsou součástí běžné agendy těchto pracovníků, jednak na základě těchto činností specifikujeme role, které na sebe pracovníci OSPOD při jednání s klienty berou. Posledním aspektem, na který zaměřujeme pozornost, je vztah mezi klientem a pracovníkem, který stejně jako řada dalších autorů (Holland, 2004; Gabura, Pružinská, 1995; Kopřiva, 1997; Waters, 1992) považujeme za klíčový při řešení případů klientů.

2.1 Náplň práce

K vymezení toho, co je obsahem činnosti sociálních pracovníků, přistupovali různí autoři rozdílným způsobem. To odráží jistou bezradnost a nejistotu v tom, čím by se sociální pracovníci ve skutečnosti měli zabývat. Jedna z nejstarších definic hovoří o tom, že „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“. Jiní autoři k dané otázce přistupují s názorem, že: „sociální práce je často to, co jiní - zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají“ (Hanvey a Philpot, 1996:1; in: Navrátil, 2003:84-93). Jiným způsobem vymezuje aktivity spojené s výkonem sociální práce Thompson (2000, in: Navrátil, 2007:15-19). V jeho pojetí mezi nejzákladnější činnosti sociálních pracovníků patří:

- hodnocení potřeb a životních okolností jak těch, kteří o sociální pomoc sami požádali, tak i těch, kteří se setkávají se sociální prací z „vyšší moci“;
- poskytování nebo zprostředkování služeb, které mají pomoci zabezpečit identifikované potřeby;
- realizaci facilitativních a podpůrných aktivit na úrovni individua, rodiny, skupiny nebo komunity při zvládání problémů;
- hodnocení stupně a povahy ohrožení, kterým je klient vystaven;
- navrhování, realizace a hodnocení ochranných plánů;
- zajišťování posudků pro jednání soudů;
- spoluúčast v multidisciplinárních týmech;
- zastupování a mediaci;
- navrhování a realizace preventivních opatření;
- naplňování zákonem definovaných opatření.

U námi sledovaných sociálních pracovníků OSPOD ve vybraných krajích jsme zaznamenali především následující vykonávané činnosti:

SBĚR INFORMACÍ

Pracovníci OSPOD potřebují při své práci s rodinou celou škálu rozmanitých informací, a to ve všech fázích. Práci s informacemi usnadňuje na některých pracovištích OSPOD informační systém SVI, ovšem pouze na těch, které se do systému včasné intervence zapojily. SVI slouží k databázi dětí v péči orgánů sociálně-právní ochrany dětí a je napojen na další instituce, které jsou z hlediska ochrany dětí nezbytné, jako je probační a mediační služba (viz např. Karlovy Vary), okresní soud, státní zastupitelství, služba kriminální a městské policie, SVP a pedagogicko-psychologická poradna. Součástí jsou také informace či znalecké posudky od specializovaných pracovišť, jejichž činnost se dotýká rovněž sociálně-právní ochrany dětí, jako jsou např. lékaři, logopedi, psychologové, školy atd. Databáze tedy slouží k pružnějšímu sdílení informací.

„Máme. Máme posouzení od odborníků, na jaké úrovni dítě bylo, psychologické posouzení, ze školy, správy, přímo od léčebny v jakém je dítě stavu.“ (KV26)

Na základě analýzy rozhovorů s pracovníky OSPOD je patrné, že sběr informací patří ke klíčovým prvkům náplně jejich práce. Získávání informací probíhá na jedné straně **záměrně a systematicky**, pracovníci se snaží získat co nejpodrobnější a co nejkomplexnější představu o situaci dítěte a rodiny. Na straně druhé dochází někdy k nezáměrnému získání nějaké informace, kdy pracovníka OSPOD nenapadlo některé informace zjišťovat, ale buď na ni náhodou narazí nebo mu ji někdo sám z vlastní iniciativy poskytne. S ohledem na to, že sběr informací probíhá ve všech fázích práce s rodinou ohroženého dítěte, jeho účel může být v různých fázích odlišný. Stejně tak jeho intenzita, přestože probíhá kontinuálně, může být v různých fázích rozdílná. Zaznamenali jsme vyšší intenzitu této činnosti ve fázi po přijetí podnětu či v době před uskutečněním zásadního rozhodnutí. Kontinuita tohoto procesu je dána také tím, že situace klienta se neustále mění a pracovníci potřebují shromažďovat stále nové informace, stejně jako ověřovat již získané. Nutnost reagovat na měnící se situaci klienta vyžaduje tedy neustálou aktualizaci informací.

„Okamžitě jsme jeli prošetřit podmínky, jestli je dítě nutné hned nebo tu hodinu nebo týž den z podmínek odebrat. Prošetřili jsme to doma, zjistili jsme u sousedů, že holčička bývá sama často. Tak jsme usoudili, že podáme na podnět předběžné opatření a bude dostačující, když následující den by bylo dítě z prostředí odebráno.“ (KV5)

Podle představ pracovníků OSPOD má sběr informací zcela zásadní význam v úvodní fázi, kdy má být učiněno posouzení životní situace klienta. V této fázi musí pracovníci získat celkový pohled na životní situaci klienta. Nejvíce se jim osvědčuje, když sami uskuteční **šetření v rodině**. Tato šetření jsou součástí všech řešených případů, přičemž v některých případech jsou prováděny spíše formálně, ale obvykle se jim věnuje velká pozornost. Pracovníci OSPOD vypovídají, že šetření přikládají velký význam, proto je provádějí pečlivě, opakovaně. Obvykle jsou tato šetření neohlášená, aby zjištěné informace co nejvíce vypovídaly o běžném stavu sledované domácnosti.

„Požádám teda klienta, aby mě doprovodil po bytě, aby mi ukázal, jak ten byt je uspořádaný, kde má dítě svoje zázemí. A teprve potom, v podstatě se dostaneme k nějakým těm jednotlivým bodům, to znamená, zjišťuju, jestli jsou zaměstnaní, jaký jsou jejich finanční situace momentálně, jestli je dítě zdravý, jak chodí do škol.“ (KV50)

V některých případech se ovšem stává, že dříve, než mohou pracovníci toto šetření provést, musí domácnost klienta nalézt. **Dohledávání aktuálního bydliště klienta** bývá pracné, obzvláště v případech, kdy mají rodiče snahu se před pracovníky schovávat a místo bydliště tajit.

„Oni nám z té nemocnice nahlásili, že maminka se zdržuje na určité adrese, my jsme tam šli, tam na té adrese se nezdržovala, sousedé řekli, že už tam dávno nebydlí, tak jsme se snažili najít to místo trvalého bydliště, tam jsme zjistili, že už tam také nebydlí, až se nám potom podařilo zjistit, během dvou nebo tří dnů se nám podařilo zjistit ošetřující lékařku, zjistili jsme teda tu ošetřující lékařku, s tou jsme se spojili a ta nám řekla, že ta maminka tam zrovna byla ten den ráno, a že holčička má zase nějakou tržnou ránu na hlavičce.“ (KV17)

Sběr informací nabývá u sociálních pracovníků na významu zvláště v situaci, kdy mají (spolu)rozhodovat, komu bude dítě svěřeno do péče. Pokud připadá v úvahu možnost, že dítě bude svěřeno do péče někomu z širší rodiny, či bude umístěno mimo rodinu, snaží se pracovníci o podrobné zmapování situace a získání všech dostupných informací, zejména co se potenciálně pečující osoby či osob týče.

„Když jsme třeba byli v kontaktu se sociální pracovníci, kde zpočátku nám prošetřovala poměry u té tety, když jsme teda to zjišťovali, jestli jít do té cizí péče, té tetě ji dát.“ (KV17)

Sběr informací je integrální součástí řešení případu. Někdy je hlavním účelem sběr důkazního materiálu při dalším řízení o případu, jindy má charakter podkladového materiálu pro volbu intervence. Pracovníci se o informace o klientech a jejich situaci opírají při iniciálním posouzení jejich životní situace, při rozhodování, stanovování cílů, volbě intervence, průběžné i konečné evaluaci. Stejně tak mají své významné místo při revizi dosavadního postupu.

Nezbytnost informací se ještě více ukazuje u případů, které se vyznačují složitostí a komplikovaností. Rozhodovací nejistota a napětí nastává i ve chvíli, kdy pracovník nemá dostatečné množství věrohodných informací, na základě kterých může učinit adekvátní rozhodnutí. Tato situace, kdy nelze případ komplexně uvážlivě posoudit, však není vzhledem k povaze sociální práce pracovníků OSPOD výjimečná. V několika ze zkoumaných případů jsme situace, kdy pracovník popisuje nejistotu, či přímo bezradnost při svém rozhodování, identifikovali poměrně jasně. Typicky se jednalo o situace, kdy jsou spolehlivé informace téměř nedostupné, ale riziko nesprávného rozhodnutí je příliš velké - např. jedná-li se o podezření na týrání dětí, sexuální zneužívání, abusů návykových látek apod. Rozhodnutí na základě falešného podezření může vážně ohrozit rodiče, případně traumatizovat dítě, zejména pokud je umístěno do ÚP, naopak podcenění některých indicií a nedostatečná intervence ze strany pracovníků OSPOD může těžce a trvale poškodit dítě. V těchto situacích pracovníci OSPOD obvykle vyvíjejí velmi intenzivní úsilí a invenci při získávání informací, opouštějí rutinní postupy a prokazují významné osobní nasazení. V některých případech se však nakonec rozhodování zprostí pro nedostatek informací a případ předají jiné instituci, např. PČR.

„No a vypadalo to, že odjedeme jakoby s nepořízenou. Tak mě teda napadlo, jestli by mně [syn] neukázal ruce, že jo, protože přece jenom jako ta policie může jenom někdy, tak já jsem si říkala - tak já to zkusím, jestli mně vyhrne rukávy. Tak vyhrnul rukávy a on tam měl jako rozpíchaný ruce. Takže jsem si to všechno nafotila, nafotila jsem si domácnost, nafotila jsem si kluka, v jakým je stavu. Policajti je brali oba dva na výslech, takže se sepsaly úřední záznamy, kdy matka vypověděla, že si aplikuje opium a ten syn vypověděl taky, že si aplikuje opium.“ (P15)

Dokumentace a zaznamenání informací je vedeno většinou v písemné podobě. Občas jsou k dispozici i obrazové podklady (fotografie), méně často jsou archivovány zvukové nahrávky. V písemné podobě pracovníci informace buď sami zaznamenávají anebo shromažďují různé dokumenty (posudky, zprávy atp.) jiných institucí. Sběr informací je velmi úzce propojen s jinou činností sociálních pracovníků, které se rovněž věnují každodenně a která rovněž prostupuje všemi fázemi práce na případu, tj. s administrativou.

„Musím říct, že já jsem ještě v únoru nahrávala děti na diktafon, to jsem někdy říkala, že děti říkaly, že tatínek znovu na ně křičí, že i přesto řízení, co jde, že nadále, když je na styku...že ta sedmiletá jediná stojí o kontakt s ním, on jí sliboval koně, teď je ve fázi, kdy jí koně koupil, tak jsme ve fázi, kdy ona jediná tam na styk jezdí, tatínek i nadále pije..holka vidí prostě, že si doma dá táta doma pivo - a veze ji domů k matce, to mi řekla do diktafonu, u té starší otec tomu jejímu příteli vyhrožoval zabitím..to jsem nahrála, zdokumentovala, protože jsme vybaveni.“ (KV11)

ADMINISTRATIVA

Plnění administrativních úkolů různého druhu je zejména z hlediska časové náročnosti významnou součástí každodenní náplně práce všech dotázaných pracovníků OSPOD (srovnej s kapitolou 4). Administrativa prolíná většinou jejich činností, je spojena se všemi fázemi intervence a dotýká se většiny ostatní náplně práce. Administrativa je součástí mnoha rolí sociálního pracovníka v rámci sociálně-právní ochrany dětí. Většina pracovníků OSPOD si uvědomuje, že byt jsou administrativní činnosti jednou z nejčastějších aktivit, kterými se při své každodenní práci zabývají, nespočívá v nich těžiště jejich činnosti. Přestože vnímají administrativu jako významnou a důležitou součást své práce, chápou ji především jako nezbytný prostředek, nikoliv jako cíl své práce. Dle výpovědí dotázaných nedochází k tomu, že by se administrativa stala samoučelem.

„Těch záznamů je spousta, ale pro nás je to zase dobře, protože pak už ztrácíme přehled, co už bylo před rokem. Takže máme možnost díky zápisům se v tom orientovat.“ (KV6)

Nejčastěji je mezi administrativními činnostmi uváděno **vedení spisu**, v němž vidí pracovníci největší smysl a užitek především v tom, že uchovávají klíčové informace pro sebe, případně pro kolegy.

„Takhle, jelikož jsem toho chlapce přebrala, takže to co mi přišlo vhodné, když jsem si mohla přečíst záznamy, který byly předtím, teďka samozřejmě tím, že ho mám tady dejme tomu každých 14 dní pravidelně, tak samozřejmě mě to přijde možná občas nadbytečné, ale na druhou stranu, kdyby ten případ si přebral někdo jiný nebo cokoliv, tak samozřejmě užitečné a důležité.“ (KV9)

V některých případech jsme také zaznamenali, že pracovníci vnímají podrobné vedení spisu i jako prostředek krytí pro případ, že by došlo na nějaké problémy či stížnosti.

„Já v podstatě tak nějak ze zkušenosti nebo z letité praxe vidím, že v podstatě člověk dělá tu administrativu proto, aby chránil sebe, aby ty důkazy a podklady měl a to je někdy složitější.“ (KV42)

Vzhledem k tomu, že se v řadě OSPOD vůbec nedělá písemný plán intervence, může být spis rovněž někdy, i když asi poněkud nahodile a nesystematicky, využit také k jakémusi „plánování v hrubých rysech“.

„Jako dělám součástí spisů na úřední záznamy, kde se vytučňují a zvýrazňují v bodech úkoly, které platí do budoucna. To znamená, když se ten spis při další návštěvě otevře, tak je jasné co se očekávalo.“ (KV40)

Někteří dotázaní pracovníci OSPOD považují detailní vedení spisu za způsob, jak ušetřit čas později tím, že budou mít všechny podrobné informace o případu okamžitě po ruce. Z tohoto hlediska by volili raději takový způsob vedení spisů, který spíše podporuje zaznamenávání velké řady informací.

Velká administrativní zátěž je dle dotázaných také spojena s tím, když je pracovník OSPOD sám v roli experta a je od něj očekáváno, že **vypracuje odborné posudky pro policii, soudy** atd.

FINANČNÍ MANAGEMENT

Finanční management se nejčastěji omezuje na poměrně **jednoduché a spíše jednorázové poradenství**. Jedná se především o udílení rad, jak by se měli klienti v oblasti finančního hospodaření chovat. Zde se otevírá velké pole působnosti pro NNO, které mohou klienty učit finanční gramotnosti.

„...matka chtěla, aby malá už byla doma, protože nemá dostatek finančních prostředků, aby zase hradila teda nemocnici, doporučila jsem teda matce, vznikne-li tam dluh, nebude-li to moct uhradit, aby s nimi spolupracovala, sjednala si nějaký splátkový kalendář, aby tam nedocházelo k dalším problémům...“ (KV42)

Finanční management rodiny mimo jiné zahrnuje také pomoc s vyřizováním sociálních dávek, rodičovského příspěvku, peněžité pomoci v mateřství, dávek nemocenského pojištění atd. V případě sociálně slabých rodin je důležitá intervence pracovníků OSPOD zejména při zajišťování a rozhodnutí o udělení jednorázových dávek. Pomoc při zajištění všech dávek, na které má klient nárok, a řešení hmotné úrovně rodiny je určeno orgánům SPOD zákonem, který ovšem nestanoví přesné způsoby a postupy výkonu. Činnosti týkající se snahy **zprostředkovat rodině dávky sociální péče** (případně státní sociální podpory, pokud rodina má nárok a dosud si toho nebyla vědoma) byly zaznamenány v několika případech. Pracovníci OSPOD poskytují spíše praktickou radu. Tzn. pokouší se klienta nasměrovat, zorientovat v institucionálním prostředí a v jeho právech.

R: „Samozřejmě, finanční záležitosti, potom samozřejmě také odkaz na další instituce, finanční zabezpečení rodiny, vyžádání dávek, podání žádostí, ale...“

T: „Takže když říkáte další instituce, tak to jsou vlastně instituce, který mohly vyřešit třeba tu jejich...“

R: „...finanční situaci.“(KV46)

V případech, že pouhé nasměrování a instruování nestačí, nebo je již předem jasné, že stačit nebude, slouží pracovník OSPOD jako doprovod klienta za pracovníkem oddělení sociální péče, který je kompetentní pro vyřizování dávek a různých příspěvků. Pracovníci OSPOD v těchto případech také pomáhají při jednáních s úřady práce a kontaktními místy státní sociální podpory.

„Tenkrát jsme řešili dokonce (...) příspěvek na uhlí a na postel, protože dneska už se to nedává zvlášť uhlí. Oni to můžou dostat v dávce hmotné nouze, tak jsme to vysvětlovali mamince. Na postel jsem jí říkala prostě, že se má stavit a že by se to tady mohlo vyřešit, pokud by na tu dávku dosáhli.“ (P1)

V některých případech pracovníci OSPOD referovali i o snaze ovlivnit hospodaření rodiny a naučit rodiče některým dovednostem a schopnosti vyjít s penězi. Většinou se ale tyto pokusy nesečkávají s úspěchem. Úspěch je v tomto případě velmi silně limitován ochotou rodiny dlouhodobě spolupracovat, což se obvykle nedaří zajistit. Navíc je tento úkol (tzn. např. pomoc rodině s jejím oddlužením, naučení základní „finanční gramotnosti“ či zvládnutí know-how hospodaření s minimálními příjmy) pro pracovníky OSPOD časově velmi náročný, a to zejména, pokud je svědomitě praktikována kontrola klienta.

„OSPOD jí [matce] pomáhal s hospodařením - učil ji [matku] vést si pravidelně tabulku příjmů a výdajů pro přehled, co je třeba zaplatit a kdy, společně to s ní kontroloval, díky tomu byl obeznámen s tím, že neproběhla platba nájemného...“ (P10)

„(...) protože jsme zjistili ještě v rámci toho dohledu, že tam jsou dluhy na nájmu a že se neplatí nájemný. Takže jsme pánovi navrhli jako jakým způsobem by bylo nejlépe tedy se dohodnout, že určitě navštívit majitele bytu. Dohodnout splátkovej kalendář, domluvili jsme se i vzhledem k těm jeho příjmům, co by pro něj bylo ještě únosný, aby mohl splácet, protože samozřejmě, když má někdo omezený prostředky, nemůže dluh zaplatit hned, i kdyby chtěl. Takže jsme se domluvili i na tomhle. [Případ] byl naléhavý jedině z hlediska financí. Tam jsme řešili finance, aby on měl pro ty děti finance, ale věděli jsme, že o ty děti je postaraný, že přestože ta manželka odešla, takže on tu péči prostě zastřeší, že je schopnej se o ty děti postarat, že on to zvládne. Když bude mít za co nakoupit.“ (P21)

HOME VISITING

Terénní práci, zejména **návštěvy klientů v jejich domácnostech** a případně **práci s klienty přímo na půdě jejich domovů**, přikládají pracovníci OSPOD velký význam. Z řady rozhovorů vyplývá, že bez intenzivního provádění této činnosti v podstatě nelze některé typy kauz vůbec řešit. Ačkoliv většina dotázaných pracovníků OSPODů jednotně deklaruje klíčový význam této činnosti, poukazují rovněž na potíže vyhradit si ve svém pracovním rozvrhu dostatek času na to, aby tato práce s klientem mohla být realizována v rozsahu a intenzitě nezbytné pro řešení případu. Někteří z pracovníků OSPOD přímo vyjádřili pocit, že kdyby měli prostor pro ještě důkladnější práci s rodinou v jejím domově, mohlo by být vyústění celého případu odlišné (např. mohla být naděje, že by nedošlo k odebrání dítěte a umístění do ÚP).

„Mám úřední dny, to tu musím být, docházím k soudu, k jednotlivým případům, máme pět šest soudů za týden, k tomu je potřeba psát šetření, zprávy, takže k tomu je běžná agenda, kdy se lidi přijdou informovat, kdy je nějaká poradenská činnost, takže přímo na tu práci v terénu máme málo času.“ (KV49)

Ve větší části zkoumaných případů se návštěvy v domácnostech klientů týkaly **pouze místního sociálního šetření**, i opakovaného, případně doplněného radami či doporučeními, ale bez snahy o přímý zásah do způsobu vedení domácnosti. Obvykle se tyto návštěvy odehrávaly bez předchozího ohlášení, v počátcích řešení případu s vyšší frekvencí, postupně pracovníci docházeli na tato šetření v intervalech jen o něco málo kratších, než jak jim to ukládá předpis (např. jednou za pět měsíců místo po půl roce).

„Návštěvy v rodině jsou vždy neohlášené, protože probíhá kontrola, jestli mají děti dost jídla.“ (P32)

Během těchto místních sociálních šetření pracovníci OSPOD vytipují ty případy, u nichž je intenzivnější terénní práce žádoucí a potřebná, a snaží se odhadnout, v jakých směrech je třeba klienta, styl vedení jeho domácnosti a způsob péče o nezletilé děti nutně korigovat. Další práce s rodinou pak obvykle sestává z blízkého dohledu nad rodinou, dozoru nad péčí o dítě a případně vedení rodičů i dítěte. Práce s rodinou spočívá především v kontrole. Nejde většinou o praktický nácvik správného jednání. Zde se opět otevírají možnosti spolupráce s NNO, které mohou pomoci s praktickým nácvikem péče o dítě a vedením domácnosti.

„Protože se jedná o sociálně slabší rodinu, kdy pán má zvláštní školu, maminka ukončené základní vzdělání, tak naším cílem bylo předvést rodině nebo vést ji k tomu dodržování toho základního, na co ty děti mají právo, co je potřeba jim zajistit, od hygieny, pravidelné jídlo, jednou denně teplé jídlo, zajištění úklidu domácnosti, finanční hospodaření, takže takové vedení k tomu, jak by to mělo v tom základním způsobu života rodiny vypadat.“ (Z4)

„V první řadě jsme se snažili vést matku k tomu, aby dítě vychovávala. Aby ho připravovala i do školy, snažila se pokud to jen trochu půjde, věnovat v rámci svých možností. To znamená číst pohádky, učit barvy. Bylo totiž zjištěno, že ta malá byla zanedbaná.“ (KV24)

V některých případech byla ve výpovědích popisována komplexní a dlouhodobější práce s klientem, která by byla spojená s praktickou pomocí s vedením domácnosti a nácvikem dovedností přímo v domácnosti klienta. Tato pomoc byla zaměřena zejména na rozvoj rodičovských dovedností spojených s bezprostřední péčí o dítě a vytvoření podmínek kvalitního uspokojení základních potřeb dítěte. Tato forma práce s rodinou však fungovala především díky spolupráci s NNO.

„(...) tak jsem se s nimi [nezisková organizace] domluvila, jestli by bylo možný i přes ně domluvit, jakoby zprostředkovat to, že bychom se tam, tak nějak střídali, že jednou bych přišla já, jako sociální pracovníce, paní doktorka té holčičky tam také chodila na návštěvy a že jakoby jsme otci říkaly, že co má dělat, protože on to zvládal, ale potřeboval jakoby navést včetně, co má uvařit, kdy holčička chodí spát, ta holčička je malá, tři roky, ani ne.“ (KV10)

ZASTUPOVÁNÍ KLIENTA

Zastupování ve prospěch klienta se odehrává v případech, kdy **klient není schopen** nebo se **nemůže sám zasadit o to, oč usiluje, jednat ve svém zájmu, či zajistit změnu ve svůj prospěch**. Může to být způsobeno tím, že se klient nedostatečně orientuje ve svých právech, v institucionálním prostředí, není dostatečně kvalifikován, nemá povědomí o relevantních právních předpisech, popřípadě neovládá správné úřední postupy atd. Pracovník OSPOD vstupuje v zájmu klienta do komunikace s jinými úřady a institucemi také v případech, kdy bezprostřední styk klienta s daným subjektem nepřináší efekt, není možný a účelný nebo naráží na různé jiné překážky. Je to např. v situacích, kdy klient potřebuje důvěryhodnou osobu, která se za něj zaručí, něco stvrdí, dosvědčí apod. Zastupování klientů je spojováno s rolemi obhájce, vyjednavče atd. Určitá nejistota pracovníků se projevovala v některých případech komunikace s externími podpůrnými subjekty, kde nelze označit vztahy s OSPOD vždy za ideální. V tomto směru je nejistota zapříčiněna zejména špatnou propojeností systému a nefungujícím vzájemným předáváním informací.

Obecně jsme na základě našich dat mohli rozlišit různé typy komunikace s ostatními institucemi a subjekty ve prospěch klienta a v zájmu řešení a vyřešení případu. Komunikace s ostatními subjekty se odehrává např. jako součást řešení případu, v jakékoliv fázi, obvykle hned od začátku, kdy OSPOD přijme podnět a komunikuje se subjektem, který podnět podal. **Tento typ komunikace se odehrává spíše „s ohledem na případ“**. Pracovníci naváží kontakt s institucemi, které by mohly být při řešení případu nápomocny a komunikují s nimi bez ohledu na to, zda si to rodina přeje, nebo ne. Mnohdy i bez ohledu na to, zda je rodina o tom zpravena, či s pracovníkem spolupracuje. Pracovník OSPOD vystupuje v komunikaci s jinými úřady a institucemi tehdy, když je to podle jeho profesionálních znalostí a zkušeností vhodné pro řešení konkrétního případu. Jako příklady tohoto typu intervence můžeme uvést komunikaci pracovníků OSPOD v případě žádosti pěstounské rodiny o poručnictví a změnu příjmení, v případě nezletilé matky poradenství při vyřizování rodných listů a sociálních dávek, v případě příbuzenské péče o sepsání návrhu na pěstounskou péči, v případě snahy o sloučení rodiny, kde byl otec cizí státní příslušnosti, OSPOD zase komunikuje s cizineckou policií, komunikaci se školami, nestátními neziskovými organizacemi, soudy atd., atd.

„(...) mi volali ze školy, že matka podepisuje klukovi úkol, že nemůže vidět...takže jsem matku objednala k očnímu lékaři, fakt jako intelektově, sociálně slabí... paní má 10 dioptrií, ale musím říct, že pak jsem nakontaktovala na doučování Člověka v tísní, fungují dodneška bezvadně, dva a půl roku...“ (KV11)

„Jenže [škola] ho odmítla přijmout na základě problémů, který se dozvěděla v tý [předchozí škole]. No a protože jsem to nechal na tý mamince, ať si to vyjedná, že jo, protože už jsem toho jako taky měl trošku plný brejle. No ale tak se mně zas zželelo, tak jsem mu to vyjednal já. Tak jsem do [té školy] zaintervenoval a to, co jakoby neumožnili nebo to, co odmítli tý mamince, tak já jsem jim slíbil, že prostě budu nápomocnej jako třeba rychlýmu odstranění toho kluka jakoby do ústavu, když ty problémy nastanou.“ (P44)

Dále se odehrává jiný typ komunikace, který by se dal nazvat **„v zájmu klienta“** či **„ve prospěch klienta“**. Tento typ komunikace je navazován se souhlasem klienta, třeba i na jeho výslovné přání, s cílem pomoci dosáhnout klientovi cíle, o nějž stojí. Účelem takovéto intervence sociálního pracovníka je pomoci klientovi něčeho se domoci, změnit situaci způsobem, který klient považuje za žádoucí. Tento typ komunikace se pojí nejčastěji s tou rolí pracovníka OSPOD, kdy pracovník vystupuje jako vyjednaváč (viz níže). Od pracovníka vyžaduje tento typ komunikace také vyšší míru angažovanosti a empatie vůči klientovi.

„(...) domlouvali i přes tu náhradku, přes tu pracovníci, že neumožnila ta pěstounka ten styk, ona tam přijela, stálo jí to plno peněz, s sebou postižené dítě a pěstounka otevřela dveře a řekla: „Oni vás nechtějí vidět, nashledanou“, takže až pak, když za ní zašla ta pracovnice a vysvětlila jí to, domluvila jí a promluvila s těmi dětmi, že maminka se přijede podívat, že je chce vidět, tak teprve začala realizovat návštěvy a nakonec přijeli sem do/název města/, teda oni už jsou velký...“ (KV2)

Nežřídká se objevuje v rozhovorech zmínka i o tom, že se komunikace ve prospěch klienta odehrává částečně v linii osobních známostí. Pracovníci OSPOD využívají osobních vazeb a známosti s pracovníkem příslušné instituce či úřadu, někdy jde dokonce o formu „osobní přímluvy“. Jde o případy, kdy pracovník OSPOD má sklon klientův zájem velmi silně pociťovat jako legitimní, jeho úsilí za správné, či naopak vnímat rizika z pomalého řešení, či nedostatečné intervence za obzvláště ohrožující buď dítě nebo zájem rodiče.

„(...) jsem jí doporučila paní doktorku, psychologku (jméno), která byla ochotná s chlapcem pracovat, paní doktorce jsem volala, že by to brala jako přednostní případ, kdy došlo ke strkanici mezi rodiči a byl tam přítomen syn, který je v její péči, takže ví, co je to za kluka a jaký typ problému má, dostali termín...”(KV3)

PODPORA

Pokud je nutné v jistém okamžiku poskytnout klientovi ze strany pracovníka podporu, jedná se často o **náročné či mezní životní situace**, jako je například násilí v rodině či úmrtí člena rodiny. V takovém případě tato podpora v podstatě hraničí, či nahrazuje krizovou pomoc.

„(...) aby ona nemohla odejít, chtěl ji zamknout v bytu, nepovedlo se mu to, děti spaly, ještě v noci volala tatínkovi a on ji odvezl k němu domů, vlastně druhý den na to přišla, kolem rozhroucená tady byla, tak jsem ji uklidnila, napsala jsem jí číslo na psychologa, tedka jsem ještě zapomněla na jednu situaci, že přítomen tomu byl ten starší syn, téhle strkanici, který to vůbec nezvládl psychicky a začal křičet, že tátu nenávidí, že ho nemá rád...”(KV3)

Zvýšenou podporu dostávají klienti v těch případech, kdy pracovníci pocítují potřebu klienta povzbudit, aby vytrval ve svém úsilí zlepšit svoji životní situaci, přestože jeho obtíže v sociálním fungování jsou dlouhodobé a nejsou vidět výsledky. Povzbuzují jej v jeho úsilí vytrvat, přestože stabilizace klienta je velmi pomalá. Tyto situace jsou také charakteristické tím, že pracovníci cítí, že sami toho v danou chvíli nemohou mnoho udělat, že vše závisí na vůli rodiny vytrvat, snažit se nespadnout znovu do původních problémů atd.

„(...) pak už samozřejmě se mu začne víc líbit doma, tlak kamarádů a tak. Je důležitá práce jak s matkou, tak s tím chlapcem a stále dokola - [jméno dítěte], musíš se chovat řádně, musíš tohle, musíš tohle, jsi šikovnej a hlavně ho chválit, on strašně rád slyší tu chválu, jak na sobě zapracoval. Takže nejenom ty, ty, ty, ale je to super, perfektně jsi to zvládnul, mám z tebe radost, mamka taky, uvidíš, že to zvládneš, jo...”(KV47)

„Takže je z toho taková hodně vyčerpaná tedka, takže já tam chodím, já nevím, jednou za 14 minimálně a je to spíš o tom, že ona to vždycky do mě napere, co se jako stalo během té doby a vypovídá se.” (P16)

Podpora klienta se většinou odehrává na verbální úrovni. Projevuje se jako ochota klienta trpělivě vyslechnout, opakovaně s ním jeho problém a pocity probírat, poskytnout mu pozitivní zpětnou vazbu, povzbudit. V některých případech tato verbální podpora přímo přeroste v praktickou podporu, případně v hledání a zprostředkování expertní formy podpory a pomoci např. v podobě psychologa.

„A já jsem, jako jsem říkal - tohleto není možný, tohleto nemá řešení, to nemá řešení. Tak jsem vymyslel, půl dne mi to dalo práci, přes doktora [jméno], jo? Ten říkal - něco vám poradím, ale nesmíte říct, že to víte ode mě. Tak já jsem se obrátil na ... kliniku a žádal jsem o hospitalizaci. Oni mně ho nechtěli vzít a já jsem je opravdu ukecal. Jako opravdu jsem... opravdu jsem ukecal tu doktorku a ona hrozně nerada mně ho tam přijala.” (P44)

PORADENSTVÍ

Poradenství všeho druhu patří k jedné z klíčových částí pracovní náplně pracovníků OSPOD. Poradenství je součástí většiny řešených případů. Týká se

širokého spektra životních událostí, jako je např. pomoc ve finančních obtížích, v otázkách výchovy dětí, při jednání s různými institucemi, při hledání nejlepšího řešení životní situace klienta atp.

„Tak to se řešilo už jako potom přes soud, kdy my jsme jim poskytovali spíš takovou poradenskou činnost, co a jak mají udělat, aby teda jako měli nějaký podklad, nějaký vlastně papíry, jak se říká, aby byli i finančně zabezpečený a vlastně, aby měli zákonného zástupce, protože neměli.“ (KV43)

T: „A pracovali jste s rodinou nebo s rodiči v tom smyslu jako naznačit jim, jak co mají?“

R: „Ano, co mají udělat, přesně krok po kroku, i jaké dávky kde mají zajít, co vyřídit. To se týkalo i vyřízení rodných listů dětí, protože to první dítě vlastně se narodilo nezletilé matce a otec tam zapsaný nebyl, takže to bylo protokolací u soudu.“ (Z26)

Poradenství je poskytováno na žádost či dotaz klienta, který narazí na problém, se kterým si neví rady ...

„Ten den se dostavil otec i s rodičema z [název města]. A oznámil nám, že se teda manželka odstěhovala a v podstatě žádal také radu, co by měl dělat. V tomhleto okamžiku my jsme jim poradili, aby teda se snažili hlavně spolu komunikovat a vyjasnit si situaci, jak to tam vypadá a co by mohli dělat. Takže v podstatě v tomhleto okamžiku jsme jim doporučili, aby se snažili spolu domluvit.“ (KV50)

... případně potřeba poradenství vyvstane ze situace, kdy např. pracovník v rámci jakékoliv fáze řešení případu narazí na situaci, v níž by klient mohl jednat ve svůj neprospěch. V tomto případě pracovník poskytuje poradenství z vlastní iniciativy, aniž by byl explicitně klientem o to žádán či tázán.

„...potom [jméno dítěte] šel teda ven za klukama a já jsem šla do rodiny a s tou [sestrou-pěstounkou] jsem to teda probrala a řekla jsem jí, že teda to, co jsem slyšela z okna, se mi v žádném případě nelíbilo a asi by se měla nad sebou trošičku zamyslet, jestli to není až taková ta šikana toho jako [jméno dítěte].“ (Z30)

Nastávají také situace, kdy se pracovník OSPOD snaží poskytnout radu, vedení, v podstatě částečně i proti vůli klienta, resp. kdy klient není nakloněn rady poslouchat či se jimi řídit. V tomto případě je součástí poradenství také snaha klienta přesvědčit. Nejčastěji se to týká poradenství vztahujícího se k výchově a péči o dítě, výchovným přístupům či snahy o korekci jednání rodičů, které pracovník OSPOD považuje za nevhodné či přímo škodlivé. V těchto případech se pracovník OSPOD snaží rodiče upozornit na výchovné a jiné chyby, kterých se v péči o své dítě dopouštějí, vysvětlit jim důsledky a doporučit jim jiný přístup, případně je vést. V některých případech pak pracovníci OSPOD odkazují i na odborníky v dané oblasti.

„Matka v té době nežádala naše oddělení o nějaké radikální řešení, i když jsme jí toto nabízeli. Řekla, že se to pokusí nějak vyřešit. Byl jí doporučený a dány jí kontakty na psychologa, protože matka v té době jevila už známky stísněnosti, obavy, lability. Prostě byla utrápená, nevěděla, kudy kam. V té době jsme s matkou ještě hovořili o tom, zda by se situace nevyřešila tím, kdyby matka se přestěhovala do toho bytu v [jméno města], o kterém jsem původně hovořila.“ (Z28)

Velice často se poradenství týká uspořádání péče o dítě, úpravy vztahů a výchovy a výživy, požádání o svěřeni dítěte do péče.

„...babičce doporučeno, že o dítě dobře pečovala, aby si požádala o pěstounskou péči, protože rodiče řádně nehradili výživné a tím, že ta babička byla na mateřské, tak měla docela nedostatek finančních prostředků, nicméně soud nevyhověl té žádosti...“(KV16)

2.2 Role pracovníků OSPOD

Každá role je spojena s určitými očekáváními, které od ní ostatní mají. V této kapitole se zaměřujeme na to, jaké role jsou od sociálních pracovníků očekávány v rámci ochrany dětí. Sheafor, Horejsi a Horejsi (1999) upozorňují na důležitost rozpoznání rolí, které na sebe berou sociální pracovníci při jednání s určitými skupinami klientů. V předchozí kapitole jsme popsali činnosti, které jsou součástí práce sociálních pracovníků. Nyní bychom se rádi na práci sociálního pracovníka podívali z hlediska jeho rolí, které na sebe bere, a to ať na základě vlastního rozhodnutí, či je k tomu veden žádostí klienta či jiných subjektů, kteří vstupují do řešení případu. Role sociálního pracovníka není něco neměnného, ale neustále se vyvíjí a mění v závislosti na společenských změnách a potřebách klientů, se kterými se každodenně ve svém zaměstnání setkává. Pokud se podíváme do historie, pak můžeme říci, že každé desetiletí bylo pro sociální práci charakteristické důrazem kladeným na určité aktivity a role sociálních pracovníků. Zatímco např. v 70. a 80. letech byl dán důraz na rozvoj kompetencí a v 90. letech byl sociální pracovník chápán jako agent změny, přelom tisíciletí vidí sociálního pracovníka v roli toho, kdo je schopen integrovat různé přístupy v zájmu klienta (Navrátilová, 2010). Sociální pracovník tak na sebe může brát roli facilitátora, mediátora, vůdce programů, vyjednávače atp. V následujícím textu popisujeme nejčastější role pracovníků sociálně-právní ochrany dětí. Sheafor, Horejsi a Horejsi (1999) poukazují na to, že sociální pracovníci jsou velmi často souběžně v několika rolích. Pro jejich bližší porozumění se budeme těmito rolemi zabývat jednotlivě.

KOORDINÁTOR

Role koordinátora je zčásti naplněna činnostmi, jakými jsou vyhledávání, doporučování a zprostředkování externí pomoci. Dostupnost externích institucí a jejich vzájemná informační propojenost s OSPOD je však problematická, což sociálním pracovníkům přináší značné bariéry pro výkon této role. Dále pak hraje roli motivace klienta navštěvovat podpůrná externí zařízení, případně jiné instituce a následně i kontrola a monitoring jeho spolupráce s těmito organizacemi a institucemi. Většinou se jedná o zajišťování externí pomoci přímo rodině nebo dítěti nebo o koordinaci spolupráce OSPODU s jiným subjektem. Obvykle jde o jednoduchou a jednorázovou koordinaci, kdy pracovníci OSPOD nepotřebují hledat inovativní řešení, ale postupují v podstatě rutinním způsobem, opírají se hlavně o zkušenost s tím, v jaké fázi případu se lze na jaký subjekt obrátit a jaký způsob koordinace pomoci bude nejefektivnější - tzn. kam zavolat, napsat, na koho odkázat atd.

„Tu holčičku chce zpátky, že ji nenechá v tom dětském domově a od té doby začali jsme s ní pracovat, ještě ty na té ubytovně, podmínky měla hned od začátku, i když je to ubytovna, která je dost drahá (...) ta máma potom hned vlastně na Vánoce už projevila zájem, že by ji chtěla mít na pobyt, takže jsme napsali, oslovili jsme ten dětský domov, oslovili jsme OSPOD v [jméno města] a vlastně začala ta máma si ji brát.“ (KV2)

Role koordinátora se uplatňuje ve všech etapách práce s případem, ale v některých fázích je vykonávána výrazně intenzivněji, dominuje. Jedná se typicky o fázi po převzetí podnětu v případech, kdy je třeba jednat rychle a někdy v řádu hodin učinit první účinná opatření. Role koordinátora nabývá na významu také ve chvílích, kdy dojde k výraznému zvratu v případě.

„Okamžitě byla navázána spolupráce s oznamovatelem, se základní školou a téhož dne byla navštívena rodina. Na následující den byla dohodnuta schůzka se zástupcem školy, výchovným poradcem a OSPOD a matka.“ (KV13)

V několika případech byla v rozhovorech zaznamenána situace, kdy role koordinátora byla vykonávána velmi intenzivním, komplexním a nerutinním způsobem, kdy pracovník OSPOD nevystačil s běžným postupem, ale bylo třeba hledat a zkoušet různá řešení a zapojit širší škálu různých subjektů. Jednalo se zejména o případy, kdy rodiče ani dospívající dítě s OSPOD nechtěli spolupracovat a navíc postup OSPOD bojkotovali tím, že odmítali poskytovat potřebné informace, případně informace zkreslovali nebo si na postup OSPOD přímo stěžovali.

„Po tomto teda já jsem ihned volala tomu speciálnímu pedagogovi, chtěla jsem zjistit situaci kolem chlapce, takže mi řekl, jaký ten chlapec je, ihned teda jsem si předvolala maminku, jak měla přijít s chlapcem, ale nepřišla, protože chlapec byl nemocný, pak jsem hned za ním byla ve škole, když teda údajně už byl v pořádku a na to konto už vlastně jsem s nima začala pracovat, s tím, že jsem maminku teda opět vyzvala, že by bylo vhodné, aby chlapec znova docházel k speciálnímu pedagogovi, opět k panu /jméno/, takže souhlasili, chlapec tam začal docházet.“ (KV13)

Nerutinní formou výkonu činnosti koordinátora je také například úsilí o intervenci do materiální situace rodiny založené na metodách práce fundraisingu. Pracovník se této činnosti ujímá v případech, kde je nutné zajistit specializované služby a finančně náročnou péči pro zdravotně postižené děti, získat finanční prostředky pro dospívající klienty za účelem zvýšení kvalifikace (absolvování speciálního kurzu) či při zajišťování materiální podpory dětí v ústavní výchově (dárky apod.).

„No a já teda musím říct ještě jednu věc, začala, vznikla obava, že [jméno ústavu] nebudou mít peníze na ten svářečskej kurz, kterej pro jedno děcko stojí 10 tisíc a měli tam dva takový adepty, takže jsem teda oslovila po nějakým bádání neziskovejch organizací nadaci [jméno nadace], kde jsem jim to popsala. A oni se nám ozvali, že by mimo, to se jmenuje grantový řízení, ale tak nějak, že by na to, že na to přispějou a to mimo grantový řízení.“ (P4)

KRIZOVÝ MANAŽER

Setkávání s krizovými situacemi je také určitou součástí činností pracovníků OSPOD. Děje se tak např. v situacích, kdy je odhaleno týrání dítěte, domácí fyzické násilí, náhlá ztráta střechy nad hlavou pro celou rodinu atd. V těchto situacích bývá často pracovník OSPOD osobou prvního kontaktu - tzn. tím, kdo podnět převezme a zkoordinuje další průběh intervence s klientem. Sociální pracovník se v těchto případech snaží o nalezení co nejrychlejšího řešení, jehož součástí je ve většině případů využití či odkázání na jiné odborníky či instituce.

„...krátce prostě nato nám zavolali ze školky, že ta holčička přišla, že má zase v modřin, takže jsme tam do té školky a že si stěžuje na pálení při čurání, takže jsme tam do té školky jeli, holčička byla samá modřina, takže se odvedla hned do nemocnice, zavolala se na to i policie, protože jsme měli podezření, zda se nejedná teda o týrání...“ (KV17)

Vyskytl se jeden případ, kdy na sebe sociální pracovník vzal roli krizového poradce, aniž by měl v úmyslu zapojit ještě jiné instituce či odborníky. V tomto případě šlo o osobní krizi dospívající oboustranně osiřelé dívky, spojené s krizemi ve vztahu k její pěstounce. Dívka byla umístěna do pěstounské péče v rámci širší rodiny bezprostředně po smrti svých rodičů. Může se stát, že pracovník OSPOD se dostane do této pozice v podstatě náhodou či bez vlastního předchozího uvážení, aniž by se cítil a byl pro tuto činnost dostatečně kvalifikován. V následujícím případě pak bylo nutné poskytnout krizovou intervenci v okamžiku, kdy dítě oznámilo úmysl sebepoškození. Pracovnice si byla vědoma závažnosti případu, nicméně ke této krizové intervenci podotýká, že k ní nebyla vyškolená a do té doby s ní ani neměla zkušenosti.

„No. A teď mně se stalo to, že prostě já jsem jednou jela domů a telefonovala mi [jméno dítěte] na služební mobil, který jsem si neprozřetelně vzala domů, ovšem pak jsem toho vůbec nelitovala. A s [jméno dítěte] jsem si celý víkend esemeskovala. A telefonovala, protože [jméno dítěte] mi psala - já uteču z domu, co se stane? Takže to začalo být takový jakoby pro mě hodně náročný, prostě poskytovala jsem krizovou intervenci, přitom na to nemám žádný výcvik, vzdělání, dobře, to jsme na škole brali, ale prostě nemám s tím ani žádnou zkušenost. A jakákoliv intervence, která prostě nebude přesná, tak to může dopadnout špatně. Takže hovořila o útěku, o tom, že nejedla, ani nepila, že je zalezlá v pokojíku, že nikoho nezajímá, že si něco udělá, že se zase pořeže a že tentokrát to teda dotáhne do konce a pak mi psala - tak jsem si zase vzala prášky...“ (P34)

Pokud můžeme usuzovat ze zhruba 200 provedených rozhovorů, situace, kdy se pracovník OSPOD ocitne v roli krizového manažera, jsou poměrně zřídka. Na druhé straně je poměrně pravděpodobné, že se v průběhu své kariéry dříve nebo později pracovník OSPOD v rámci své praxe stane tím, kdo bude v náhle se rozvinuvší kritické situaci nucen zasáhnout, poskytnout krizovou intervenci a situaci zvládnout. Měl by tedy být na tuto situaci kvalifikačně i metodicky připraven. Ojedinelost takové situace není důvodem k podcenění kvalifikační připravenosti pro intervenci v takových případech, neboť již z podstaty problému je zřejmé, že prodlení či nesprávný postup může mít vážné následky.

MEDIÁTOR

V rozhovorech bylo zaznamenáno poměrně dost případů, kdy pracovník OSPOD na sebe vzal úkoly zprostředkovávat komunikaci mezi znesvářenými rodinnými příslušníky. Role mediátora je nejčastěji spojena se situací, kdy pracovníci řeší případy rodin, v nichž probíhá nebo nedávno proběhlo rozvodové řízení rodičů. Další případy, kdy bylo třeba, aby pracovník intervenoval v roli mediátora, se týkají konfliktu mezi dospívajícím dítětem a jeho rodičem či častěji pěstounem.

„Nejprve to bylo z pozice OSPOD, než si teda otec podal návrh na úpravu styku s dcerou, akorát jsme se jako zprostředkovatelé snažili tak nějak narovnat ty jejich vztahy a snažili prostě se rodiče vést nějak k té dohodě, aby nemuseli prostě na sebe různě útočit, nebyla policie a byla prostě, takže bylo to spíš o tom, snažit se je vést nějak k té dohodě.“ (KV27)

„Samozřejmě řešily se tam taky různé problémy, hlavně zase s tou rodinou, protože oni se nemohli nějak ani dohodnout, jak ty děti budou v tom domově navštěvovat. Rodině [X] se nelíbilo, že tam chodili [z rodiny Y]. [Rodině Y] se zase nelíbilo, že tam chodili [z rodiny X]. A pořád jako dokola. Tak jsme potom tomu dali takový řád, že se střídali. Jeden týden jedni, druhý týden druzí.“ (Z29)

Role mediátora klade na pracovníky OSPOD velké nároky. Ze všech identifikovaných rolí má role mediátora asi nejmenší oporu v zavedených postupech, rutině, odzkoušeném a praxí ověřeném způsobu řešení problému. Tato role je také možná nejvíce citlivá na atributy, které se týkají vztahu pracovníka a klienta. Právě ve vztahu s touto rolí můžeme nejčastěji zachytit takové aspekty, jako je empatie, schopnost získat důvěru klienta a rovněž být ochoten tolerovat jisté nedostatky na straně klienta (v tomto případě zejména nedodržování soudního styku rodiče s dítětem).

„Listopad 2004 - opět se dostavil otec se sdělením, že matka neumožňuje styk s dcerou, následně poté se dostavila i matka, že otec nedodrží dohodnutá pravidla. Na základě toho byli oba rodiče pozváni na OSPOD ke společnému jednání za účelem uzavření mimosoudní dohody o styku.“ (P35)

Pracovníci OSPOD se v roli mediátora v některých případech ocitají z vlastní iniciativy, pokud dospějí k závěru, že bez tohoto typu intervence nelze dosáhnout pozitivního posunu v daném případě, či by dokonce hrozilo celkové zhoršení situace v rodině. Nezřídka se ale ocitají v roli mediátora spíše na žádost některé ze znepřátelených stran. Například některý s rodičů, kteří spolu nejsou ochotni a schopni nadále komunikovat, se dostaví na OSPOD a přímo vyzve pracovníka k tomu, aby do problému vstoupil, pomohl zprostředkovat dohodu apod.

„Oni sami přišli s tím, prostě došlo mezi nimi nějak k hádce a ona řekla, že půjde radši k druhé babičce. Pak se teda zase, tak jsme to zase projednali, zase jsme to teda řešili, že jsme je brali s jednou stranou, s druhou stranou, s rodinou těch poručníků, s tou babičkou tedy, pomohli jsme, sepsali jsme návrh tedy, prošetřili jsme poměry.“ (KV43)

Převezme-li sociální pracovník na sebe roli mediátora z iniciativy některé z nesvářených stran, dostává se často do složité situace. Nezřídka se totiž stává terčem tlaku či manipulace ze strany rodinného příslušníka, aby se stal jejich spojencem. V takových situacích je pro pracovníka OSPOD velmi obtížné zůstat nestranným mediátorem.

„(...) když otec tady byl během těch Vánoc třeba 14 dní, tak volal třeba denně, furt se něco řešilo, až to došlo tak daleko, že otec zavolal, jestli by mohl ty dárky přinést na úřad, aby si je matka vyzvedla tady, což jsem teda neviděla reálný, protože dárky bysme tady mohly mít půl roku (...) v podstatě jsem ale telefonovala matce, upozornila jsem na to, chtěla jsem ji přivést nějak k tomu, aby si ty dárky převzala, ať teda děti mají radost z dárků, ať si jich užijí, ať z toho nevyrostou...“ (KV39)

Většina dotázaných pracovníků OSPOD, kteří popisují případy, kdy se v roli mediátora ocitli, si uvědomuje, že jedním s klíčových aspektů úspěšné mediace je zachování neutrality vůči všem zúčastněným stranám. Z uvedených stručných citací z rozhovorů to není zcela patrné, ale u většiny rozhovorů bylo možné identifikovat fakt, že pracovník OSPOD v průběhu řešení případu obvykle cítí větší sympatie k jedné ze zúčastněných stran a větší výhrady k druhé straně sporu (např. k druhému rodiči). Pokud dojde na roli mediátora, podle vyjádření našich informantů, se pracovníci OSPOD snaží nepreferovat ani nediskvalifikovat žádnou ze stran, ani tu, s jejímž postupem a chováním osobně nesouhlasí. Ačkoliv neuznávají vždy nároky na správnost obou stran sporu, nepopírají nároky na platnost - tzn. nedevalvují jejich názory, hledisko, rozhodnutí atd. Svoji neutrální pozici si pracovníci OSPOD snaží udržet obvykle tím, že se soustředí na zájem dítěte, kolem nějž se snaží svoji mediaci vystavět a odhlížet od partikulárních zájmů rodičů a jiných zúčastněných rodinných příslušníků.

Domníváme se, že v řadě řešených případů je s rolí mediátora spojen konflikt. Pracovník OSPOD vzhledem k pluralitě rolí, které v rámci řešení jednoho případu naplňuje, a vzhledem k tomu, že některé role zastává dokonce simultánně, může mít obtíže při zachování neutrality. K největšímu konfliktu dle výpovědí dochází mezi rolí mediátora a rolí soudem určeného opatrovníka. Přitom právě takový souběh rolí není nijak výjimečný. Pracovník OSPOD je obvykle nejprve soudem určen coby opatrovník, zahajuje práci s rodinou, přičemž v některé fázi se rozhodne či je nucen zaujmout roli mediátora. Přitom ale stále zůstává v roli opatrovníka, tedy stále je tím, kdo se bude podílet na podání návrhu na výchovu a výživu dítěte, bude vypracovávat doporučení na svěření dítěte do péče jednomu z rodičů.

„No a z naší strany tam v podstatě probíhá, bylo šetření jak u otce, tak u matky opakovaně a v podstatě tam probíhá kontakt i telefonicky mezi námi a matkou, mezi námi a otcem, bohužel se do toho, do toho vstoupili i rodiče otce, kteří na nás ukazují, že teda nic neděláme, že v podstatě se nesnažíme udělat nic proto, aby dcera byla svěřena otci a v podstatě dochází k tomu, že jsme mluvili i s holčičkou i s mámou i s tátou a požádali jsme i lékaře o vyjádření...“ (KV50)

Ze zkoumaných případů také vyplývá, že pracovníci OSPOD se role mediátora ujímají mnohdy i v případech, kde by měl z důvodu větší efektivity práce s klientem působit spíše externí nezávislý subjekt.

„...já jsem naprosto vyčerpala všechny možnosti. Chyběla mi ta mediace, možná to, kdyby tam k tomu došlo, kdyby ti rodiče hned v počátku se účastnili nějakých mediací a byl tam nějaký mediátor, který by to mezi nima řídil, tak možná by se dopracovali k něčemu jinému. Ale myslím si, že jsem postupovala a vyčerpala jsem fakt všechny možnosti k tomu, abych té holce pomohla.“ (Z49)

Problém chybějící externí mediace se nejvýrazněji týká právě rozvodových kauz. V řadě rozvodových kauz by bylo pro průběh případu **prospěšné zapojení externího nezávislého mediátora**. V rámci našeho výzkumu jsme zaznamenali četné případy, kdy se mediace pracovníkovi OSPOD vymkla z rukou a rodiče, neschopní vzájemné komunikace, si prostřednictvím pracovníka vyměňovali své názory a řešili organizaci každodenních záležitostí a pracovníka OSPOD opakovaně zatahovali do svých sporů.

„ ... mají tendenci teda přenášet tu svoji rodičovskou zodpovědnost na jiné instituce. Jo? Aby pořád někdo dokazoval, co kdy kdo z nich řekl. Jako skončilo to tak, že oni sem dokonce nosili v igelitkách mi ukazovat boty, prostě - toto já otci nepředám, to mu předejte vy, on by mě napadl. Takže potom už jsem řekla, že teda takto ne, že rozhodně tady nebudu fungovat jako nějaký pošťák a že prostě tyto věci si musí mezi sebou zkusit řešit sami a že já jsem schopná a ochotná jí pomoc v nějakém prostě, co se týká té malé, ale rozhodně ne řešit jejich jakoby každodenní věci. Jo?“ (Z44)

OPATROVNÍK (KOLIZNÍ OPATROVNÍK)

Pracovníci OSPODů jsou velmi často v roli kolizních opatrovníků. Tato role je ustanovena soudem proto, aby byly chráněny zájmy nezletilých dětí a nedošlo ke kolizi zájmů mezi rodiči a dětmi. Pravděpodobnost střetu zájmů mezi rodiči a dětmi je v situacích, kdy jsou rodiče a děti účastníky jednoho řízení. Např. úprava výchovy a výživy dítěte, dědické řízení, řízení o osvojení. Pokud je pracovník OSPOD v roli opatrovníka, je také účastníkem řízení a je přítomen u soudních jednání.

Následné kroky bezprostředně po určení OSPOD coby opatrovníka jsou víceméně standardní a zahrnují provedení místního sociálního šetření, kontakt a rozhovor s členy rodiny, získávání potřebných informací od relevantních institucí atd. Další postup záleží na posouzení životní situace klientů a na volbě intervence. Role kolizního opatrovníka zůstává, dokud není soudem zrušena. Nejedná se o příležitostnou roli, do které by mohl vstupovat na základě vlastního rozhodnutí, ale stojí v pozadí všech ostatních rolí, do kterých se pracovník OSPOD v průběhu práce s rodinou dostává.

R: „Byl to návrh na pěstounskou péči 14.1.2004.“

T: „Návrh vám zaslal soud?“

R: „Ano, návrh zaslal soud.“

T: „S tím, že vás určil opatrovníkem?“

R: „Ano. Byli jsme opatrovníkem dítěte v pěstounské péči.“ (KV12)

PORADCE

Jak je patrné již z toho, že důležitou součástí náplně práce pracovníka OSPOD je poradenství, je role poradce jednou z běžných rolí, které pracovníci OSPOD vykonávají. V roli poradce jsou pracovníci OSPOD zvyklí pomáhat klientům orientovat se v řadě situací, hledat řešení, volit účinné postupy atp. Předkládat klientům návrhy, informovat je o různých alternativách dostupných při řešení jejich situace, objasňovat jim jejich práva a povinnosti atd. Pracovníci OSPOD popisují tuto roli jako běžnou součást své práce. Ve většině případů uvádí, že volí nedirektivní výkon poradenské role - tzn. nabídnou dostupné možnosti či přijatelné řešení situace nebo efektivní postup a nechají klienta, zda jejich radu akceptuje.

„Rodina byla pravidelně navštěvována s tím, že matce bylo sdělováno, kde vzhledem k zanedbání nezletilého bylo matce doporučováno, na které odborníky se má obrátit. Byly jí zprostředkovány kontakty na tyto odborníky.“ (KV7)

V určitém typu případů však pracovníci volí direktivnější přístup, tzn. rada má spíše charakter instrukce či pokynu. Jedná se zejména o rodiny, které pracovník OSPOD vyhodnotí jako více rizikové, případně o konkrétní situace, kdy dle úsudku pracovníka nejsou žádoucí prodlevy, otálení a je třeba jednat rychle a účinně.

„To nadužívání alkoholu tam bylo...od nás dostal kontakt na protialkoholní poradnu, on podepsal to, že děti bude trestat jiným způsobem, pokud to bude zapotřebí. Třeba formou zakázání počítače- nebo já nevím - nebo dívání se na televizi, že dětem ponechá dostatek volného času na přípravu do školy, že takový to ježdění s traktorem, napájení krav, postaráni se o dobytek, o pastvu - tyto věci si bude starat on.“(KV9)

VYJEDNAVAČ

Role vyjednaváče je u pracovníků OSPOD velmi často spojena s rolí koordinátora. Obě tyto role jsou totiž nejčastěji asociovány s tou částí náplně práce, která se týká komunikace s úřady a institucemi v zájmu klienta a zastupování klienta.

Jako specifická role je role vyjednaváče nejostřeji rozlišitelná v případech, kdy pracovník OSPOD v zájmu klienta vyjednává s jiným úřadem či institucí v záležitosti, ve které by klient sám za sebe vůbec jednat nemohl, neboť k tomu nemá příslušné oprávnění, nemůže se sám za sebe zaručit apod.

„V současné době je umístěn ve výchovném ústavu v [jméno obce], nicméně

domlouvali jsme se na prázdniny, byl samozřejmě u matky, nebyl žádný problém, k nám pravidelně docházel, věděli jsme o všem atd., neudělal žádný průšvih, jak se říká, proto jsme od září vyjednali podmíněčný pobyt, kdy jedna z podmínek byla, že teda začne chodit do školy nebo do práce, že bude mít pracovní smlouvu nebo potvrzení o studiu, takže chlapec začal docházet na učební obor zedník, který je dvouletý a funguje to." (KV9)

Rovněž se to týká případů, kdy by za sebe jednat mohl a uměl, ale měl by v tomto jednání jako soukromá osoba menší naději na úspěch (např. vyjednání přednostního termínu u vytíženého specialisty apod.).

Někdy se i navzdory pomoci OSPOD vyjednávání nedaří nebo se jedná o dlouhodobou záležitost. Ani samotný fakt, že pracovník OSPOD převzal roli vyjednavče a vystupuje v jednání s jinými institucemi v zájmu klienta, ještě není zárukou úspěchu. Nejnáročnější a časově nejvíce zatěžující bývají jednání se soudy.

„Já si myslím, že jsem udělala maximum, nicméně soudkyně se k tomu stavěla negativně z důvodu toho, že který se potom změnil, já jenom připomenu to, že prostě babičkám se nebude dávat pěstounská péče, nicméně si myslím, že by měl být individuální přístup ke všemu a třeba i k tomuhle, že není babička jako babička, prostě některý by to třeba chtěly využít, zneužít, ale v tomto případě to nebylo." (KV16)

2.3 Vztah mezi pracovníkem a klientem

Otázky vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem hrají v procesu řešení případu klíčovou roli. To, čím se odlišují pracovníci pomáhajících profesí od jiných povolání, je dáno právě důležitostí existence vztahu mezi pomáhajícím a klientem (Kopřiva, 1997). K odhalení této skutečnosti významně přispěl Carl Rogers na konci 50. let, který vycházel z toho, že má-li u klienta nastat konstruktivní změna, musí být splněny určité podmínky. Následovníci Rogerse vycházejí z toho, že pomáhající pracovník má být ke klientovi empatický, kongruentní a má jej akceptovat. Zastánci přístupu zaměřeného na osobu, jehož je Rogers zakladatelem, pak vycházejí z toho, že splnění těchto tří podmínek je dostačující k tomu, aby mohla u klienta nastat změna (Dryden, 2008). Podstatný z tohoto přístupu je pro sociální pracovníky odkaz na to, že pomáhající pracovník, v našem případě pracovník OSPOD, je důležitou součástí procesu změny u klienta. Způsob, jakým přistupuje ke klientovi, může mít velmi zásadní vliv na postoje klienta a jeho snahu změnit svoji problematickou životní situaci. Přestože jsme si vědomi, že řešení případu ovlivňují ještě další okolnosti, vztah mezi pracovníkem a klientem má mezi nimi významné postavení.

AKCEPTACE KLIENTA

Vnitřní akceptace klienta pracovníkem je někdy velmi obtížná. Zvláště v případech, kdy je chování klienta v rozporu s morálními a etickými principy. Je pravděpodobné, že se pracovníci OSPOD z povahy své práce často setkávají s takovými případy. Je jistě velmi obtížné v případech, kdy např. dochází k závažnému zanedbávání, či týrání dětí, abychom nad klienty nevynášeli mravní soudy. Kopřiva (1997) poukazuje na to, že klienta, který cítí svoji situaci jako bezvýchodnou a setká se u pomáhajícího pracovníka s tvrdou kritikou a odsouzením, může tento přístup odradit od další spolupráce a práce na změně v jeho životě. U pracovníků OSPOD jsme se proto snažili porozumět tomu, zda-li v případech, kdy nesouhlasí s chováním klienta, jej také

neodsuzují. Z vyjádření řady dotazovaných pracovníků OSPOD vyplývalo, že často se zcela pragmaticky rozhodují akceptovat určité méně závažné nedostatky s tím, aby bylo dosaženo hlavních cílů intervence. Tolerance k chybám v rodinách byla zaznamenána v nejrůznějších oblastech. Nejčastěji však pokud jde o bytové a hygienické standardy klientů jako například bydlení bez elektřiny, nevytápěné místnosti v zimě, nepřilíš výživné jídlo atd.

„Několikrát jí byla odpojena elektrická energie v tom bytě, voda a tak dál, takže jako prostě opravdu ty podmínky, že by tam prostě šlo dítě, malé dítě, nemocný bydlet prostě nebyly. Trošku jsme přimhouřili oči u těch starších dětí, ale věděli jsme, že ty byty se budou rekonstruovat a že prostě tam dojde k tomu vystěhování. Takže jsme neřešili tu otázku razantněji u těch starších dětí.“ (P48)

V několika rozhovorech jsme zaznamenali reflexi pracovníků OSPOD týkající se limitů možností podpory a pomoci vedoucí k zlepšení situace či změně podmínek, či zúžení spektra externích služeb, které lze do případu zapojit. Šlo např. o respektování limitů daných charakteristikami klienta, jeho osobnostními, intelektovými a jinými charakteristikami, vlastní rodinnou anamnézou, případně kulturními zvyklostmi. I když pracovníci OSPOD vnímají tyto limity jako v podstatě trvalou překážku efektivnější intervence, nemají většinou sklony klienty odsuzovat či a priori považovat za beznadějně případy. S těmito limity na straně klienta se snaží při plánování intervence počítat jako s faktorem, který nemohou změnit, ale který nemusí automaticky být absolutní překážkou úspěšného vyřešení problému. Pracovníci si uvědomují, že ignorování nebo v podstatě násilná snaha překonat tyto limity je větším ohrožením úspěšné intervence než jejich akceptace a zohlednění v procesu intervence.

„Tak ona tam prostě dostala přesně, jakým způsobem má postupovat. A ona, ona prostě řekla, že s tím střediskem odmítá spolupracovat, protože jí to nic nedává. Představte si to. Takže opravdu šla jako do velký opozice hnedka ze začátku. A cejtla se jako taková jakoby poškozená nebo dotčená tím, že prostě někdo jí vykládá, jak to prostě je jakoby neúnosný. Takže se rozhodla ty kluky zvládnout. Jo? A vlastně my jsme tak nějak jako respektovali.“ (P44)

Akceptace klienta se projevuje také tím, že byt pracovníci ze své funkce posuzují situaci dle svých měřítek a zaznamenávají zjevné nedostatky v péči o děti, ve výchově či vedení domácnosti, jsou schopni se na situaci podívat i optikou klientů. Pracovníci připouštějí pohled klientů a zohledňují jejich schopnosti či priority. Pracovníci OSPOD jsou rovněž schopni zaznamenat relativní zlepšení, které sice nestačí na to, aby mohli změnit původní rozhodnutí či opatření (např. vrátit děti z ÚV zpět do rodiny), ale vzhledem k původním poměrům znamená posun a svědčí o snaze rodičů situaci řešit.

„Z pohledu toho, jak by mělo dítě jako prospívat a co by všechno dítě mělo mít, tak ta snaha je nedostatečná, ale z pohledu rodičů snahu mají, ano.“ (KV46)

Kromě akceptace manifestované spíše v podobně postojů ke klientovi, v podobě určitých ústupků v méně závažných věcech či v ochotě respektovat některá specifika klientova jednání či jeho životní strategie, se akceptace klienta může projevit i ve zcela praktických a nestandardních postupech pracovníků OSPOD. V těchto případech je akceptace klienta často spojena také s vyšší mírou angažovanosti, zejména pokud pracovníci OSPOD vyhodnotí, že je to za stávající situace jediná věc, kterou mohou vykonat v zájmu dítěte. Jako příklad můžeme uvést iniciativu pracovnice OSPOD, která se v rámci snahy podporovat rodiče v jejich často minimálním zájmu o dítě, jež je v ústavní výchově, angažuje v získávání zpráv o prospívání dítěte a vzhledem k velmi nestandardnímu bydlení rodičů jim tyto zprávy poté i sama doručuje.

„Matka si občas písemně požádá zprávu o tom, jak prospívá nezletilá [jméno dítěte] a protože vlastně není možno do vojenského bunkru to nějakým způsobem doručovat, takže se to dělá tak, že sociální pracovnice přepoše tyto informace mně, originál včetně fotek předávám matce (...) fungujeme v podstatě jako pošťáci.“ (O27)

ANGAŽOVANOST

Angažování se do životní situace klienta je důležitou součástí každého procesu řešení případu. Bez ní by klienti jen stěželi uvěřili, že sociální pracovník má zájem jim pomoci v řešení jejich obtížné životní situace. Vytvoření individuálního vztahu ke klientovi může být jednou z podmínek pro jeho zapojení do volby strategie při řešení jeho životní situace. Určitá osobní angažovanost může být tedy v průběhu intervence prospěšná, ovšem je nutné dbát toho, aby se pracovník pohyboval v institucionálním rámci práv a povinností (metodika, etické kodexy a standardy atd.). Vyšší míra angažovanosti na straně pracovníka OSPOD byla zaznamenána zejména v situacích, kdy pracovník poskytoval klientovi podporu nebo v klientově zájmu vstupoval do komunikace s jinými úřady či institucemi, případně když pracovník vystupoval v roli mediátora či vyjednavče.

„Takže to jsem opět za ním byla, dokonce s tím, že jsou ty cesty blízko, tak jsem za ním jezdila častěji, než teda jsem měla a měla jsem i radost z toho, že funguje, maminka si ho brala na víkendový pobyty, všechno bylo v naprosté pohodě a přesně jsem čekala, že to přijde - návrh na zrušení ústavní výchovy.“ (KV47)

Angažovaný přístup až výrazně nad rámec povinností či pracovní doby byl zaznamenán v různých typech případů, v různých kontextech a lišily se hlavně výsledky, které takto zvýšeně angažovaný přístup přinesl. V některých případech dokázali pracovníci OSPOD silné zaujetí některým případem ukočírovat směrem k efektivní, byť osobně náročné intervenci. Zaznamenali jsme ale také případy, kdy angažovanost sklouzla v přílišnou emoční zainteresovanost sociálního pracovníka, která byla spíše kontraproduktivní - ať již výsledkem bylo úplné zahlcení konkrétním případem či přílišná benevolence vůči zjevně nebezpečnému klientovi, případně osobní zklamání pracovníka, které mohlo vyvrcholit až syndromem vyhoření.

„Byla to intenzivní práce, skutečně jako někdy to, někdy už nevím, z pohledu kolegyň říkaly, že už jsem do toho moc vtažená, že už jsem měla třeba říct - dost, třeba přineste si, co máte, jaký požadavek, nebudeme furt. To bylo fakt třeba dennodenně, ráno, odpoledne - a ještě vám jdu říct.“ (Z21)

„Já jsem to víceméně samozřejmě sepsala, měl si přijít v uvedený den, samozřejmě si nepřišel. Já jsem tam ještě poslední den té lhůty vlastně šla k nim domů, já jsem mu to dala. On teda řekl - jo. Já jsem říkala - běžte tam. Bylo dopoledne. Já jsem říkala, nepracoval, já jsem řekla - tady to máte, ale musíte si to tam zanést osobně, je to poslední den. A když jsem se potom ptala za týden nebo za dva týdny, tak prostě řekl, že tam nebyl. Takže potom je to takový ten přístup, že jako chcete, snažíte se pomoc, ale jako vidíte, že to...“ (Z44)

Pracovníci OSPOD relativně často uváděli, že pracují přesčas nebo že s rodinou udržují častější kontakt než jim ukládá zákonná povinnost. Zároveň poukazovali na fakt, že je velmi těžké oddělit osobní život od profesního, a pracovník má tendenci myslet na práci neustále i během volného času, což znamená značnou stresovou zátěž. V této souvislosti je třeba připomenout **neexistující či naprosto nedostateč-**

nou možnost supervize, kterou jsme zaznamenali téměř ve všech zkoumaných OSPOD.

„Ty případy, které se tady řeší, jsou často hodně závažné a člověk rozhodně nechodí domů s čistou hlavou, hodně si toho nosí domů a často třeba i to, tady ty problémy v práci samozřejmě potom přenáší na svou vlastní rodinu a rodinné příslušníky a tak dále. Takže by to chtělo asi nějakým způsobem určitě ošetřit.“ (Z50)

DŮVĚRA MEZI PRACOVNÍKEM A KLIENTEM

Důvěru mezi pracovníkem a klientem považují pracovníci OSPOD za jeden z důležitých předpokladů dlouhodobě úspěšné spolupráce. Pracovníci o vztahu důvěry uvažují spíše jednostranně, tedy akcentují více potřebu vybudovat důvěru rodin v OSPOD a v pracovníky OSPOD. Jako jeden z důležitých faktorů při budování vzájemné důvěry mezi pracovníkem a klientem zmiňují pracovníci OSPOD zejména objem času, který mohou s klientem při řešení jeho problému strávit. Pro získání důvěry je dle pracovníků OSPOD nutná intenzivní práce s rodinou, časté návštěvy a vzájemná komunikace a někdy právě i práce nad rámec běžných pracovních povinností.

„Rodinu znám opravdu dlouhodobě, znám je 10 let, tak tady v tomto konkrétním případě jsem věděla, že na [jméno dítěte] se bude muset trošičku jinak než na jiné děti. Takže jsem za ní šla do školy, mluvily jsme spolu, malovaly jsme si, ukazovaly jsme si obrázky a snažila jsem se jí v podstatě nějakým způsobem ulehčit a vytáhnout z ní teda to, co se stalo.“ (O28)

„Já z toho momentálně mám velice dobrý pocit, protože rodina s námi spolupracovala a důvěřují nám, posunulo se to v podstatě tam, kam jsme chtěli. A navíc jako že jsou ochotní a schopni si ty děti jakoby převzít do péče a to ten účel byl splněný, proč toto všechno bylo dělané a proč s nima bylo tak pracované.“ (Z26)

Mezi projevy důvěry na straně klienta pracovníci OSPOD počítají ochotu klienta dostavovat se na OSPOD nejen bez donucení, ale třeba i bez vyzvání, dobrovolně, z vlastní iniciativy. Za projev důvěry považují také přátelský postoj ze strany členů rodiny, ochotu podělit se s pracovníkem o nové události v rodině, aniž by se pracovník musel sám pít v rámci místního šetření, ochotu neskrývat a nezkrášlovat i nepříznivé či citlivé informace apod.

„Za čtyři měsíce anebo, když ona něco potřebuje, tak sama přijde, protože má důvěru a jako docela často se tady vyskytuje, ale přijde spíš jako ukázat to své dítě a říct, že je všechno v pořádku.“ (KV2)

Důvěra na straně rodiny je sice dobrým základem pro potenciálně úspěšnou intervenci, ale sama o sobě ji nezaručuje - k obtížím, zvrátům k horšímu či dlouhodobým neúspěchům dochází i v rámci intervence založené na důvěře. Pokud však rodina chová vůči OSPOD vážnou nedůvěru, je to naopak téměř zárukou selhání snahy pracovníků OSPOD situaci v rodině pozitivně ovlivnit, případně dosáhnout obnovy fungování rodiny. Vzhledem k tomu, že takto zásadní nedůvěra se projevuje mj. zamlžováním informací, bojkotováním spolupráce, nevraživostí vůči pracovníkům OSPOD či dokonce utajováním adresy domácnosti, nemohou se mnohdy pracovníci faktické práci s rodinou vůbec věnovat a nejsou schopni adekvátního vyhodnocení vývoje případu.

„...jsme s ním začali samozřejmě okamžitě spolupracovat, rodiče byli opět agresivní, otec byl velmi agresivní, komunikace s ním byla velmi složitá, rodiče

si absolutně nepřipustili, že by nějaká poranění dítěti způsobili, okamžitě atakovali OSPOD s tím, že jsou nervózní ze sociálních pracovníc, protože je pronásledují...(…)... rodiče bylo těžko sehnat v místě bydliště, protože v době, kdy zjistili, že, jak se říká, po nich jde sociálka, tak se odstěhovali..."(KV18)

Z rozhovorů je zřejmé, že pracovníci OSPOD zpravidla stojí o vztah s klientem na bázi důvěry. Zároveň jsou si však vědomi toho, že je pro klienta velmi obtížné si k nim pozitivní vztah vybudovat.

„Tam je hodně důležité si získat tu důvěru. Jako já si dokážu představit, že prostě když do rodiny dojdu třeba dvě úplně cizí nějaké pracovnice - jo a my vám teďka začneme pomáhat. Že to asi trvá hodně dlouho, než se ta důvěra vytvoří. A kor ještě třeba, když jsou to mladí lidé, pracovníci se střídají, tak je to hodně složité. Určitě i pro tu matku. Dokážu to pochopit, že to není jednoduché jenom tak někomu začít věřit.“ (Z27)

Důvěru velmi snadno naruší již samotná ambivalentní povaha práce sociálního pracovníka. Role pracovníků OSPOD nejsou vždy samy o sobě jednoznačné a náplň práce často obnáší i takové činnosti, které v sobě zahrnují výkon autority, dohled, pro klienta nepřijemná rozhodnutí či z hlediska rodičů často přímo represivní opatření. Na některých z námi zkoumaných případech bylo toto dilema zdokumentováno. Situace, kdy pracovník OSPOD musí provést nějaké zásadní a rodiči neschválené opatření v rodině a pak se věnovat její sanaci, k čemuž by potřeboval vést intervenci založenou na důvěře, nejsou pro sociální práci v oblasti SPOD výjimkou. Výrazně patrné bylo toto napětí například v rozvodových kauzách, kdy zejména děti mají pocit, že pracovník OSPOD je cizí element, který přispěl ke špatným vztahům mezi rodiči. Děti pak odmítají při šetření v rodině s pracovníkem OSPOD komunikovat.

„My jsme s dítětem situaci neprojednávali, protože k nám má vypěstovaný negativní vztah, bojí se nás a nemluví s námi. A o jiných formách péče jsme uvažovali. Ano. Buď teda o ústavním zařízení, což se nám jeví jako nejméně vhodné a o změně péče do výchovy otce.“ (Z40)

„Tehdy ještě to ... nebylo moc dobrý, protože ve chvíli, kdy jsme řekli, kdo jsme, tak aniž by nás nechal domluvit, tak jako se vyjadřoval dost hrubými výrazy a vyhrožoval, že nás teda tam všechny pozabíjí. Nakonec se nám podařilo tu situaci teda jako si vysvětlit, že tam nejsme proto, abysme mu to dítě brali, ale že se jdem podívat, jestli teda něco nepotřebujou, protože dům vypadá dost katastroficky. Takže jsme tam přišli jakoby pro něj s nabídkou pomoci, jestli oni nepotřebují pomoc, že tam má přijít miminko a co bysme teda pro ně mohli udělat. Tak na to on docela slyšel, pozval nás i dál, ukázal nám, rozumně jsme se domluvili. Pak už se teda zklidnil.“ (P21)

Dvojitá role pracovníka OSPOD jako napomínajícího dohlázeatele a zároveň pomáhajícího se objevuje i v případech, kdy byly děti umístěny do ústavní péče bez souhlasu rodičů. Sanace rodiny a snaha motivovat rodiče ke zlepšení poměrů pak může být v některých případech od osoby, která k odejmutí dítěte přispěla, málo efektivní.

„Opravdu já sama jsem měla takový problém s tím, že skutečně, jestliže mám vypovídat proti rodiči jako svědek v trestním řízení, jestli skutečně mám možnost rodinu sanovat jako sociální pracovník? Jestli... je tam obrovský střet, na jednu stranu je to represe, na druhou stranu v rámci prevence a tak dále, ozdravná opatření, je obtížné potom získat důvěru sociálního pracovníka, který musel vstoupit takovým nepopulárním, razantním opatřením. V tomto já cítím problém ... Tam si myslím, že možná by bylo vhodné, aby byli dva pracovníci.“ (Z34)

Obzvláště palčivě zde diskutovanou ambivalenci vnímala sociální pracovníce, která pracovala na případu chlapců týraných matkou. Sociální pracovníce byla u případu hned od počátku a svědčila proti matce v trestním řízení. Jejím úkolem bylo následně rodinu sanovat a pracovat s oběma chlapci, kteří měli po umístění do ústavní výchovy značné psychické problémy. Pracovnice se domnívá, že se obě role vzájemně vylučují a bylo by ku prospěchu věci, kdyby v případě byli zainteresováni dva sociální pracovníci.

„Jaký bylo moje stanovisko? Jakoby nechat to uzrát, protože jako já kdybych tady prostě jakýkoliv nutkání udělat jakýkoliv opatření bez souhlasu té matky, tak ... velice by se to vymstilo tomu člověku, protože jakoby ta kolegyně [která neúspěšně převzala případ], jak nechtěla zrušit tu ústavku, tak ta máma jí úplně vydrápala oči. A ona [kolegyně] jí [matce] řekla - já vám ho domů nepustím. Jo? A to je prostě, to bylo, pak už to nemá řešení, protože ta máma už jako na tu sociálku se prostě neobráť. Jo?“ (P44)

EMPATIE

Empatický sociální pracovník dává klientům pocit, že rozumí jejich životní situaci, že dokáže pochopit jejich obtíže z jeho úhlu pohledu. Předpokladem však je, že sociální pracovníci rozumí tomu, co klient prožívá. Zároveň dokáže toto porozumění klientům sdělit způsobem, aby nepochybovali, že toto porozumění je přesné (Dryden, 2008).

Pracovníci OSPOD mají snahu vcítit se do situace klienta a pochopit okolnosti, kvůli kterým se problematická situace vyvinula a také důvody, proč klienti nejsou schopni svou životní situaci adekvátně řešit, a to mnohdy ani s oporou pracovníků OSPOD. Pracovníci OSPOD jsou schopni přiměřeně reflektovat, že klient nejen vnímá a vyhodnocuje svoji situaci jinak, ale že jeho vnímání a prožívání situace bývá silně ovlivněno takovými faktory, jako je dlouhodobý stres, únava, špatné předchozí zkušenosti, fixace na jinou osobu apod.

„On na ni začal křičet s tím, že on je ten, kdo žíví tu rodinu, ona se bude o něj starat a má sebou mrsknout, tak nějak to vyšlo, maminka si to samozřejmě nenechala líbit, jak už byla unavená, jak celý týden se neustále o ty děti stará sama a on chodí pořád pozdě z práce domů, tak byla vyčerpaná, teď vlastně přestala před nedávnem kojit toho mladšího syna, kterému je rok, tomu staršímu je pět a je tam malá porucha přes dyslexii, dysgrafii a malý autismus, má to potvrzený od lékaře, takže s chlapcem je daleko větší práce, musí se mu hodně věnovat, tak už to prostě psychicky nezvládla to despotický jednání toho otce, chytli se, ona po něm jako hruběj vystartovala, on do ní začal strkat a ona mu řekla, že už vlastně je to naposledy, že už toho má plný zuby a že odchází, že se stěhuje.“(KV3)

2.4 Shrnutí

Limity:

➤ **Nedostatečné podmínky pro terénní práci**

Množství klientů neumožňuje se věnovat se klientům v terénu tak, jak by pracovníci OSPOD považovali za nutné pro řešení případu.

➤ **Administrativní náročnost**

Výzkum poukázal na to, že terénní práce nezbytná pro pozitivní změnu v životě klientů, ustupuje ve prospěch administrativy, která tvoří velký objem práce pracovníků OSPOD. Přestože ji sociální pracovníci považují za velmi důležitou, administrativní náročnost řešení případu jim neumožňuje věnovat se klientům tak, jak by to bylo žádoucí.

➤ **Preference obecně formulovaných doporučení ke zlepšení, nikoliv specifické dlouhodobé vedení**

Ať již v rámci terénní práce, či během kontaktu pracovníka s klientem na úřadě, je velmi často pomoc poskytovaná pracovníkem OSPOD ve formě jednoduchého udílení rad, či doporučení, bez možnosti vést klienta k jejich uskutečnění. Klienti však potřebují pomoc, v rámci níž by se mohli naučit konkrétním dovednostem např. v oblasti péče o dítě, vedení domácnosti, finanční gramotnosti apod.

➤ **Malá spolupráce OSPOD s NNO**

Přestože pracovníci ví o svých limitovaných možnostech pracovat s klientem v jeho domácím prostředí, jen zřídka využívají k této činnosti NNO, které mohou klientům OSPOD poskytovat např. rodinnou asistenci.

➤ **Malý prostor pro motivování klientů ve všech fázích práce s klientem**

Výsledky šetření ukazují, že motivování (povzbuzování) klientů probíhá především ve zvláště obtížných situacích klientů. Podle definice cílů sociální práce i odborníků je tato podpora nezbytnou součástí všech fází práce s klientem a je významným prvkem ovlivňujícím změnu životní situace klienta.

➤ **Nejistota v rozmanitosti úkolů a rolí sociálních pracovníků OSPOD**

Pracovníci OSPOD musí při řešení úkolů vykonávat mnoho činností a vstupovat do rozličných rolí (koordinátor, mediátor, vyjednaváč atp.). Ne vždy k tomu mají potřebné kompetence (znalosti a dovednosti), případně dostupné opory (návody, metodiky...).

Možnosti:

- Zvýšení počtu pracovníků vzhledem k množství řešených případů
- Větší podpora terénní sociální práci
- Větší spolupráce a angažovanost NNO při řešení případů klientů
- Podpora vzdělávání pracovníků OSPOD ve specifických znalostech a dovednostech

3. Průběh a metody práce s rodinou

Otázka metod práce s klientem je velmi úzce spojena s cíli sociální práce obecně a se způsobem práce s klientem v jeho individuální životní situaci. Průběh práce s klientem a volby metod, které jsou nástrojem řešení jeho případu, mají tedy zásadní postavení v práci s klientem a v řešení jeho problému. S ohledem na to se snažíme porozumět tomu, jak pracují sociální pracovníci s rodinami, kde je ohrožena výchova dítěte. V centru naší pozornosti je především sledování procesu práce s klientem a volba metod, využívaných k podpoře rodin a dětí, kde došlo k narušení výchovy a vývoje dítěte. V kontextu naší práce se zajímáme především o to, co je cílem činnosti sociálních pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí. Zvonařová (2005:3) uvádí hlavní aktivity pracovníků OSPOD, mezi které patří:

- řešení sociálně-právních, sociálně-zdravotních, výchovných problémů klientů,
- poradenství,
- výkon funkce opatrovníka a poručníka dětí v případech, kdy byl ustanoven soudem, včetně správy jejich majetku,
- výkon funkce kolizního opatrovníka v řízeních, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů rodičů (např. paternitních, opatrovnických, trestních, občansko-právních),
- zajištění pomoci a neodkladné péče dětem, které se ocitly bez přiměřené pomoci a péče,
- terénní sociální práce (místní šetření), depistáž,
- práce s rodinou, jejíž základní funkce jsou významným způsobem narušeny,
- práce s rodinami, kde je soudem či obcí uloženo výchovné opatření (napomenutí, dohled, omezení), nařízena ústavní výchova, dále s rodinami, kde jsou děti svěřeny do výchovy jiných osob než rodičů, dětmi a mladistvými s výchovnými problémy,
- oblast náhradní rodinné péče,
- příprava a zpracování podkladů do vedené spisové dokumentace, vypracování komplexních zpráv např. pro soudy, správní orgány, orgány činné v trestním řízení a další,
- spolupráce s ostatními státními či nestátními institucemi.

Z výše uvedeného výčtu je zřejmé, že činnost pracovníků OSPOD je velmi náročná, zodpovědná a klade na ně řadu specifických nároků. Umět účinně klientovi pomoci v jeho obtížné životní situaci vyžaduje od pracovníků nejenom mít snahu pomoci, ale předpokládá znalost různých metod a technik práce s klientem a dovednost je kreativně využít při řešení případu.

V následujícím textu se na základě analýzy rozhovorů z Karlovarského kraje zaměřujeme na to, jakým způsobem pracovníci OSPOD realizují výše uvedené činnosti. Pro lepší přehled a systematičnost jsme danou problematiku analyzovali optikou jednotlivých fází práce s klientem, jež jsou v soudobé sociální práci považovány za klíčové a které rozdělujeme na: (a) posouzení (assessment) životní situace klienta, (b) stanovení cílů intervence, (c) realizace samotné intervence a (d) následná evaluace postupu.

3.1 Posouzení životní situace klienta

Počáteční i průběžné posouzení prvků životní situace klienta je klíčovým prvkem intervence. Od něj se odvíjí kvalita a efektivita celé práce s klientem. V rámci procesu posouzení sociální pracovník získává od klienta informace a tyto informace zařazuje do relevantních kontextů (např. z oblasti právního systému, sociální politiky, přístupu ke zdrojům). Podstatou posouzení je určení rizikových překážek (jež brání dosažení cíle) a projektivních činitelů (zdrojů růstu) v životní situaci klienta tak, aby mohly být dosaženy cíle intervence. Součástí je také stanovení potřeb klienta, na jejichž saturaci jsou cíle intervence rovněž zaměřeny.

Je velmi důležité, jak pracovník k posouzení přistupuje. Zda v jeho rámci zaujímá vůči klientovi direktivní, nebo spíše participativní přístup, koho do posouzení zahrnuje, zda se také opírá o informace dalších odborníků spjatých s případem, jaký je charakter komunikace mezi ním a klientem, zda se snaží přistupovat k životní situaci klienta ve vší komplexnosti a reflektuje celý ekosystémový rámec jeho životní situace. V neposlední řadě je důležité, aby bylo posouzení prováděno na základě odborných znalostí pokud možno za využití odborných metodik posouzení.

Rozlišujeme posouzení počáteční a průběžné, jež trvá po celou dobu intervence. Zejména při vstupním posouzení je velmi důležitý charakter interakce, v jejím rámci totiž dochází k vyjasňování vzájemných požadavků a očekávání mezi klientem a pracovníkem, pracovník se dozvídá o klientově pohledu na jeho situaci. Jak vyplynulo z rozhovorů s pracovníky OSPOD, pro některé z nich je velmi důležité navázat s klientem konstruktivní vztah. Hovořili o skutečnosti, že zpočátku se raději věnují **navázání kontaktu** a nic v rodině neřeší. Tento přístup lze z odborného hlediska velmi kvitovat.

„Většinou zpravidla to chodí tak, že samozřejmě se rodina navštíví nebo každopádně zkontaktuje se zákonnými zástupci a snaha je spíš než rychle, pracovat pozvolněji, ale o to jak si rozumněji, tzn. navázat tam spolupráci s rodinou, sednout si na to v klidu a zkontaktovat situaci kolem dětí, tzn. tak nějak si i nejdříve vysledovat toho zákonného zástupce, čeho bude schopen do budoucna, jak to vidí sám, co může dítěti poskytnout, v čem se může zlepšit, zda na svém bydlišti setrvá v budoucnu třeba do měsíce dvou, navázat tam nějaký kontakt, nejdříve si tu situaci srovnat tak nějak sám pro sebe, co si myslí, že je to zásadní.“ (KV40)

Na druhou stranu řada dalších pracovníků hovořila o tom, že navazování konstruktivního vztahu s klientem není možné. Příčiny tohoto stavu jsou jak na straně pracovníka, tak také klienta. Pracovníci hovořili o tom, že někteří klienti nejsou ochotni s nimi komunikovat, vyhýbají se jim, mají vůči nim odmítavý postoj, berou je jako „nutné zlo“. Z některých rozhovorů však vyplynula rovněž určitá **předpojatost vůči klientům ze strany pracovníka**, jež byla projevem labellingu, kdy označovali některé klienty jako apriori nepřizpůsobivé, konfliktní, problémové. Toto negativní nálepkování je velmi rizikové, neboť popírá právo klienta na rovný přístup a sebeurčení a může mít pro něj nejenom stigmatizační efekt, ale může významným způsobem negativně ovlivňovat řešení klientova problému.

Jak již bylo uvedeno, podstatou posouzení je sběr informací a jejich interpretace. Zdrojem těchto informací může být rozhovor s klientem či dalšími osobami, analýza relevantních dokumentů a v neposlední řadě také pozorování. Právě **pozorování** je důležitým nástrojem posouzení pro sociálního pracovníka. Pracovníci OSPOD nejčastěji dochází do rodin, ale v případě potřeby navštěvují klienty ve škole, v dětském či výchovném ústavu, v azylovém domě. Vzhledem k tomu, že o home visitingu

je pojednáno v kapitole 2, zde jej nebudeme více rozebírat. Z hlediska zaměření této kapitoly je významné, že pracovníci do rodiny docházejí poměrně často a že tento nástroj je běžnou součástí jejich pracovního postupu. Zatímco někteří pracovníci chodí do rodiny na počátku práce s rodinou (především v případě podezření na týrání či zneužívání dítěte), jiní pracovníci navštěvují rodinu až poté, co je navštívil klient na OSPOD. Pracovníci hovořili o tom, že účelem jejich návštěvy v rodině je **verifikace získaných informací** (např. o poskytování základní péče dítěti), **získávání informací nových**, vyslechnutí dalších členů rodiny, **sledování vzájemných vztahů** v rodině. Zatímco někteří pracovníci se v rámci pozorování v rodině zaměřovali na vnější činitele (např. charakter bydlení, ošacení, strava, finanční situace), jiní kladli velký důraz také na charakter interakcí mezi členy rodiny a na podobu citové vazby (attachmentu) mezi rodiči a dětmi, což považujeme za významné, protože v těchto případech je patrná snaha vnímat situaci klienta více holisticky.

„Do každé rodiny se nechodí. První krok je ten, že si je sem pozveme. Většinou písemně nebo telefonicky. Na základě toho, co nám říkají, jakým způsobem se projevují, na základě toho rozhodujeme, jestli se do rodiny půjdeme podívat nebo ne. Pokud je všechno v pořádku, rodiče se domluví, dítě je starší, tak si vyslechneme dítě a je vše v pořádku, tak do rodiny se nechodí. Pokud je tam nějaký problém nebo co proti sobě říkají, je pochybné nebo zamotané anebo oba chtějí dítě do své péče, tak pak se jdeme do rodiny podívat.“ (KV25)

„Tak pro nás je důležitý hlavně pobyt v té rodině nebo v té domácnosti a ten je důležitý pro nás zejména proto, že nejen že si člověk ověří informace, které získává, anebo proto, že kontroluje, zda stav je zhoršený nebo zlepšený anebo zda ta domácnost je vedená lépe či hůře, zda děti mají veškeré potřeby, ale je to i proto, že tam nastaví určitou atmosféru a důležité jsou i ty rodinné vztahy mezi nimi, kdo je v rodině dominantní, kdo má autoritu, kdo ji nemá, kdo má poslouchat, kdo ne, zda tam je cit, zda tam je láska, jaké vazby tam prostě probíhají, takže proto je tedy i tahle ta návštěva důležitá.“ (KV40)

Z hlediska akutnosti řešení případu se ukázalo, že pracovníci bedlivě rozlišují, zda je nezbytné zasáhnout bezprostředně po podání podnětu, nebo stačí intervenci zahájit později. Jak uváděli, v případě podezření na týrání či zneužívání zasahují ihned.

T: „Co bylo učiněno hned a co mohlo počkat na pozdější dobu?“

R: „Okamžitě jsme jeli prošetřit podmínky, jestli je dítě nutné hned nebo tu hodinu nebo týž den z podmínek odebrat. Prošetřili jsme to doma, zjistili jsme u sousedů, že holčička bývá sama často. Tak jsme usoudili, že podáme podnět na předběžné opatření a bude dostačující, když následující den by bylo dítě z prostředí, bylo odebráno.“ (KV5)

Jak již bylo uvedeno, velmi důležitým zdrojem dat pro posouzení je analýza psaných či zvukových záznamů jiných odborníků. Je pozitivní skutečností, že pracovníci se v řadě případů v rámci posouzení opírají o **konzultace a posudky dalších odborníků** (lékařů, psychologů, psychiatrů, učitelů, policie atd.). Na druhou stranu ne vždy tuto možnost využívají a považují za smysluplnou či reálnou (hovořili v této souvislosti o nedostatku času).

Je zřejmé, že posouzení má z hlediska intervence klíčovou roli. Mělo by být dostatečně validní (mělo by poskytovat reálný pohled na situaci klienta) a také reliabilní (kdykoliv opakovatelné). Nástrojem validity i reliability je existence jednotné standardizované metodiky. A zde se dostáváme k velmi problémovému zjištění. Pracovníci až na výjimky hovořili o tom, že pro posouzení nemají k dispozici **žádnou metodiku**, i když se vyjadřovali ve smyslu, že mají ověřené způsoby, jak k posouzení přistupovat. Nicméně jedná se o zažitý způsob praxe, který nemá písemnou podobu.

Některým pracovníkům stávající praxe v této oblasti vyhovuje, řada dalších se vyjádřila, že by metodiku posouzení uvítala, protože by jim umožnila lépe se orientovat v tom, na co se mají v rámci posouzení prvků životní situace klienta zaměřovat. Někteří pracovníci uvedli, že jim **chybí odborné znalosti o některých cílových skupinách** (např. klientech s psychiatrickým onemocněním), tento nedostatek řeší samostudiem odborné literatury a velmi by uvítali metodiku posouzení pro specifické cílové skupiny. Skutečnost, že až na výjimky není na OSPOD metodika posouzení, je velmi alarmující. Ještě více znepokojující je to, že radě pracovníků to nevadí, nepovažují ji za důležitou, ale spíše se spoléhají na vlastní zažitý systém posouzení. Takový přístup může vést k tomu, že pracovník se zaměřuje v rámci posouzení pouze na některé aspekty situace klienta a jiné zcela opomíjí, a také může vést k neschopnosti sociálního pracovníka účinně řešit problémy rodin, kde je ohrožena výchova dětí, případně hrozí odejmutí dítěte z rodiny.

T: „Měla jste k dispozici k prošetření situace nějaký standardizovaný postup či metodologii? Jakým způsobem se má postupovat v tom daným momentě, když takovéto oznámení tohoto případu přijde. Jak má postupovat?“

R: „Tak samozřejmě máme určité naše vnitřní postupy jak dál pokračovat od počátku.“

T: „Písemně zpracované, máte je písemně zpracované nebo existuje zažitý systém?“

R: „Zažitý systém.“ (KV18)

„Každý případ je jiný, ale asi nějaká obecná metodika by na místě být mohla no.“ (KV19)

3.2 Plánování intervence

Plánování intervence je další důležitou fází procesu intervence a navazuje na vstupní posouzení životní situace klienta. Spočívá především ve stanovení cílů intervence a způsobů, jak jich dosáhnout. Existence tohoto plánu umožňuje pracovníkovi systematicky postupovat směrem k vytyčeným cílům a rovněž pro klienta představuje aktivnější participaci na intervenci, protože je srozuměn s cíli intervencí i možnými cestami, jež k nim vedou.

Pracovníci se většinou vyjadřovali ve smyslu, že **intervenci plánují**, nicméně plány mají **písemnou podobu pouze sporadicky a ne vždy s nimi seznamují klienta**. Podle nich není na pracovišti povinnost tyto plány vypracovávat a není to ani důležité, protože ve spisech jsou uvedeny také úkoly do budoucna, které sice nemají podobu plánu intervence, ale jsou postačující. Podle některých pracovníků je nereálné plány intervence vypracovávat, protože je například velmi obtížná komunikace s klientem, nebo se situace klienta velmi rychle mění a oni na ni musí situačně reagovat bez ohledu na nějaký plán. Někteří pracovníci pojímali plánování intervence jako zbytečnou agendu, na niž nemají čas.

„Tak v podstatě hned, když se obdrží nějaké sdělení, tak se nad tím každopádně pracovník zamýšlí a již má připravený sám svůj plán, jak s tím naložit a jak s tím pracovat dál.“ (KV40)

„...plán vypracovanéj nebyl, hlavně z toho důvodu, že skutečně, kdybysme měli na starosti deset, patnáct složitějších případů a k tomu tudletu agendu, tak by se to dalo uskutečnit, ale skutečně ta situace taková je, že řešíme případy až tehdy, kdy už to naběhne a musíte to řešit teď hned...“ (KV49)

3.3 Intervence

Intervence je další klíčovou fází, v jejímž rámci by mělo docházet k naplňování vytyčených cílů, a tedy k žádoucí změně životní situace klienta. Intervence stojí na podobných prvcích jako posouzení. I zde je důležité, aby byl klient co nejvíce motivován a zapojen, aby byli do intervence zahrnuti všichni relevantní aktéři, aby se na ní v případě potřeby podíleli i další odborníci, aby se týkala všech aspektů klientovy životní situace. V neposlední řadě by ji měl provádět profesionální pracovník, který využívá adekvátní odborné postupy. Pracovníci se vyjadřovali k některým z výše uvedených aspektů intervence.

Jak jsme již uvedli, velmi důležité je uplatnění participativního přístupu při posouzení životní situace klienta. Totéž platí i u intervence, protože čím větší je participace klienta na intervenci, tím větší je také jeho motivace ke změně a klient tak více usiluje o dosažení cílů intervence. Pracovníci se v souvislosti s participací vyjadřovali dvojím způsobem. Hovořili o skutečnosti, že u některých klientů uplatnění participativního přístupu není možné, protože někteří klienti nechtějí spolupracovat, je s nimi špatná komunikace a jak již bylo uvedeno výše, berou celou intervenci jako „nutné zlo“. Druhá skupina pracovníků hovořila o tom, že klienty **motivují** k tomu, aby byli aktivními participativními účastníky intervence. K takovým klientům přistupují tak, že jim **nabízí možnosti (ukazují cesty)** a volbu nechávají na nich samotných. Jak někteří pracovníci výstižně uvedli, jiný než participativní přístup ke klientům ani není možný, protože pokud klient není dostatečně zapojen a motivován, výsledná intervence nemusí dopadnout dobře. Ukázalo se, že někteří pracovníci bohužel nevěnují příliš úsilí tomu, aby tuto situaci změnili, aby se pokusili zvýšit motivaci klienta pro intervenci.

„Ten záznam byl u nás v OSPODu vyhotoven a byl jí dán kontakt i na to azylové zařízení. My jsme nechali na jejím zvážení, jestli teda ona sama opravdu chce tohle bydlení. A takže se rozhodla, že ano.“ (KV4)

„Já si myslím, že tam hodně záleží právě na té druhé straně, jak ona to bere, takže samozřejmě já ji určitá písemná opatření nabídnu, řeknu jí ano, středisko výchovné péče neprošlo, bylo to neúspěšné, další možnost je ta a ta nebo vám chlapec skončí třeba za mřížemi atd., buď se zkusí ústavní výchova, nebo chlapec dál bude páchat trestnou činnost, může to dojít tak a tak daleko a samozřejmě je i na druhé složce, jak se zachová.“ (KV9)

Tak jako je široké spektrum případů klientů, tak také intervence by měly být rozmanité a reagovat na jednotlivá specifika osudů klientů. Tato specifická přístupu se odrážela také ve výpovědích pracovníků. O variabilitě hovořili také v souvislosti s intenzitou práce s rodinou. V této souvislosti uváděli, že intenzita práce s rodinou byla větší u rodin s více problémy.

T: „Jak často, jakým způsobem byl prováděn monitoring při řešení toho případu? Jak často a kde jste dítě navštěvovali?“

R: „Dítě jsme navštěvovali a s rodinou jsme pracovali velmi intenzivně, tam se dělalo šetření třeba každý týden a střídali jsme se i u otce a sledovali jsme, jaký vztah má dítě k rodičům, nebo jak se ten rodič chová k tomu dítěti, takže jsme třeba v rodině strávili třeba i tři hodiny pozorováním tý domácnosti.“ (KV4)

Specifickým nástrojem intervence v rukou pracovníků OSPOD je **návštěva v domácnosti**. Jejím smyslem je průběžné posouzení životní situace klienta a také možnost pokračovat v intervenci s klienty v jejich domácím (či jiném, např. školním)

prostředí. Všichni pracovníci se shodovali, že jejich návštěvy jsou ohlášené pouze výjimečně (u méně problémových rodin), ve velké většině případů dochází pracovníci do rodin neohlášení. Pracovníci někdy zjišťují situaci rodiny také u dalších členů domu a nespolehají se pouze na výpovědi klientů. V některých případech pracovníci **docházejí také do výchovných a školských zařízení, případně do azylových domů**. Tento monitoring v přirozeném prostředí klienta (především v domácnosti) je velmi dobrým nástrojem intervence. O tom, zda do rodiny budou pracovníci docházet, rozhodují oni sami na základě vlastního úsudku. V této souvislosti může hrozit reálné riziko, že ne vždy mohou závažnost situace adekvátně posoudit a do rodiny, kde nemusí být riziko snadno odhadnutelné, se nedostanou.

T: „(...) když byly prováděny neohlášené návštěvy, co se hledá při těch neohlášených návštěvách, jako důvod, proč třeba ty návštěvy neohlášíte?“

R: „Já se třeba i ptám v baráku těch lidí jako jestli neslyšeli křik dítěte nebo jestli něco takového tam nebylo, jestli mají pocit, jakože by bylo dítě týráno nebo prostě skutečný pláč, takže já většinou ještě než jdu do té rodiny, tak už tohle to zkusím, tam proběhnu barák. (...) Abych našla, jestli to dítě má to, co opravdu má mít, jestli je to v zájmu a pro blaho dítěte, to znamená, já teda nakouknu pak i do ledničky, mrazáku, do špajzky, všude, jestli dítě má co jíst.“ (KV3)

„Matka obviňovala školu, že podává nepravdivé informace, že je zaujatá, že to není pravda to chování, kterým se dítě projevuje. Účelem návštěvy bylo to, že jsem musela zjistit, jak se opravdu dítě ve škole chová. Což mi bylo umožněno tím, že ve třídě byl prosklený kabinet, kde bylo vidět do třídy a nebylo vidět, kdo je v kabinetu. Takže já třeba před začátkem vyučování jsem si tam sedla a pozorovala jsem dění ve třídě. (...) Takže návštěvy nebyly směřované, abych sledovala vybavenost, ta byla dobrá, ale vyloženě monitoring toho jeho chování v jeho rodině.“ (KV13)

O důležitosti existence odborných postupů a metodik pro posouzení situace klienta jsme pojednali již výše. Nejinak je tomu v případě intervence. I zde je velmi důležité, aby pracovníci využívali metody a techniky, jež byly empiricky validizovány a ozkoušeny dlouholetou praxí. Nestačí spoléhat se na vlastní úsudek, který může být pokaždé jiný a v krajním případě může klienta poškodit. Bohužel v této souvislosti hovořili pracovníci opět o naprosté neexistenci manuálů a metodik, jimiž by se mohli v rámci intervence řídit. Některým to vadilo, jiné to nechávalo zcela lhostejné, protože se řídí vlastním úsudkem. Nicméně postupovat podle toho, jak je zvykem na daném pracovišti, může být pro klienta velmi rizikové. Ještě problematičtější se jevíly názory typu, že na studování nějaké metodiky není čas, protože je příliš mnoho práce. Na jednu stranu to může svědčit o nadměrné zátěži kladené na pracovníka (vyplývající např. z velkého počtu klientů), na druhou stranu jsme v některých případech svědky přístupu, kdy o sobě pracovník uvažuje jako o neomylném profesionálově, který všechno zná a dělá dobře a nepotřebuje k tomu odborné postupy. Jak jsme již uvedli, tuto absenci adekvátní sebereflexe považujeme z hlediska klienta za velmi rizikovou a ohrožující.

„Samozřejmě, že by někde byl napsaný, tak to ne, ale postupuji v podstatě podle selského rozumu, tak jak je zvykem.“ (KV35)

„Žádné postupy nejsou. Je to všechno o praxi, o vlastním smýšlení každé pracovnice. O tom, co každý profesionál cítí, že by bylo dobré, nebylo dobré. Samozřejmě v zákonném rámci. To je úplně jasné. Ale je to spíš na takovém citovém zvážení.“ (KV38)

„Písemně nějaké takovéhle osnovy nemáme, protože ani nevím, jestli bych měla čas to tedy jako studovat, protože člověk musí řešit a konat.“ (KV43)

Sociální pracovník na OSPOD má v souvislosti s některými klienty v rukou velkou moc. Je to právě on, kdo s rodinou pracuje z pověření státní moci a jeho zprávy pro soud mohou výrazně ovlivnit jeho výsledné rozhodnutí. A právě v této souvislosti někteří pracovníci hovořili o časové tísni, kdy nemají dostatek času adekvátně zasáhnout v rodině v návaznosti na soudní usnesení, což se negativně odráží na kvalitě intervence.

„(...) takže v podstatě jsme vázaný na to, jak soud vlastně co posílá a kdy hned do té rodiny chce vstoupit. Říkám, kdyby to posílali s předstihem, tak samozřejmě není nutný do té rodiny chodit hned, ale tím, že to pošlou 14 dnů před jednáním, tak ten pracovník stejně na to musí reagovat... Chodí nám to zhruba tři týdny před jednáním, v něm předkládáme usnesení ustanovení opatrovníka a předvolání v jednom a jednání je do tří týdnů. Takže krátce během těch tří týdnů musí pracovník provést všechny ty úkony.“ (KV23)

Někteří pracovníci zmínili také další omezení, jež jim brání adekvátně intervenovat. Prvním problémem je skutečnost, že k některým vzdálenějším klientům nemohou dojíždět podle potřeby, protože nemají k dispozici auto. Hovořili o tom, že služební auto spadá pod řadu dalších pracovníků, a tudíž jej musí dlouho dopředu objednávat. Velmi často si také stěžovali na velký počet klientů, který je mnohdy na úkor kvality poskytovaných služeb, protože se řeší především akutní případy. V této souvislosti se domníváme, že v zájmu zlepšení činnosti sociálních pracovníků ve prospěch rodin s ohroženým dítětem je velmi aktuální otázkou zvážení navýšení počtu sociálních pracovníků, stejně jako zavedení supervize, specializovaných školení a poskytování metodických manuálů, které by je více orientovaly v řešení případů.

„(...) ještě by nám třeba pomohlo mít k dispozici to své vlastní auto, abychom si do té rodiny mohli zajet, kdy potřebujeme a nevázat se vlastně na ta služební auta, no a samozřejmě by pomohlo, kdyby měli pracovníci méně těch rodin na starosti, protože těch rodin mají spoustu a potom se vlastně vyčleňuje to, co je akutní, co počká, že není tam ta práce až tak systematická.“ (KV31)

3.4 Evaluace

Adekvátní evaluace je jedním ze základních nástrojů sledování účinnosti intervence sociálního pracovníka, a tudíž by měla být nedílnou součástí jeho metod práce s klientem. Pracovníci se vyjadřovali k průběžné i závěrečné (ex-post) evaluaci případu. Téměř všichni pracovníci se shodli v tom, že evaluace na jejich pracovišti **není povinná**, v některých případech se ale provádí evaluace průběžná. Někdy evaluaci nazývali kontrolou, jindy hovořili o **přezkoumání postupu** ať už ze strany vedoucího, nebo prostřednictvím vzájemných **intervizí s kolegy**. K tomuto přezkoumání dochází v případě, když jsou na pracovišti noví a teprve si osvojují metody práce s klientem, když jsou si nejistí ve svých postupech, případně když je na jejich pracovní postup podána stížnost ze strany klienta. Příklad se přezkoumává také tehdy, když si klient stěžuje u ombudsmana. O povinné evaluaci hovořili v rámci Karlovarského kraje pracovníci pouze jednoho OSPOD, podle nich ji provádí vedoucí oddělení, a to ve všech fázích práce s klientem.⁸

T: „Existuje na vašem pracovišti povinnost postup formálně přezkoumat?“

⁸ Rovněž v Olomouckém i Zlínském kraji existují OSPOD, kde je evaluace u určitých typů kauz povinná, zato na žádném z šetřených OSPOD v Pardubickém kraji tato praxe zavedena není.

R: „Povinnost ne, ale je to v pracovní náplni vedoucí oddělení a vzhledem k tomu, že se dělají pravidelné porady oddělení, kde se jednotlivé případy konzultují a navíc vedoucí oddělení má přístup do všech spisů, kontrola tady je.“ (KV12)

Skutečnost, že evaluace není až na výjimky standardní součástí intervence sociálních pracovníků, není pozitivním zjištěním. Jádro problému v této oblasti spatřujeme především ve dvou rovinách. Jednak na straně toho, kdo tvoří metodiku odboru, protože problém spočívá v tom, že evaluace není na daném pracovišti povinná, není součástí standardních metod práce s klientem. A dále na straně pracovníka, protože jak se ukázalo, většina z nich neznala význam a smysl evaluace. V některých případech ji pojímali jako zbytečnou kontrolu, jež zasahuje do autonomie jejich rozhodnutí, jindy hovořili o tom, že není čas dívat se do minulosti.

„Takhle, já to řeknu jinak, jsou tady čtyři kurátoři a je tu dost práce, takže na nějaké takové sezení, aby se zpětně koukalo do minulosti není moc času.“ (KV1)

3.5 Shrnutí

Limity:

➤ **Pracovníci se při práci s klienty opírají o vlastní názory či zaběhlou praxi na pracovišti**

Řada pracovníků nepovažuje za problematické, že se při posouzení životní situace klienta neopírá o odborné metodiky. Tito pracovníci považují za legitimní ukotvit práci s klientem v intencích vlastních pocitů, postojů či zaběhlé praxe na pracovišti. Tento postoj může být velmi rizikovým a domníváme se, že ne vždy umožňuje účinně pracovat s klientem.

➤ **Nedostupnost metodik práce s klienty**

Pracovníci až na výjimky hovořili o tom, že pro posouzení nemají k dispozici žádnou metodiku. Jako velmi žádoucí by viděli tito pracovníci metodiky posouzení pro specifické cílové skupiny.

➤ **Absence plánů řešení případu**

Pokud je činnost pracovníků OSPOD plánována, pak má písemnou podobu pouze výjimečně. Některými pracovníky je považováno plánování intervence ve prospěch klienta za zbytečnou agendu, na kterou nemají čas. Podle některých pracovníků je nereálné plány intervence vypracovávat, vzhledem k tomu, že situace značné části klientely se velmi často nepředvídatelně a zcela zásadně mění, a na tyto změny je nutno průběžně a pružně reagovat.

➤ **Pracovníci ne vždy umožňují participativní přístup klienta na řešení jeho problému**

Zaznamenali jsme případy, kdy pracovníci neseznamují klienty s postupy a plány, které budou v rámci řešení jeho případu realizovány.

➤ **Malá motivovanost klientů spolupracovat s pracovníky OSPOD**

Jedním z velmi limitujících prvků ovlivňujících řešení případu, je neochota spolupráce ze strany klienta.

➤ **Malá snaha některých pracovníků motivovat klienta ke spolupráci**

Výzkumná zjištění poukázala také na to, že někteří pracovníci nevěnují dostatečnou pozornost zvyšování motivace klienta pro změnu jeho životní situace. Podceňování úsilí o motivaci ze strany sociálních pracovníků může negativně působit na motivaci klientů. Jinými slovy, nemotivovanost klientů může být způsobena také nízkou snahou sociálních pracovníků motivovat a povzbuzovat klienty ke změně jejich životní situace.

➤ **Podceňování evaluace v činnosti pracovníků OSPOD**

Evaluace není až na výjimky standardní součástí práce sociálních pracovníků. Alarmující v tomto ohledu byla nejen skutečnost, že někteří sociální pracovníci ji považují za nepřiměřenou kontrolu, která zasahuje do jejich autonomního rozhodování, ale i to, že i to, že pracovníci OSPOD nevnímají, jaký význam by mohla mít pro jejich práci. I s ohledem na to ji v některých případech považují za zbytečné se ohlížení do minulosti.

Možnosti:

- vypracování metodik práce s klientem, zvláště pak pro specifické cílové skupiny
- průběžná metodická školení
- důraz na vzdělávání sociálních pracovníků, které reflektuje nutnost praxe ukotvené v odborných poznatcích práce s klienty
- zavedení evaluace do běžné praxe OSPOD

4. Faktory ovlivňující práci s rodinou - organizační aspekty práce OSPOD (vnitřní faktory)

Charakter práce na OSPOD, její průběh i výsledek je ovlivněn řadou faktorů. Jako vnitřní faktory chápeme faktory plynoucí přímo z organizace práce tohoto orgánu. Tato kapitola je zaměřena na vybrané organizační aspekty práce, které ovlivňují práci pracovníků OSPOD s rodinami, kde je ohrožena výchova dítěte. Porozumění tomu, co je příčinou určitého chování pracovníků, proč smýšlejí určitým způsobem, co ovlivňuje volbu jejich intervencí, je spojeno s celkovou kulturou organizace. V našich podmínkách upozornil Musil (2004) na to, že kultura organizace je spojena se společnými představami pracovníků jedné organizace o tom, jak a proč je dobré v tom či onom případě postupovat. Kultura organizace v jeho pojetí je jedním z významných aspektů, který ovlivňuje přístup pomáhajících pracovníků ke klientům. U námi sledovaných pracovníků jsme se snažili porozumět tomu, jakým způsobem je jejich přístup ke klientům ovlivněn přítomností či absencí supervize a neformální intervize (konzultace). Stejně tak jsme sledovali, jak ovlivňuje počet pracovníků OSPOD jejich práci s klientem a jaké další aspekty práce je možné na odděleních SPOD vysledovat.

Jak již bylo uvedeno v předešlé kapitole, postup, který volí pracovníci OSPODu v jednotlivých případech, se většinou neodvíjí od metodických pokynů, ale spíše od zavedených postupů na pracovišti, které se ve vztahu k danému typu případů v minulosti osvědčily. Při řešení případu tím více vystupuje do popředí osobnost sociálního pracovníka, jeho zkušenosti a další profesní dovednosti. S ohledem na variabilitu a náročnost případů i řadu dilemat, která před nimi v průběhu jejich řešení vyvstávají, pracovníci OSPOD často vyjadřují potřebu podpory ve své práci. Tu hledají jak uvnitř pracoviště, mezi svými kolegy a přímými nadřízenými, tak také vně organizace u odborných pracovníků (viz kapitola 5).

4.1 Systémy rozdělování případů mezi pracovníky OSPOD

Při rozdělování případů mezi pracovníky OSPOD se objevují následující systémy, v praxi pak různě propojené a modifikované. Jedná se o:

- a) **„Obvodový“ systém** kde jsou případy mezi pracovníky OSPOD rozdělovány na základě faktického bydliště klienta (ať už se jedná o trvalé bydliště nebo aktuální místo pobytu) - každému pracovníkovi jsou přiděleny určité obvody (městské části, obce, ulice), přičemž pracovník pak pečuje o klienty „svého“ obvodu. O rozdělení obvodů mezi pracovníky rozhoduje vedoucí OSPOD, přičemž rozdělení obvodů nemusí být stabilní, ale v průběhu času se mění dle potřeby. Tento systém se vyskytuje na OSPOD ve všech zkoumaných krajích (Karlovarský, Pardubický, Olomoucký i Zlínský).
- b) **Abecední systém**, kdy jsou případy mezi pracovníky OSPOD rozdělovány na základě abecedního pořadí jména klienta. Tento systém se objevuje ve Zlínském kraji.
- c) **Systém přidělování podle věku dítěte** - případy jsou rozdělovány podle věku sledovaného dítěte. Systém se využívá na OSPOD v Olomouckém kraji.

- d) **Systém podle specializace** - zde jsou případy rozdělovány podle převažující problematiky - nejčastěji se jedná o rozdělení na „kurátorské“ případy a ostatní, občas se však jedná i o širší typologii případů (rozvody, náhradní rodinná péče apod.), které jsou předávány pracovníkům s konkrétní specializací. Tento přístup ve své „čisté“ podobě s sebou může nést riziko, že pracovníci nemohou své případy konzultovat v rámci týmu, neboť se každý specializuje na odlišný typ případu. Vzhledem k tomu, že právě konzultace a porady s kolegy jsou samotnými pracovníky považovány za nejdůležitější konzultace vůbec (viz další kapitola), nejví se zavedení tohoto systému v čisté podobě jako zcela optimální. Tento systém se objevuje v Karlovarském, Pardubickém, Olomouckém i Zlínském kraji.
- e) **Autonomní rozhodnutí nadřízeného pracovníka** - o přidělení případů mezi jednotlivé pracovníky rozhoduje nadřízený pracovník (vedoucí oddělení) dle časových a kapacitních možností nebo z jiných důvodů (riziko podjatosti). Systém se využívá ve všech zkoumaných krajích.

V praxi zdaleka převládá „obvodový“ systém, často se však kombinuje s ostatními systémy tak, aby odpovídal potřebám a kapacitám konkrétního OSPOD. Systémy b) a c) jsou daleko méně časté, resp. spíše ojedinělé.

Všechny uvedené systémy obsahují různé modifikace, opět podle potřeb konkrétního OSPOD. Některé OSPOD do rozdělování případů mezi pracovníky např. zohledňují i fakt, že v některých případech je lepší, pokud ho řeší muži (např. kauza problematického chování dospívajícího chlapce), nebo naopak ženy. Taktéž pokud se klient stěhuje mezi obvody, ponechává si ho v evidenci často původní sociální pracovník, aby byla zachována kontinuita případu - tzn. nepředává ho kolegovi, kterému by podle nového trvalého bydliště klienta příslušel. Pokud některá kauza časem krystalizuje, stává se složitější (rozhoduje se o pěstounské péči, ústavní výchově atd.), přebírá v některých případech tuto kauzu nadřízený pracovník, případně na takovou kauzu dohlíží.

O přidělování případů v rámci zmíněných systémů rozhoduje většinou buď vedoucí pracovník nebo i administrativní pracovník při rozdělování pošty (na základě adresy, ze které podnět přišel apod.).

4.2 Autonomní rozhodování pracovníků a týmová spolupráce

Charakter sociální práce v jednotlivých OSPOD z hlediska autonomie rozhodování můžeme definovat jako **týmovou spolupráci s výraznými autonomními prvky rozhodování pracovníka**, a to ve všech zkoumaných krajích. Týmová spolupráce ve formě vzájemných konzultací je převažujícím rysem spolupráce na OSPOD. Má různé formy, nejbežnějším typem spolupráce je probírání případu s kolegy na pracovišti (tyto porady jsou pracovníky označovány jako *minisupervize* či *intervize*), přičemž se jedná o spíše neformální porady či konzultace v rámci běžné komunikace mezi pracovníky, bez existence písemných záznamů. Tyto neformální porady a konzultace jsou samotnými pracovníky velmi oceňovány - jsou pro pracovníky nejen zdrojem inspirace, ale také prostorem pro sdílení zkušeností a oporou v případě nejistoty ohledně správnosti zvoleného postupu a také jako prostředek duševní hygieny (ochrana před vyhořením). Výhodou je i to, že takovou neformální konzultaci lze uspořádat podle potřeby - pohovořit s kolegou může pracovník víceméně kdykoliv. Sdílení informací o případech je důležité také pro případnou vzájemnou zastupitelnost. S kolegy jsou diskutovány zejména případy, které jsou nestandardní, komplikované či spojené s obtížnými

dilematy. Podle některých pracovníků jsou tyto rozhovory dokonce dostačující náhradou supervize (viz níže) a jejich existencí odůvodňují své přesvědčení o tom, že supervize na pracovišti nejsou potřebné. Přesto mají tyto neformální konzultace a porady své limity - vzhledem k časové vytíženosti pracovníků nebývá možné, aby kolega dostatečně detailně pronikl do případů, které řeší jeho spolupracovník, a tak jeho rady mohou být povrchní a v praxi nepoužitelné.

„Mnoho lidí ani neví, kdo kdy jaké případy bere a je to dost smutný, protože člověk se tady setkává s lidmi a ostatní řeknou, že se s tím ještě nesetkali, takže neví, co by vám poradili, takže tady chybí i ta věc. Já jsem sem nastoupila vlastně a dostala jsem i trest, když jsem zastupovala dítě, které bylo poškozené a já jsem se tady jako poptávala co mně čeká a na co se mám připravit, nikdo nevěděl.“ (KV10)

Na většině OSPOD probíhají také pravidelné porady, které jsou rovněž hodnoceny jako užitečné, ale přesto většina dotázaných preferuje již zmíněné neformální konzultace - porada probíhá v pravidelných intervalech a není zpravidla možné ji uspořádat dle potřeby konkrétního pracovníka, z téhož důvodu se porad často také nemohou účastnit všichni pracovníci (jsou např. u soudu, v terénu atp.), na některých OSPOD zase nebývá na poradách dostatek času k tomu, aby se prezentovaly případy do detailů a jedná se spíše o obecné představení případu.

Pokud se týče **autonomního rozhodování** v jednotlivých případech, jsou sociální pracovníci ve všech zkoumaných krajích kompetentní volit konkrétní pracovní postup ve smyslu určení pořadí jednotlivých úkonů, volit konkrétní metodu či nástroj sociální práce, to vše s ohledem na typ řešené situace a dovednosti klienta.

K **autonomnímu rozhodování pracovníka**, tj. bez účasti kolegů či nadřízeného, dochází v případech, kdy:

- a) se jedná o rozhodnutí, které vyžaduje okamžitou intervenci a kdy není čas či možnost se poradit,
- b) se jedná o postupy, které jsou rutinního charakteru,
- c) pracovník má unikátní znalost případu (pracovník dlouhodobě monitoruje rodinné poměry, příp. se specializuje na konkrétní typy kauz),
- d) pracovník je přesvědčen, že se rozhoduje správně.

Pracovník **se zpravidla rozhoduje po konzultacích s kolegy** v situacích, kdy:

- a) je případ komplikovanější a obsahuje zcela nové prvky,
- b) existují případné pochybnosti o vhodnosti řešení ze strany sociálního pracovníka,
- c) se vyžaduje rychlé řešení prostřednictvím poskytnutí soudní ochrany (předběžná opatření, ústavní výchova).

K řešení komplikovaných případů bývají často přizváni také nadřízení pracovníci (vedoucí OSPOD), a to i na pracovištích s vysokou mírou autonomie sociálního pracovníka. Konzultace s vedoucím zpravidla probíhají na vyžádání sociálního pracovníka, jsou tedy nepravidelné. Dochází k nim v různých fázích řešení případu; poměrně častá je konzultace v úvodních fázích a také při gradaci problémů v rodině a zvyšující se náročnosti případu. Intenzita konzultací se v těchto případech do značné míry odvíjí od potřeb pracovníka, ale také od toho, nakolik má ve schopnosti vedoucího OSPOD

důvěru. Charakter vztahů s vedoucím oddělení se promítá také do interpretace konzultací, které probíhají z iniciativy vedoucího - zatímco na některých pracovištích je zájem vedoucího považován za výraz vstřícnosti a vzájemné spolupráce, na dalších spíše jako kontrola a omezování autonomie pracovníka. Celkově však lze říci, že jsou konzultace s vedoucím oddělení vnímány jednotlivými pracovníky pozitivně, vedoucí je označován za osobu „s největšími zkušenostmi“, za bystrého člověka apod.

Pokud případ z různého důvodu **přebírají pracovníci mezi sebou** (např. klient se stěhuje do jiného obvodu atd.), je běžná spolupráce mezi pracovníkem, který měl původně klienta ve své evidenci, a pracovníkem, v jehož evidenci je nyní, zejména na začátku případu (návštěva klienta společně s původním pracovníkem, kterého klient zná, a novým pracovníkem), někdy pak na případu pracují oba pracovníci (původní i nový), i když odpovědnost za řešení nese nový pracovník. Ideální situací je samozřejmě stav, kdy je klient od počátku do konce provázen jedním pracovníkem, v průběhu řešení však mohou nastat situace, kdy to není možné. Důvody mohou být jednak na straně klienta (dosažení zletilosti, klient je adeptem na náhradní rodinnou péči, případ získává charakteristiky, kvůli kterým je předáván specialistovi - agrese, problémové chování klienta) a jednak na straně pracovníka (podezření z podjatosti, nemoc, ukončení pracovního poměru, odchod do starobního důchodu atd.).

Souběžně s interními konzultacemi a poradami mohou být do případu zapojeni i **externí odborníci** (lékaři, škola, Policie ČR, probační mediační služba atd., podrobněji viz kapitola 5).

4.3 Supervize

Supervizí rozumíme metodu poradenství, s jejíž pomocí osoby, týmy, skupiny a organizace hodnotí svoji profesionální aktivitu - lze ji chápat jako systematickou reflexi profesního jednání. V oblasti sociálních služeb je rovněž důležitá při poskytování podpory a pomoci při řešení problémů, které pracovníci zažívají při výkonu svého povolání vyplývající z mezilidského vztahového kontextu pracovník - klient. Možnost supervize je na některých OSPOD ve Zlínském a Olomouckém kraji pro pracovníky k dispozici. Na OSPOD v Pardubickém a Karlovarském kraji se supervize vůbec neprovádí. S ohledem na to, že v naší zemi není supervize v rámci ochrany dětí legislativně ukotvena, nebývá supervize na OSPOD běžným standardem, a pokud existuje, nebývá realizována v pravidelných intervalech. Ojedinele existuje možnost supervize na vlastní náklady (Olomoucký kraj). Částečnou neformální supervizi (*intervizi*) ve formě konzultace si navzájem poskytují pracovníci oddělení, další možnosti jsou konzultace případu na poradách či s vedoucími oddělení, případně na krajském úřadě v rámci vzdělávacích seminářů. Ty jsou však bez účasti externích odborníků.

Většina dotazovaných pracovníků, kteří na svých OSPOD supervizi nemají, by ji uvítala a vnímá ji jako potřebnou. Domnívají se, že supervize by byla dobrým nástrojem v procesu řešení případů, napomáhá sdílení myšlenek, zkušeností, dodání nových pohledů na problém. Někteří dotazovaní by supervizi uvítali pouze za určitých okolností, např. v určitých (složitějších) kauzách a pouze pokud ji vede kvalifikovaný a zkušený supervizor.

Tam, kde možnost supervize existuje, ji pracovníci přijímají rozdílně: někteří pracovníci ji označují jako velmi prospěšnou, je však zajímavé, že řada pracovníků na OSPOD, kde možnost supervize existuje, nemá k supervizi tak pozitivní přístup.

„Máme [supervizi] a jsem za to vděčná a jsem hrozně ráda a při každé supervizi mám já svou soukromou supervizi, když už nikdo nechce, protože tady jsme celkem nejednotné, jo? My, půlka o to má velký zájem, některé už se ptají, kdy to skončí, což je to taková škoda, doufám, že jako to někdo nedopustí, že by to skončilo. Já se skutečně úplně těším, nejdu tam třeba s ničím, ale prostě vždycky mě tam něco napadne, úplně se těším na tu supervizorku.“ (Z21)

Supervize, které se pracovníci účastní, může mít dvojí charakter:

1. **metodické vedení** či odborné konzultace případu - základní výhody supervize v oblastech metodického vedení sociální pracovníci vidí především:

- a) ve zprostředkování nezatíženého náhledu na případ či na činnosti v rámci případu,
- b) sdílení nových myšlenek a postupů v rámci případu,
- c) snížení rizika chyb,
- d) potvrzení kvality prováděné práce (ujištění o správných postupech),
- e) sdílení zkušeností mezi jednotlivými pracovníky,
- f) v možnosti nacvičit si určité situace (např. vystoupení u soudu),
- g) v možnosti dozvědět se více o případech, které řeší kolegové atd.

2. **psychologická podpora** - významným faktorem sociální práce je psychická náročnost (případy týraných dětí, sexuální zneužívání) a částečně monotónnost práce (např. u některých aktivit agendy vymáhání výživného), proto může supervize poskytovat i psychologickou podporu. Výhody psychologické supervize pro sociální pracovníky spočívají:

- a) v prezentaci pocitů pracovníka, který se na případu podílí,
- b) v podpoře týmové spolupráce pracovníků oddělení,
- c) v prevenci syndromu vyhoření.

V případě, že se supervize uskutečňuje, byly zaznamenány i **určité výhrady k provádění supervize**, které lze shrnout do těchto okruhů:

- a) supervize je dostupná pouze pro určité pracovníky (např. náhradní rodinné péče),
- b) supervize je vnímána jako další faktor zvyšující časovou zátěž pracovníků,
- c) supervize je prováděna nekvalifikovanými supervizory,
- d) supervize je uskutečňována pouze jedním typem techniky.

„(...) ale mně vadí, že je to teda jednoduše vlastně balintovskou metodou.⁹ Že bych si vlastně představovala jinou tu supervizi...“ (O23)

„Moje zkušenost je dobrá, vím, že ne všem pracovnícům tady tento systém sedí.“ (O26)

⁹ **Balintovská skupina** je skupinová metoda řešení problému. Hlavní řečník prezentuje problém, max. 5 minut. Dále má celá skupina přibližně 15 minut na to, aby kladla otázky a doplnila si informace. Ideální je, aby skupina byla nezávislá, neměla velké předchozí znalosti o problému. Dále nastává krátká doba pro vyjádření asociací k problému. Nakonec se během deseti minut řeší samotný problém na základě předchozího a hlavní řečník celou diskusi shrne.

Mezi důvody, proč se supervize na OSPOD neprovádí, patří nejčastěji nedostatek finančních prostředků, nevhodnost supervize pro daný případ či fakt, že charakter případu ji nevyžaduje, příp. že není potřebná.

4.4 Standardní postupy

Cílem šetření bylo zjistit, zda se na OSPOD vyskytují určité soubory interních pracovních postupů (metodik), které zajišťují jednotný postup ve stejných typových případech, a tím i možnost zpětně kontrolovat postup v případě. Na oslovených OSPOD se standardní postupy a manuály řešení případů objevují zpravidla pouze do míry stanovené zákonem (zákonem č. 359/99 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a metodickými pokyny a směrnicemi Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR) - dle některých pracovníků jsou však tyto metodiky a směrnice velmi široké a nekonkrétní. Ostatní postupy jsou dané převážně zvyklostmi a zkušenostmi pracovníků, příp. konkrétní aktuální potřebou. Několik dotazovaných pracovníků odpovědělo, že na jejich pracovišti (Zlínský kraj) určitá metodika existuje, z dalšího rozhovoru však bylo patrné, že se opět jedná pouze o zažitá postupy a zvyklosti, nikoliv o speciálně vytvářené metodiky pro řešení konkrétních případů (rozvodové kauzy, zanedbávání dítěte apod.). Z rozhovorů je zřejmé, že pracovníci preferují „zvykové“ řešení případu, tzn. postup na základě svých dosavadních zkušeností (intuice, „selský rozum“). Základním kritériem jejich práce je **prosazování zájmu a blaha dítěte.**

„Je to strašně o osobním, individuálním posouzení a myslím si, že měřítkem všech je zájem dítěte. Zájem o blaho dítěte, posoudit, na kolik hrozí nebezpečí, nakolik rychle je vhodná naše intervence nebo žádoucí naše intervence do rodiny. Samozřejmě, že to také souvisí s množstvím případů a s prioritními a méně důležitými případy.“ (O26)

Pouze v Karlovarském kraji se větší množství pracovníků vyjádřilo tak, že by metodiku posouzení uvítali, protože by jim umožnila lépe se orientovat v tom, na co se mají v rámci posouzení prvků životní situace klienta zaměřovat.

Mezi důvody, proč standardizované postupy či jednotné metodiky řešení případů nejsou využívány, patří především široká varieta jednotlivých případů, kdy je nutné každý případ posoudit a vyhodnotit individuálně a rovněž individuálně přistupovat k dítěti. Pracovník musí často při své práci improvizovat a podle některých názorů by postup předepsaný metodikou mohl situaci naopak komplikovat.

„...každý případ je ojedinelý, vždycky se najde něco, co vybočuje z těch standardů a ten sociální pracovník se musí přizpůsobit té dané situaci a umět ji vyhodnotit a zvolit takové postupy, aby to bylo ku prospěchu nezletilých dětí.“ (O16)

Svůj postoj k uplatnění případných metodických postupů v praxi vyjádřil i jeden z dotazovaných kurátorů pro děti a mládež, podle kterého jsou nejdůležitější osobnostní rysy a schopnosti pracovníka flexibilně reagovat na vývoj případu, na což metodika neexistuje.

„Takhle. Myslím si to, já si myslím. Já na to nemám metodiku. Myslím si, že to už je jakoby zručnost toho pracovníka, toho kurátora, protože výchovný opatření je vlastně, že jo, jak se ví, jedno z těch třech napomenutí, soudní dohled, ústavní výchova. A vlastně to jsou, to je podle mě všechno. Všechny tyhle

opatření. Je to poslední, co by mohlo nastat v případě. ... A lidi, který to dělají, který jsou s tím procesem spojený, nejsou vnímány jako pozitivně. Ale můžou být, když ta rodina neví kudy kam a vnímá vás jako pomoc. A to si myslím, a to je něco, na co není žádná, na to neexistuje metodika. Na to neexistuje metodika. To prostě je o tom. Jo? Takže, já jedním tak, aby k tomu nemuselo nastat."
(P20)

Pokud se metodika nebo manuál (směrnice) na OSPOD vyskytuje (Zlínský a Olomoucký kraj), pak se týká administrativy, tzn. oznamování případů, založení a práce se spisem, ochrany osobních údajů, pořizování záznamů atd. Jejich formalizovaná podoba se odráží v řadě protokolů, které jednotlivé postupy pracovníka dokládají (protokoly o jednání, záznamy o místním šetření, podací deník). Každý záznam obsahuje základní identifikační údaje, kdo případ zaznamenal, kým byl nahlášen, obsah sdělení (zjištění), případně podpisy osob.

4.5 Plán řešení

Ve spise by měl být samostatně uveden definovaný **sociálně-nápravný program**, který si na základě předchozích informací o problémech daného klienta vytváří přímo každý odpovědný pracovník OSPOD. Tento program by měl obsahovat **stručnou charakteristiku cílů**, které si pracovník OSPOD u daného klienta stanovil. Strukturovaný plán práce s klientem/rodinou v písemné podobě nebývá většinou pracovníky vytvářen. Hlavním důvodem je skutečnost, že řada případů je natolik dynamických, že dlouhodobější plán práce ani vypracovat nelze, nicméně řada pracovníků uvádí, že má svůj vnitřní plán „v hlavě“.

„No, písemný plán není, ten plán se děje v hlavě, to je v myšlenkách a pak, když se něco zrealizuje, tak se to zdokumentuje do spisové dokumentace.“(O6)

Pokud existují nějaké plány, mají spíše podobu odkazů (poznámek) ve spise, jaké kroky budou s klientem probírány příště, i samotnou spisovou dokumentaci pracovníci vnímají jako „plán“. Individuální plány řešení jsou vypracovány v případech, kdy klienti přechází do ústavní výchovy - zde by měli být do tvorby plánu zapojeni i klienti, tato praxe je však naprosto ojedinělá.

V některých případech pracovníci přiznávají, že písemný plán (pravděpodobně) vytvořil nějaký jiný subjekt (případně subjekty) pracující s rodinou, ovšem OSPOD nemá tento plán k dispozici.

4.6 Existence písemných záznamů

Na všech pracovištích OSPOD existují o příslušných kauzách písemné záznamy a spisové složky, které obsahují podstatné dokumenty a události týkající se kauzy (záznamy z rozhovorů, telefonátů, návštěv klienta, soudní rozhodnutí, příp. znalecké posudky, vyjádření odborníků atd.), někdy obsahující i „důvěrnou“ složku, tzn. složku, kde jsou zaznamenány reakce a události, o nichž se pracovník domnívá, že není vhodné je řadit přímo do spisu. Tyto spisy bývají uloženy buď ve spisovně, příp. pokud se jedná o aktuální kauzy, přímo v kanceláři pracovníků v uzamykatelných skříňkách či kontejnerech. V některých případech existují i elektronické spisy a záznamy (archivace mailů týkajících se případů, záznamy z rozhovorů apod.), příp. elektronická evidence, pouze však jako doplněk ke klasické „papírové“ spisové složce. Záznamy pořizují,

evidují a zakládají si sami pracovníci, kteří danou kauzu řeší. Kromě spisů týkajících se určité kauzy jsou běžné i rejstříky dětí v ústavní výchově, rejstříky zanedbávaných dětí atd., ty zpravidla vede administrativní pracovnice OSPOD.

Rozsah a detaily vedení záznamů závisí zpravidla na konkrétním pracovníkovi a jeho individuálním přístupu - část pracovníků si vede velmi podrobné záznamy s cílem orientovat se v kauze dlouhodobě, např. i po uzavření případu, či umožnit kolegům (příp. i jiným OSPOD), kteří případně spis přebírají, podrobnou orientaci v kauze. Detailní vedení záznamů považují tito pracovníci i za jakousi obranu před případnými stížnostmi klientů či institucí (možnost vždy dokázat, kdo se jak projevoval, řekl, prokázat oprávněnost rozhodnutí apod.). Ojediněle si naopak pracovníci vedou pouze heslovité záznamy, příp. sami přiznávají, že své záznamy nepovažují za příliš kvalitní (např. se celý případ vyvíjel velmi rychle a na sepsání detailnějších záznamů nebyl čas).

4.7 Finanční a technické kapacity

OSPOD získávají finanční prostředky ze tří zdrojů: dotace ze státního rozpočtu, dotace kraje a dotace obce. Přibližně polovina dotazovaných sociálních pracovníků však deklaruje, že prostředky ze státního rozpočtu nepostačují na pokrytí veškerých nákladů, které v souvislosti s řešením jednotlivých případů vznikají. Rozdíly jsou dotované z rozpočtu obcí. O využití finančních prostředků rozhoduje vedoucí odboru. Omezené finanční prostředky, kterými OSPOD disponují, se projevují v přetížení personálních kapacit, v nedostatečném technickém vybavení a nemožnosti flexibilně poskytnout okamžitou finanční nebo materiální pomoc dle potřeb klientů.

Do spádové oblasti jednotlivých OSPOD kromě samotného spádového obvodu města patří řada menších obcí, jejichž dostupnost je v mnoha případech velmi složitá. Možnosti využití např. osobních dopravních prostředků jsou nedostatečné a nepříznivě ovlivňují reakční dobu (od přijetí podnětu do jeho reálného řešení) sociálního pracovníka, přitom následný vývoj a náročnost řešení případu je ovlivněna rychlostí primární intervence sociálního pracovníka (procento případů, které vyžadují rychlou intervenci, se pohybuje v rozmezí 10–30 %). Využití služebních dopravních prostředků je také problematické, neboť podléhá přísným pravidlům a někdy situaci spíše komplikuje. Na některých OSPOD jsou tedy pracovníci občas nuceni využívat svá soukromá osobní vozidla

Současně sociální pracovníci v řadě případů využívají soukromé finanční prostředky (např. na nákup hraček nebo potravin pro děti) a soukromé telefony, a to ve všech zkoumaných krajích.

V jednom případě (Zlínský kraj) se objevují i problémy s využíváním software na OSPOD - pracovníci si stěžují, že využívaný software je poruchový a uživatelsky nepřívětivý, není však zřejmé, zda se jedná o chybu software nebo nedostatečné proškolení pracovníka.

4.8 Časové možnosti pracovníků OSPOD, administrativa vs. terén

Množství klientů, které mají ve své agendě pracovníci OSPOD, ovlivňuje významným způsobem práci s klienty. Je běžné, že má pracovník v evidenci najednou

i několik desítek případů, z nichž pochopitelně ne každý případ je naléhavý, i tak je ale od pracovníků vyžadována vysoká míra koncentrace a nasazení. Údaje za jednotlivé kraje jsou bohužel neporovnatelné, neboť tato data pracovníci vztahovali k různým jednotkám (den, rok).

Vysoký počet případů připadajících na jednoho sociálního pracovníka a s ním spojený nedostatek času staví pracovníky před nutnost odsunovat či případně omezovat některé aktivity, jejichž realizace by přispěla k vyšší kvalitě sociální práce s rodinou. Jedná se o nutnost:

- a) věnovat se případům, které jsou vyhodnoceny jako naléhavé, a to na úkor ostatních případů, jejichž naléhavost se aktuálně jeví jako nižší. Naléhavost jednotlivých případů se v průběhu řešení problému proměňuje a jako akutní může být vyhodnocen nejen na počátku, ale také v průběhu řešení, a to i opakovaně. Výjimkou pak není souběh několika naléhavých případů. Případy v „akutních fázích“ se přitom pracovníci nezřídka zabývají každodenně;
- b) věnovat jednotlivým případům méně času, resp. jim poskytnout méně služeb - jedná se zejména o redukci terénní sociální práce. Právě v této oblasti pracovníci nejvíce pociťují nedostatek externích organizací, jež by mohly terénní služby poskytovat;¹⁰
- c) omezovat participaci na profesních aktivitách, které nesouvisí přímo s výkonem sociální práce s rodinou; případně takové potenciální aktivity (supervize, případová školení atd.) dopředu odmítat z důvodu časové vyčerpání;

„Pro mě je problém v tom, že na supervizi nemám čas. Vzhledem k případům a k tomu, že člověk by se rád případům věnoval, tak opouští od toho, že by hodinu, dvě seděl na supervizi. Protože ví, kolik má na stole práce.“ (KV7)

- d) věnovat se některým případům i v rámci práce přesčas;
- e) omezovat spolupráci s externími organizacemi, neboť pracovník nemá čas navázat s takovou organizací kontakt.

Je zřejmé, že volby, které musejí sociální pracovníci provádět z důvodu kapacitních limitů, jsou významným zdrojem profesních dilemat. Přetíženost je také rizikovým faktorem rozvinutí syndromu vyhoření u sociálních pracovníků OSPOD.

„...nás to mrzí asi všechny, když nám pak říkají. „ještě jste měli tohle, ještě tohle se zeptat“, jenomže my tam máme 10 dalších těch případů a prostě není to nějaká naše jako lenost, nebo že bychom nechtěli, ale opravdu teď je toho tolik, (...) že mám pocit, že v těch případech bych mohla udělat daleko více, ale kdy na to mám brát čas?“ (KV17)

Pracovní přetížení pracovníků OSPOD tedy ve svém důsledku negativně ovlivňuje jak kvalitu poskytované péče o ohrožené děti jako celku, tak i fakt, že upřednostňují určité činnosti před jinými. Např. terénní práce, kterou by považovali za tolik přínosnou, musí ustoupit požadavku obsloužit velké množství klientů. I když byla mnoha z popisovaných případů podle názoru sociálních pracovníků věnována adekvátní pozornost, nezřídka připouštějí, že je tomu tak na úkor jiných případů. Někdy způsobují časovou náročnost případu i sami klienti, zejména v rozvodových kauzách.

¹⁰ Dalším zmiňovaným problémem, který ovlivňuje možnosti terénní práce i jejich časovou náročnost, je dostupnost služebních automobilů a systém plánování jejich použití. Dostatečná vybavenost a flexibilita používání aut je přitom významná zejména pro práci s rodinami mimo území města, v němž daný OSPOD sídlí.

Omezená možnost pracovat s rodinami, ve kterých je problém méně vyhraněný, přitom může paradoxně znamenat zvýšení náročnosti případu do budoucna.

Podstatnou část práce s rodinami představují administrativní úkony, které pracovníci v některých případech vnímají jako nadměrnou zátěž, nicméně většina pracovníků ji považuje za důležitou a nezbytnou, neboť pečlivě vedený spis usnadňuje práci v dalších fázích případu, slouží jako „ochranný štít“ v případě stížností na OSPOD a také má zásadní význam v případě nutnosti předání spisu jinému pracovníkovi. Podle charakteru a fáze jednotlivých případů připadá na administrativní úkony 20–80 % celkového času; typicky však administrativní úkony představují polovinu celkového času věnovaného jednomu případu - zde se rozdíly mezi kraji nevyskytují. Pokud je případ akutní a vyžaduje intenzivní terénní práci, pracovníci administrativu někdy upozadují a vedou záznamy jen v základním, nejnужnějším rozsahu.

Někteří respondenti uvádějí příklady, jak by bylo možné administrativu zjednodušit a ulehčit, např. odstraněním duplicit (vyhotovení záznamu a vyhotovení prakticky totožné zprávy), motivací klientů, aby některé administrativní úkony řešili sami bez asistence pracovníka (vydání občanského průkazu), zjednodušení záznamů, zvukové záznamy, zapojení externích subjektů, které by mohly část kauzy řešit (mediační služba, dětská psychologové).

Jiní pracovníci nemají problém s časovou zátěží, ale množstvím, různorodostí a intenzitou kauz, což je psychicky vyčerpávající (syndrom vyhoření). Proto se konkrétnímu případu nevěnují tak intenzivně, jak by podle svého názoru měli.

„(...) a je to úplně někdy nad vaše síly se tomu věnovat úplně intenzivně.“ (Z49)

4.9 Předávání případů mezi OSPOD

Pracovníci OSPOD si mezi sebou předávají případy zejména proto, že se jejich klient stěhuje do jiného bydliště, přičemž někdy se dlouholeté kauzy „stěhují“ i několikrát. Obvykle předání proběhne tak, že předávající OSPOD telefonicky kontaktuje nový OSPOD a s předstihem mu oznámí informace o kauze. Jak je patrné z následující citace, při předávání spisu mezi OSPOD může dojít k určité časové prodlevě, tedy že spis dorazí na nový OSPOD výrazně později, než kdy klient bydliště změnil. Důvody lze hledat v angažovanosti původního OSPOD, který s případem pracuje ještě nějakou dobu po odstěhování dítěte z obvodu. I tato kauza byla mezi pracovníky zúčastněných OSPOD telefonicky konzultována.

„No a vlastně tou změnou výchovného prostředí se teda [jméno dítěte] přestěhovala k otci, který už jakoby žije na našem území, takže už byla místně příslušná k nám. Změnila si právě i to trvalé bydliště. Taky ten spis potom z [název města] byl přeposlán po předchozí konzultaci, nebylo to hned, tam to bylo ještě dva, tři měsíce... Zpět. Bylo to o hodně, hodně víc déle, protože tady to bylo v říjnu 2008 a spis nám byl přeposlán až v červnu 2009. Takže [název města] si tam ještě dělaly jakoby tu činnost dál, protože to byla opravdu problémová rodina, znaly tu historii a ten vývoj v té rodině. Takže někdy v dubnu jsme teprve poprvé konzultovali telefonicky, že se chystá ta změna, že nám přepošlou spis. A získali jsme takové ty prvotní informace o rodině. A během června teda jsme pak ten spis dostali kompletně jakoby celý.“ (P39)

Někdy se stává, že výrazně osobně angažovaní pracovníci, kteří s rodinou navázali určitý osobní vztah, případ sledují i nadále po postoupení spisu, neboť je další osud dítěte či celé rodiny zájímá.

„Pro mě ten případ vlastně skončil tím, že já jsem to pak musela postoupit, takže spíš jako já si to sleduju pro sebe, abych věděla, co je s [jméno dítěte]. No a jako oni jsou hrozně rádi, když se člověk ozve, když se zajímáte.“ (P15)

V realitě se můžeme setkat i s tím, že pracovník spis novému OSPOD nepředá, neboť se rozhodl s dítětem i po jeho odstěhování nadále sám pracovat. Pro rodinu je takovéto rozhodnutí bezesporu velmi přínosné, neboť díky dobré informovanosti pracovníka o případu i díky vybudovaným vazbám mezi rodinou a sociálním pracovníkem je práce pro obě strany snazší, než by byla po předání spisu novému pracovníkovi (pomineme-li prodlení, které je způsobeno cestováním za rodinou).

Dobrá spolupráce mezi dvěma OSPOD zainteresovanými na stejném případě by měla probíhat tehdy, pokud se klient či rodina střídavě zdržuje na dvou místech a je tedy nutné průběžně si předávat o rodině informace.

„Nad výchovou v 11/08 stanoven dohled. Ten sledován střídavě OSPOD z trvalého bydliště a OSPOD z místa, kde se rodina zdržuje. Zprávy a informace o rodině si vzájemně předávají... Provádějící OSPOD zprávy ze šetření poté zasílá OSPOD, který vede spis (nejednou posílají více zpráv). Společně případ konzultují.“ (P47)

V praxi předávání spisové dokumentace mezi OSPOD se setkáváme i s negativním jevem, kterým je nepřeoslání podstatných informací vztahujících se k případu, zejména jedná-li se o částečný spis.

„Mně to bylo předaný (...) kolegyní, ta mně řekla, že tam pravděpodobně v minulosti k nějaký drogový nebo že nějakou drogovou minulost jako měl. Ale nikde to uvedený nebylo. Já ani v tom spise omkóvým, ktorej jsem přebírala, tam nic takovýho zmíněného není. ...A z těch záznamů nebo z těch spisů se to opravdu těžko vyhledává, jestli teda k něčemu takovému došlo. Rozumím tomu, my zas máme jenom částečnej spis, protože tam je dalších spousta dětí a ten spis nám přijde jenom v kopii. Jenom částečně. ...Takže možná to bylo uvedený v nějakým záznamu, ktorej zrovna nám nebyl okopírovanej.“ (P17)

Příčinu nedostatečné informovanosti nového sociálního pracovníka však můžeme spatřovat i na jeho straně, a to v případech, kdy se přebírající pracovník ve spise příliš neorientuje.

V některých případech si sociální pracovník OSPOD stěžuje na OSPOD v jiné městské části a jeho práci.

„...ale prostě tady, oni neudělali v té věci nic. Akorát nám tady pan kurátor popsal, jak cokoliv, když se udělá, tak to nebude fungovat.“ (Z30)

V ojedinělých případech je zmiňována nedostatečná nebo žádná zpětná vazba mezi pracovníky, kteří si předali případ, kdy původní pracovnice v okamžiku předání dokumentace přestává být o svých klientech zcela informována.

„(...) pak jsme teda o tom spise ztratili vlastně veškeré informace, protože spisová dokumentace byla postoupena do Prahy, takže už v tom případě jednala Praha...“ (O36)

4.10 Zpětné přezkoumání případu, evaluace

Kontrolním orgánem OSPOD je dle zákona č. 359/1999 o sociálně-právní ochraně dětí Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR prostřednictvím příslušných pracovníků sociálně-právní ochrany krajských úřadů a také Ústav na ochranu osobních údajů. Obecně ve zkoumaných OSPOD existují systémy zpětného přezkoumávání adekvátnosti postupů práce s klientem jen zřídka a ve zvláštních případech.

V Pardubickém kraji ke zpětnému přezkoumávání jednotlivých případů obvykle nedochází. V Olomouckém kraji se kontrola spisů provádí pouze v případech, kdy je klientovi nařízen ochranný dohled, ústavní výchova, příp. jiný typ péče, a to formou kontroly vedoucím oddělení i kontrolou z krajského úřadu. Pravidelný interval pro tyto kontroly není stanoven. Pro ostatní případy zde neexistují formální pravidla zpětného přezkoumání případů. Případy jsou přezkoumávány buď zcela namátkově, nebo na základě podnětu (stížnosti) klienta. Určitou revizi postupů provádí vedoucí oddělení, nikoliv však ve formě zpětného přezkoumání adekvátnosti přijatých opatření, ale ve formě průběžné konzultace s odpovědným pracovníkem, kdy se probírá vývoj případu a možný způsob jeho řešení. Sociální pracovníci uvádějí, že si však provádí „vnitřní“ evaluaci případu, spočívající ve zhodnocení doposud přijatých postupů řešení a jejich efektivity, včetně identifikace možností řešení do budoucna.

Ve Zlínském kraji povinnost revize existuje pouze na jednom z dotazovaných OSPOD, a to pouze u případů, kde se objeví nutnost ústavní výchovy. Někteří respondenti uvádějí, že poté, co je daný případ uzavřen, se k němu již z časových důvodů nevracejí, tzn. nehodnotí ho formálně, ani neformálně. Poměrně často se však i zde objevuje neformální kontrola či přezkoumání, ať už formou konzultací s kolegy, nebo nadřízeným pracovníkem. Někdy se spis předává ke zhodnocení i nadřízenému orgánu (kraj). Na dvou OSPOD přezkoumával případ ombudsman.

V Karlovarském kraji je evaluace povinná také pouze na jednom OSPOD, tu zde provádí vedoucí oddělení, a to ve všech fázích práce s klientem. Jinak se téměř všichni pracovníci shodli v tom, že přezkoumání případu na jejich pracovišti není povinná, v některých případech se ale provádí již zmíněná neformální revize, opět buď ze strany vedoucího nebo prostřednictvím vzájemných intervizí s kolegy. K přezkoumání dochází i v případech, když jsou na pracovišti noví pracovníci a teprve si osvojují metody práce s klientem, když jsou si nejistí ve svých postupech, případně když je na jejich pracovní postup podána stížnost ze strany klienta. V jednom případě hovořila pracovnice o tom, že případ se přezkoumával tehdy, když si klient stěžoval u ombudsmana.

4.11 Kvalifikace pracovníků OSPOD

Požadavky na kvalifikaci pracovníků OSPOD jsou definovány zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje, že sociálně-právní ochranu mohou přímo poskytovat osoby, které získaly odbornou způsobilost. Odbornou způsobilostí se rozumí absolvování vysoké školy nebo vyšší odborné školy v oboru pedagogických nebo společenských věd či lékařství. V případě absolvování vysoké školy či střední školy v jiném oboru se vyžaduje praxe v trvání nejméně jednoho roku a absolvování vzdělávacích kurzů v oblasti péče o rodinu v rozsahu 100 hodin.

V rámci nástupu do zaměstnání musejí ve Zlínském kraji na všech šetřených OSPOD absolvovat zaměstnanci **jednotné vstupní školení** (ve smyslu odborného

zaškolení pro výkon SPO), v Olomouckém kraji mají toto pravidlo zavedeno na šesti z osmi analyzovaných pracovišť, v Pardubickém na pěti z osmi a v Karlovarském pouze na dvou z pěti šetřených pracovišť. Nejčastěji tato vstupní školení obsahují základní instruktáž při nástupu na OSPOD, informace o bezpečnosti a ochraně zdraví a ochraně osobních údajů a diskrétnosti při práci. Na většině OSPOD, kde mají nově příchozí zaměstnanci povinnost absolvovat vstupní školení, obsahuje toto školení rovněž etický kodex, poučení k ochraně dětí (postupy k zabránění, zjištění a řešení zneužívání a zanedbávání dětí) a ve Zlínském a Pardubickém kraji často též základy první pomoci. Poměrně zřídka jsou do programu školení naopak zařazeny standardy práce (pravděpodobně s ohledem k jejich časté neexistenci na jednotlivých pracovištích; pouze v Pardubickém kraji je do programu školení mají zavedeny na 4 pracovištích) a specifika komunikace s dětmi. Ve čtyřech případech byla uvedena i jiná možnost, a to zkouška odborné způsobilosti, školení nutné k výkonu práce a povinné seznámení s metodikou.

Tabulka č. 1 **Obsah vstupních školení zaměstnanců OSPOD**

	Zlín		Olomouc		Karlovy Vary		Pardubice	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
základní vstupní instruktáž při nástupu na OSPOD	8	0	5	1	2	0	5	0
etický kodex	4	4	6	0	2	0	2	3
standardy práce	1	7	2	4	1	1	4	1
bezpečnost a ochrana zdraví	8	0	6	0	2	0	5	0
základy první pomoci	5	3	2	4	1	1	4	1
ochrana dětí (postupy k zabránění, zjištění a řešení zneužívání a zanedbávání dětí)	5	3	4	2	2	0	3	2
ochrana osobních údajů a diskrétnost	6	2	5	1	2	0	5	0
specifika komunikace s dětmi	1	7	0	6	1	1	1	4

Frekvence, resp. počet školení dodržuje tzv. **povinné vzdělávání zaměstnanců státní správy**; pracovníci se účastní školení v rozsahu 18 dní za 3 roky. Nad rámec jsou školení poskytována v závislosti na finančních možnostech zaměstnavatele, takže na některých OSPOD je účast na vzdělávacích kurzech nad rámec zákona a školení jsou daleko častější než na jiných OSPOD - na OSPOD s vysokou mírou podpory vzdělávání tráví pracovníci na školeních 14–20 dnů, nejnižší frekvence školení je 2–3 dny ročně, což ale nesplňuje zákonnou povinnost. Průměr na všech OSPOD je 6–8 dní, tzn. víceméně v rámci zákonem stanovené povinnosti. V této oblasti neexistují krajová specifika.

V oblasti školení a zvyšování odbornosti zaměstnanců 23 z 29 OSPOD uvedlo, že mají zavedený **systém zvyšování odbornosti personálu**. V každém z prvních tří šetřených krajů pouze jeden OSPOD tento systém zavedený nemá, v Pardubickém kraji se jedná o 3 oddělení. Tam, kde mají systém zavedený, je nejvíce rozšířeno zvyšování odbornosti školeními a roční vyhodnocování pracovních výsledků. Disciplinární řízení je obvyklé pouze na 7 odděleních a pravidelná supervize je zavedena jen na 4 OSPOD (tabulka č. 2). Změny v oblasti zvyšování odbornosti aktuálně plánují pouze 4 dotazované OSPOD, a to především v oblasti pravidelné supervize. Psané standardy

I. Péče o ohrožené děti z pohledu pracovníků OSPOD

práce pro zaměstnance existují na čtyřech pracovištích v Pardubickém kraji, na dvou v Karlovarském kraji a po jednom OSPOD ve Zlínském a Olomouckém kraji. Školení pracovníků jsou realizována většinou prostřednictvím externích organizací (vzdělávací agentury), výběr kurzů závisí na pracovnících a potřebě oddělení.

Tabulka č. 2 **Systém zvyšování odbornosti personálu v OSPOD**

	Zlín		Olomouc		Karlovy Vary		Pardubice	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
pravidelná supervize	1	6	2	5	1	3	0	5
roční vyhodnocení pracovních výsledků	6	1	7	0	4	0	4	1
zvyšování odbornosti zaměstnanců školeními	7	0	7	0	4	0	5	0
disciplinární řízení	2	5	1	6	0	4	4	1

Z hlediska **žadoucího vzdělání, resp. kvalifikace odborných zaměstnanců OSPOD** a požadavků na další vzdělávání lze říci, že nejčastěji chybějí zaměstnancům (zcela či částečně) přístupy a předávání zkušeností ze zahraničí a ve Zlínském kraji též jazykové znalosti. Na některých OSPOD (opět častěji ve Zlínském kraji) se potýkají s absencí specifických odborných znalostí z oblasti práce se zdravotně či mentálně postiženými dětmi. Podstatně lépe odborně vybaveni jsou pracovníci OSPOD naopak základními znalostmi z psychologie, pedagogiky, sociální práce apod., specifickými odbornými znalostmi z etiky práce s dětmi a rodinami a znalostmi z oblasti komunikace s klienty.

Tabulka č. 3 **Chybějící vzdělání u (některých) odborných zaměstnanců OSPOD**

	Zlín			Olomouc			Karlovy Vary		
	ano	částečně	ne	ano	částečně	ne	ano	částečně	ne
základní odborné znalosti (z psychologie, pedagogiky, sociální práce apod.)	0	4	4	0	2	6	0	2	3
specifické odborné znalosti - komunikace s klienty	0	3	5	0	3	5	0	3	2
specifické odborné znalosti - práce se zdravotně či mentálně postiženými dětmi	4	2	2	2	2	4	1	2	2
specifické odborné znalosti - etika práce s dětmi a rodinami	0	3	5	0	1	7	0	2	3
specifické odborné znalosti - jazykové	5	1	2	1	3	4	1	2	2
přístupy a zkušenosti ze zahraničí	5	2	1	2	4	2	2	2	1

Pokud respondenti uvedli některé další **specifické znalosti, které zaměstnanci jejich oddělení postrádají**, byla to ve Zlínském kraji mediace (ve dvou případech) a speciální pedagogika, občanské právo, znaková řeč, sociální práce s nedobrovolným klientem, sanace rodiny a krizová intervence (po jedné odpovědi). V Olomouckém kraji bylo jmenováno ve dvou případech hlubší poznání práva (trestní, občanské, dědické) a po jedné odpovědi práce s duševně nemocným rodičem a time management. V Karlovarském kraji pak uvedli fundovanější školení k sociální prevenci, dědické řízení a správní řád při řízení u náhradní rodinné péče.

Na otázku, zda jsou zaměstnanci spokojeni se stávajícím systémem dalšího vzdělávání, odpověděla drtivá většina dotazovaných (18) „spíše/většina ano“, pouze jediný respondent uvedl odpověď „rozhodně ano“ a dva dotazovaní odpověděli „ne“.

Nutnost **změny celoživotního vzdělávání** osob pracujících s ohroženými dětmi a rodinami pociťují 4 oddělení ve Zlínském kraji, 5 v kraji Olomouckém a 4 za Karlovy Vary. K této problematice vypsalí respondenti změny, které považují za důležité. Školení a vzdělávání by podle nich mělo být zejména pravidelné, povinné, s jasnou časovou dotací i způsobem financování (což v současné době shledávají jako hlavní problém). Měl by být stanoven širší okruh (témat) vzdělávání s dostatečným časovým prostorem pro jejich absolvování, centrální koordinace vzdělávacích akcí, zvýšení nabídky kurzů zaměřených na intenzivnější podporu pracovníků v sociálních službách spočívající v nácviku technik směřujících k eliminaci či snížení zátěže vyplývající z charakteru práce. Měly být ucelené výcvikové kurzy, např. mediace, komunikace, sanace rodiny, krizové intervence (včetně telefonické), provázení rodin v NRP a sebezkušenostní výcviky. Některým respondentům chybí specializované vzdělávání např. pro výkon funkce tzv. kolizního opatrovníka nezletilých dětí jako poškozených v trestním řízení či vzdělávání v otázkách dědického řízení. Na druhé straně sociální pracovníci spatřují určité obavy z přílišné „specializace“, domnívají se, že každý sociální pracovník by měl mít i znalost obecnou, aby dokázal reagovat na daný případ.

Dále by měl být kladen větší důraz na intenzivnější podporu pracovníků, prevenci syndromu vyhoření, možnost včasné individuální pomoci dle individuálních potřeb pracovníka a aktivní rehabilitaci za účasti odborníků. Zmíněna byla též absence většího počtu seminářů akreditovaných u MPSV. Opětovně uváděna byla rovněž chybějící supervize, která by měla být povinná a pravidelná, vedená odborníkem na práci s rodinou. Na všech OSPOD jsou pracovníkům nicméně k dispozici alespoň nějaké jiné formy odborné podpory. Jedná se o semináře, školení a již zmiňované průběžné vzdělávání, odbornou podporu a konzultace ze strany vedoucího oddělení, případně i odborů, intervizi či případové konference.

4.12 Stížnosti na OSPOD

Klienti mají právo nahlížet do dokumentace (spisů), která je OSPOD vedena, podat podnět, připomínku nebo stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování služeb. Stížností se rozumí sdělení klienta nebo jiné osoby o nedostatku, nesprávném jednání či nečinnosti při poskytování sociální služby, zejména pokud jsou porušována jeho práva. Stěžovatel má právo obrátit se s podnětem k prošetření postupu při vyřizování stížnosti také na nezávislé orgány, které monitorují dodržování lidských práv - např. na veřejného ochránce práv (ombudsmana) nebo Český helsinský výbor.

Stížnosti na pracovníky OSPOD a jejich práci podávají jak klienti, tak i jiné instituce (např. škola). Na základě provedených rozhovorů je však těžké určit, zda se jedná o stížnosti oprávněné, či neoprávněné, neboť respondenti, kteří se se stížností setkali, ji považují pochopitelně za neoprávněnou. Leckdy je stížnost neoprávněná i proto, že stěžující si subjekt nezná svá práva a povinnosti (případ školy, která si stěžovala, že ji OSPOD neinformuje o kauze dítěte, nicméně OSPOD není povinen školu informovat).

Časté jsou také stížnosti klientů v rozvodových kauzách, kde se řeší uspořádání péče o dítě mezi rodiči, kdy jeden z rodičů nesouhlasí s navrženou péčí o dítě. Tyto stížnosti vnímají sociální pracovníci jako manipulativní nástroj, který vyplývá z vyhocených vztahů mezi oběma rodiči.

„(...) ten případ se začal vlastně komplikovat, docházelo tam ke stížnostem i na sociální pracovníci, matka jí obviňovala z toho, že v podstatě nadržuje otci.“ (OP25)

Jednotlivé stížnosti, které jsou vedeny proti sociálním pracovníkům participující na konkrétním případě, jsou adresovány většinou vedoucímu oddělení, v případech, že stížnost směřuje i proti vedoucímu oddělení, stížnost vyřizuje vedoucí odboru. V několika případech klient využil možnosti obrátit se se stížností na ombudsmana. Při prostudování spisové dokumentace nebyla zjištěna žádná pochybení ze strany OSPOD, stížnosti byly zamítnuty jako nedůvodné.

Jak už bylo řečeno, obecně pracovníci vnímají stížnosti pochopitelně jako neoprávněné, i když v kontextu některých kauz je zřejmé, že pokud by byl zvolen ze strany OSPOD vhodnější a citlivější postup a nástroje (např. mediační služba u rozhádaných rodičů), situace by se nemusela takto vyhrotit a na stížnosti by nedošlo.

4.13 Shrnutí

Vnitřní pracovní postupy OSPOD jsou dány legislativou, i tak však zůstává jednotlivým OSPOD poměrně široký prostor pro vlastní úpravu těchto postupů - ty jsou závislé na počtu pracovníků, věkové struktuře pracovního kolektivu, zkušenostech, specializaci jednotlivých pracovníků, vztazích s nadřízeným atd. Pokud chceme provést srovnání mezi sledovanými kraji, můžeme zde zmíněné faktory rozdělit na:

a) Faktory, které jsou na všech OSPOD stejné, případně jen mírně odlišné

- **Týmová práce** je na všech dotazovaných OSPOD důležitým, resp. vůbec nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje práci. Pracovníci jsou běžně zvyklí svou práci konzultovat s kolegy či nadřízeným, většinou v rámci denní neformální komunikace, ale i porad apod. To má svá pozitiva - pracovníci spolu dokáží komunikovat, sdílet informace a být si navzájem oporou, což je na OSPOD, kde nejsou dostupné žádné externí služby (supervize, přezkoumání apod.), jediným zdrojem, jak se ujistit o správnosti postupu. Negativním jevem je však skutečnost, že se jedná o neformální vazby a postupy, které nemají písemnou podobu a jsou obtížně přezkoumatelné a pouze individuálně použitelné. Riziko spočívá také ve skutečnosti, že díky nadstandardním a funkčním vztahům na pracovišti někteří oslovení pracovníci necítí potřebu využívat jiných metod práce (supervize, metodiky), protože mají dostatečnou oporu ve svých spolupracovnících - ti však mají svou vlastní agendu a konzultace cizích případů činí jejich práci časově náročnější. Využívání externích služeb (supervize, přezkoumání) či existence metodik a standardů by tam mohlo práci na OSPOD zefektivnit a urychlit.
- **Autonomní rozhodování pracovníka** je na zkoumaných OSPOD běžné a pracovníci je berou jako normální součást své práce. Míra autonomie je poměrně vysoká, i když v pochybnostech se pracovníci radí se svým nadřízeným, příp. s kolegy. To platí také pro případy, kde je nutno rozhodnout o náhradní rodinné péči apod.
- **Písemné záznamy** existují v různé formě na všech OSPOD bez ohledu na krajskou příslušnost. Byť je administrativa spojená s případy obecně považována za zatěžující, pracovníci si bez výjimky uvědomují důležitost těchto záznamů, a i když se občas objevují náměty na to, jak administrativu omezit, lze říci, že jsou s ní oslovení pracovníci smířeni.

b) Faktory, které jsou odlišné napříč OSPOD (bez ohledu na krajskou příslušnost)

- **Systémy přidělování případů** jsou na různých OSPOD různé, i když zde nelze vysledovat žádná krajová specifika. Zdaleka převažuje systém přidělování případů na základě faktického bydliště klienta, přičemž tento systém je v praxi často kombinován s jinými uvedenými systémy a modifikován podle potřeby konkrétního OSPOD (s přihlédnutím ke kapacitě jednotlivých pracovníků, jejich specializaci atd.).
- **Administrativa vs. terén** - zde opět existují rozdíly napříč jednotlivými OSPOD. Na některých OSPOD je administrativě věnováno až 75 % celkové pracovní doby, někde je to pouze 40–50 %, záleží na konkrétním případě, jeho fázi, ale i na osobních charakteristikách pracovníka - jak pečlivě či pravidelně si (ne)pořizuje záznamy. Obecně je administrativní práce vnímána jako „nutné zlo“, tzn. něco, co je vždy na úkor práce s rodinou a práce v terénu, nicméně pro zdárný vývoj případu a doložitelnost nezbytné. Ani zde nebylo možné nalézt rozdíly mezi jednotlivými kraji.
- **Vzdělávání** závisí do značné míry na finančních možnostech OSPOD. Průměrem je zákonem stanovených 18 dní školení za 3 roky, ročně tedy pracovníci oslovených OSPOD absolvují cca 6-8 dní školení. Na některých OSPOD jsou realizovány i vzdělávací akce nad rámec zákona, na 1 pracovníka pak připadá 14-20 dní věnovaných školení za rok. OSPOD, které nesplňují ani zákonem stanovenou povinnost, jsou spíše výjimkou. Rozdíly mezi kraji zde nebyly pozorovány.

c) Faktory, které se v krajích liší - sem patří zejména využívání „nových metod“, resp. při zavádění dosud nevyužívaných postupů (supervize, revize, metodiky)

- **Standardní postupy řešení a metodiky** nejsou běžnou součástí pracovních postupů na zkoumaných OSPOD. Metodiky se objevují pouze v Olomouckém a Zlínském kraji a týkají se pouze administrativy. Naprostá většina dotazovaných pracovníků je zvyklá pracovat a postupovat na základě svých zkušeností a zažitých postupů, což úzce souvisí s relativně vysokou autonomií v rozhodování sociálních pracovníků, a standardní postupy a metodiky považuje spíše za zbytečnou komplikaci, která neodpovídá potřebám jednotlivých typů případů a nemůže postihnout široké spektrum řešených případů. Pouze v Karlovarském kraji se větší množství pracovníků vyjádřilo tak, že by standardizované postupy uvítali.
- **Supervize** není běžným standardem v žádném ze zkoumaných krajů, přesto na některých OSPOD v Olomouckém a Zlínském kraji pracovníci k dispozici supervizi mají. V Karlovarském a Pardubickém kraji se naopak supervize vůbec neprovádí. Velké množství dotazovaných sociálních pracovníků napříč zkoumanými kraji však za supervizi považuje i tzv. intervizi či minisupervizi, tzn. konzultaci s kolegy či nadřízeným pracovníkem. Přestože se objevují názory, že supervize je nepotřebná nebo se nehodí k danému typu případu, většina pracovníků vyjádřila názor, že by supervizi na svém pracovišti uvítali.
- **Přezkoumání případu** (evaluace, revize) není běžná na žádném z OSPOD. Přesto v Karlovarském, Olomouckém i Zlínském kraji existují pracoviště, kde je revize v některých případech povinná. V Pardubickém kraji povinná revize neexistuje. Řada pracovníků napříč OSPOD za revizi považuje i konzultace s

nadřízeným či kolegou, kdy si ujasňují dosavadní a následný postup, i když se pochopitelně v tomto směru nejedná o revizi v pravém slova smyslu.

5. Spolupráce OSPOD s externími organizacemi

5.1 Typy externích organizací a jejich zapojení v jednotlivých fázích případu

Práce s rodinou potenciálně zahrnuje, dle povahy jejích problémů, participaci řady organizací a specializovaných pracovišť, a to státních i nestátních. Jedná se zejména o poskytovatele odborných služeb potřebných pro řešení obtížné životní situace rodiny (dětské psychologové, psychiatři a lékaři dalších odborností, rodinné poradny, logopedické poradny atd.), neziskové organizace a občanská sdružení zaměřená na terénní práci s rodinou, soudy a orgány v trestním řízení (policie, státní zastupitelství), pracovníky škol a školských zařízení, včetně zařízení pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy a preventivně výchovné péče.¹¹ Dále se jedná o organizace orientující své služby na zajištění bytových potřeb klientů (azylové domy, sociální bydlení atd.).

V jednotlivých studovaných krajích se nabídka externích podpůrných služeb výrazně liší, a to jak ve smyslu dostupnosti služeb (např. v Karlovarském kraji je k dispozici pouze jedno SVP, zatímco v kraji Zlínském mohou rodiny spolupracovat hned se třemi SVP), tak z hlediska poskytovatele těchto služeb. Značná variabilita poskytovatelů je zřejmá zejména u sociálně aktivizačních a terénních služeb. Zatímco v Pardubickém kraji jsou terénní sociálně-aktivizační služby poskytovány zejména prostřednictvím neziskových organizací a obecně prospěšných společností, ve Zlínském kraji tuto roli zastávají převážně sociální služby navázané na církevní organizace a dále pak příspěvkové organizace města.

Případná spolupráce výše jmenovaných organizací v případech pomoci ohroženým dětem nemá ani v jednom ze sledovaných krajů systematický charakter a není centrálně koordinována. Záleží tak většinou na individuálním přístupu a ochotě jednotlivých složek, včetně orgánů SPOD, jakým způsobem bude intervence zúčastněných subjektů v případě probíhat.

Externí organizace prostřednictvím svých poskytovaných služeb doplňují spektrum aktivit OSPOD s klientem/rodinou. Jejich význam nespočívá pouze v případech jednorázové okamžikové práce s klientem, ale mají také význam pro návaznou (následnou) a preventivní práci s klientem tak, aby nedocházelo k recidivám nežádoucích situací. Kazuistiky však ukazují, že úloha zde prezentovaných externích organizací je většinou cílena pouze na konkrétní fázi, případně několik málo fází řešení případů. Externí organizace většinou nejsou zapojeny po celou dobu intervence od podání podnětu až po vyřešení případu. Typický ve všech krajích je charakter spolupráce se školami, lékaři či policií soustředěný na první fázi případu, tj. oznámení a podání podnětu, případně následnou fázi ověřování a získávání informací. S psychology a poradenskými centry je pak např. spolupracováno zpravidla ve fázi provedení rozhodnutí a ve fázích vyhodnocení. Naopak, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) jsou velmi často využívány ve fázi provedení rozhodnutí, ale jejich zapojení do fáze vyhodnocení, které by bylo jistě ku prospěchu věci, spíše vážně. Je nutné zdůraznit, že pracovníci OSPOD si uvědomují potřebu spolupráce s externími subjekty ve všech fázích práce s klientem. Vítaná by byla možnost dlouhodobější

¹¹ Školskými zařízeními pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy a preventivně výchovné péče jsou: dětské domovy, speciální výchovná zařízení, diagnostické ústavy a střediska výchovné péče pro děti a mládež.

kooperace při řešení životní situace klienta. Ta je pociťována jako nedostatečná. V Pardubickém kraji je např. tato potřeba pociťována pracovníky OSPOD zejména u poradenských a terénních forem sociálně aktivizačních služeb, v Karlovarském kraji je tato potřeba zdůrazněna zejména u soudů a státních zástupců, kde je ze strany pracovníků OSPOD kladen důraz na případné zapojení soudů do řešení případu klienta ještě dříve, než je předmětem soudního řízení.

5.2 Přístup pracovníků OSPOD k využívání externích služeb a spolupráci s externími subjekty

5.2.1 Důvody zapojení služeb

Spolupráce s externími subjekty je pracovníky OSPOD zpravidla vnímána jako velmi potřebná a je navazována hned z několika důvodů. Tím zásadním je samozřejmě **přímá pomoc klientovi** ze strany specialisty s cílem **zajistit blaho dítěte**, respektive optimální fungování rodin s dětmi. To platí zejména v situacích, kdy OSPOD personálními kapacitami nestačí na zajištění terénní práce nebo na zajištění kvalifikovaného poradenství. Důvodem je však nejen určité **odlehčení pracovníkům** OSPOD např. při intervenci SAS, ale i kvalifikovaná **opora a pomoc při rozhodování** a volbě strategie ze strany OSPOD. Výzkum ukazuje, že pracovníci prostřednictvím konzultace problému se specialistou významně **redukují nejistotu** při svém rozhodování a na základě názoru odborníka, případně znaleckého posudku, toto **rozhodnutí legitimizují**. Tento význam existence externí podpory nepřímou souvisí s častým nevyužíváním metodik (resp. jejich deklarovanou neexistencí) a s absencí případové supervize.

*„Tak určitě vlastně jsme postupovali v souladu se závěry té psycholožky, takže tady to pozitivní je. I vlastně pokud, já nevím, tam bylo něco navrhováno, co se pak sice nerealizovalo, ale bylo to jako v souladu vlastně, tady s psycholožkou.“
(Z41)*

*„Ano. Už že máme tu možnost s někým konzultovat, s nadřízeným orgánem nebo psychologem, který nás navede na nějakou cestičku, jak s rodinou pracovat.“
(KV6 na otázku, zda měla možnost případ konzultovat a zda se to projevilo na řešení případu)*

Vztahy pracovníků OSPOD k externím organizacím do značné míry souvisejí s jejich pozicí v systému péče o ohrožené děti. Zatímco soudy a odborníci (psychologové, psychiatři, pediatři) jsou pracovníky OSPOD vnímány jako autorita, nezřídka sloužící jako vodítka a určitá záštita v obtížných nebo nejednoznačných případech (zvláště významnou roli zde má písemné vyjádření, tj. znalecký posudek a rozhodnutí soudu), pracovníci školských a výchovných zařízení jsou spíše v pozici partnerů OSPOD. NNO typu SAS jsou pak vnímány nejčastěji jako servisní organizace, jejichž funkcí by mělo být poskytování specifických (terénních) služeb, které OSPOD identifikuje jako potřebné, avšak nemá kapacity k jejich realizaci.

Ve Zlínském kraji několik sociálních pracovníků, kteří mají větší zkušenost a delší praxi, hodnotilo využívání spolupráce OSPOD a externích organizací v průběhu času. Jejich postřehy se v podstatě shodují v tom, že zainteresované strany jsou si v čase čím dál tím více vědomy prospěšnosti vzájemné kooperace, informovanosti a předávání informací o klientovi a trend do budoucna tedy jednoznačně směřuje k větší vzájemné a koordinované aktivitě několika aktérů společně pracujících na případech SPOD.

„Tak tak to je na nastavení samozřejmě toho, snažíme se, tam je to teďka důležité hlavně, že opravdu začala ta spolupráce, začalo se více informovat, začali jsme, i teďka třeba s policií opravdu je ta komunikace dobrá, že není problém třeba zvednout telefon, doptat se, posléze poslat zprávu oficiální samozřejmě cestou. A navzájem teda. No.“ (Z24)

5.2.2 Důvody absence služeb

Důvody absence zapojení externích služeb, jejichž nositelem je sám pracovník OSPOD, lze členit do následujících dvou základních typů:

- **Neznalost možností:** pracovník není seznámen s možnostmi a aktivitami sociálních služeb v regionu nebo není dostatečně seznámen s kvalitou poskytovaných služeb.

Skutečnost o neznalosti nabízených služeb se ve výzkumu projevila v souvislosti s požadavkem, kdy měli sociální pracovníci OSPOD zhodnotit chybějící externí spolupráci. Výzkumná zjištění totiž ukázala, že jednou z možných příčin nedostupnosti služeb mohou být samotní pracovníci. V tomto ohledu považujeme za významný činitel jejich nízkou informovanost o službách. Pracovníkům OSPOD totiž chybí dané služby pouze v momentě, kdy o jejich existenci a možnostech vědí, tj. mají přehled v oboru a měli možnost sdílet zkušenosti ze spolupráce s externími subjekty s pracovníky OSPOD v jiných regionech v rámci ČR, případně i v zahraničí. Fakt, že existují v tomto směru významné bariéry i na straně pracovníků OSPOD, je podpořen zjištěním ze Zlínského kraje, kde pracovníci tzv. „malých“ OSPOD, kteří mají objektivně omezenější možnosti využívat externí podpůrné služby než ve větších okresech, respektive služby jsou pro klienty dostupné ve větší dojezdové vzdálenosti, nejsou absencí externích služeb příliš znepokojeni a nepociťují ji jako významnou překážku při řešení případu. Schopnost reflektovat absenci služeb se liší dle zkušenosti sociálních pracovníků a možnosti srovnávat s jinými regiony. Jedna respondentka působící jako sociální pracovníce v relativně velkém městském obvodu Zlínského kraje se vyjádřila, že v porovnání s možnostmi externí podpory v Čechách, zejména pak v Praze, jsou možnosti spolupráce velmi omezené. Konkrétně byla uváděna neexistence neziskové organizace, která by nabízela sanační služby rodinám jako např. občanské sdružení Střep. Stejně tak i pracovníce Karlovarského kraje, která nedávno vystudovala obor sociální práce v Praze, posuzuje nabídku externích služeb v regionu jako nedostatečnou. V Karlovarském kraji jsme se také setkali s tím, že někteří respondenti sami upozorňovali na skutečnost, že nemají dostatečný přehled o potencionálních možnostech, a tedy nejsou ani schopni určit služby, které v regionu chybí a které by byly v jednotlivých regionech žádoucí. Domníváme se, že větší orientace sociálních pracovníků v nabídce sítě existujících služeb, by mohla výrazněji přispět k nabídce těchto služeb klientům, a tím i k jejich větší dostupnosti.

- **Obavy ze zapojení služeb:** obavy, že externí organizace bude negativně zasahovat do samotné práce OSPOD, obavy z narušení důvěry mezi pracovníkem OSPOD a klientem, obavy z přenášení kompetencí externích organizací na pracovníky OSPOD, osobní předsudky.

Za absencí zapojení externích služeb do řešení případu stojí v některých případech **pouze předsudky** sociálních pracovníků OSPOD. V rozhovorech jsme se například setkali s názorem, že zavedení dalších externích služeb klienty nespasí, ale

mělo by se naopak podporovat zvyšování kapacit samotných pracovníků OSPOD, kteří budou mít na rodinu více času a budou se jí plně věnovat. Sporadická zkušenost s využíváním externích subjektů pak může být i příčinou toho, že pracovníci OSPOD mají obavy z ohrožení vlastní pozice při řešení případu, jak o tom svědčí následující výpověď:

„Ne, já bych chtěla [neziskovky], určitě bych je chtěla, to jo, ale já jsem na nějakém školení slyšela, že by jako měly víc nám zasahovat do práce sociálně-právní ochrany, což nevím, jestli by bylo zrovna moc ideální, ale určitě by nějaké měly být.“ (KV16)

Výše zmíněný názor pouze odráží možné obavy pracovníků OSPOD, zdali by činnost externích organizací nemohla narušit jejich průběh práce s klientem. Konkrétně se jedná například o obavy z narušení těžce vybudované důvěry mezi klientem a pracovníkem OSPOD. V několika případech se zdálo, jakoby si pracovník OSPOD nechtěl nechat vzít své výsadní postavení vstupu do rodiny a vzájemné spolupráce s rodinou. Ve výzkumu jsme přitom zaznamenali skutečnost, že respondent–pracovník OSPOD rovnou zavrhl možnost externí pomoci rodině z toho důvodu, že již dopředu předpokládal negativní reakci ze strany rodiny.

„Pracovnice sděluje, že by se klienti stejně s nikým jiným nebavili, věří jen jí, jsou na ni zvyklí. Pokud jede s pracovníci navštívit rodinu i někdo jiný, vpustí ho do domu jen s pracovníci, která vede jejich případ.“ (P9)

Nedůvěra v konkrétní neziskové organizace ohledně kvality poskytovaných služeb se projevila zejména v Pardubickém kraji. Zde pracovníkům OSPOD vadil hlavně fakt, že zainteresované subjekty nesledovaly společnou linii řešení případu a nespoupracovaly na stanovených cílech. V některých případech byla kritizována i samotná kvalita poskytovaných služeb.

„Oni tam mají krizové zařízení nebo krizovou ambulanci, tak ať si to tam prostě, dobře, v té krizi řeší. Ale že nikdo neinformoval rodiče o tom, kam [dítě] dochází, všichni říkají - maminka to nesmí vědět. Jak je možné, že rodiče nebudou vědět, že dítě dochází do zařízení, kde si stěžuje na nějaký problém. Jak to s tím dítětem chtějí řešit, když nepozvou rodiče, když nezjistí, jak to s těma rodičema je. To jsem prostě vůbec nepochopila, to mně vadí.“ (P34)

Jako poslední příklad obavy ze zapojení externích subjektů lze uvést zkušenost pracovníka OSPOD ve Zlínském kraji, kdy externí subjekty naopak pracovníky OSPOD více zatěžovaly tím, že na ně přenášely některé své povinnosti. Konkrétně se jednalo o ústavní zařízení, jež po OSPOD vyžadovala vyřizování dokladů pro umístění dětí či o policii, která po sociálním pracovníkovi, dle jeho názoru zbytečně, opakovaně žádala zprávy stále ve stejné věci.

- **Časové nároky na koordinaci zapojení služeb:** tento důvod se sice neobjevuje v analyzovaných kazuistikách, ale několikrát byl uveden v rámci přehledových dotazníků, které byly vyplňovány za každý sledovaný OSPOD.

5.3 Chybějící externí spolupráce

5.3.1 Obecné postřehy k dostupnosti externích služeb

Nehledě na výše uvedené, je třeba říci, že naprostá většina respondentů by přivítala rozšíření podpůrných služeb v regionu a zároveň upozornila na nejpalcivější nedostatky v tomto směru. Při analýze chybějící externí spolupráce je nutné rozlišovat, zda ve správním obvodu příslušného OSPOD daná služba vůbec neexistuje, zda se vyskytuje pouze sporadicky, případně v rozumné dojezdové vzdálenosti v rámci sou- sedního správního obvodu, a v neposlední řadě je také nutné reflektovat její kapacity.

Dostupnost externích podpůrných služeb je většinou vázána na správní obvod OSPOD. Z kazuistik je zřejmé, že nejširší škálu podpůrných služeb mohou využívat klienti tzv. „větších“ OSPOD. Z výše uvedeného však plyne, že tím, kdo se potýká s nedostatkem nabízených externích podpůrných služeb, nejsou výlučně „malé“ OSPOD. Ačkoliv nedostatečné možnosti externí spolupráce jsou v případě „malých“ OSPOD více zřetelné, a to zejména proto, že chybí ty nejzákladnější jako např. možnost poslat klienta k psychologovi v místě jeho bydliště, absenci externí podpory pocítují i někteří pracovníci OSPOD ve větších městech. Absence externí podpory u „větších“ OSPOD není zpravidla způsobená prostou neexistencí služby, ale spíše nedostatečnými personálními kapacitami externích organizací.

T: „Jasně. Vy jste zmiňovala, ta [název neziskové organizace] má plnou kapacitu?“

R: „Ted momentálně má plnou kapacitu.“

T: „Už jste je jakoby v té věci oslovovali?“

R: „No tak, plnou kapacitu. Oni mají pro nás na dvě rodiny, tak jako co to je?“ (P21)

Právě **přetíženost služeb** se jeví jako jeden ze zásadních problémů, ze kterého pak vyplývají dlouhé čekací lhůty, které v případech, kdy se jedná o akutní případ, omezují možnost okamžitého zásahu. Sociální pracovníci by uvítali zařízení či službu, která by byla dostupná pro situace vyžadující okamžitou intervenci.

„Víme o tom a mám to i zjištěno a v konkrétním případě sama jsem to prožila, že jsou velice dlouhé čekací lhůty, když potřebujeme, aby rodič nebo kdokoliv, kdo doprovází dítě, navštívil dětského psychologa, tak mají úžasné lhůty, dva, tři měsíce lhůta se podle mě neřeší, nedokáže prostě vyřešit náš problém. Potřebovali bychom takové zařízení, kde by se mohlo s tím dítětem přijít, kdy to dítě je v problému, kdy se potřebuje vypovídat a kdy může získat nějakou odbornou radu.“ (O34)

Sporadickým teritoriálním zastoupením rozumíme takové rozmístění služeb, které jsou sice v rámci ČR k dispozici, ale nejsou dostupné v daném městě/obci. **Nedostupnost služeb v daném městě/obci** vnímají pracovníci OSPOD při práci s klientem jako handicap, který jim velmi ztěžuje práci s rodinou. V případě, že klient je k těmto typům služeb směřován, je nutná jeho více či méně **pravidelná dojížd'ka za touto službou**. Pro většinu klientů je místní nedostupnost spojena se značnými obtížemi, spočívajícími v:

- a) časové náročnosti,
- b) finanční náročnosti,
- c) jiných obtížích.

Časové a finanční faktory představují nejvýznamnější bariéry využívání těchto služeb klienty, zejména u dlouhodobých kauz. Řada sociálních pracovníků upozorňuje na finanční zátěž, kterou si většina sociálně slabých klientů vůbec nemůže dovolit. V případě klientů, kteří jsou zaměstnaní, je zase obtížné skloubit zaměstnání s pravidelnou dojížděnkou.

„A jednak uvedl, že ho zatěžuje i to jezdit do té Olomouce, protože přece jenom ze Šumperka do Olomouce zase je to daleko. ...Protože musíte do Zábřeha na vlak, ze Zábřeha do Olomouce a strávíte hodinu, projedete prostě plno peněz a zase hodinu zpátky. On navrhoval to, pokud jsou tady psychologové nebo je tady pan doktor [jméno doktora], kterej je taky dobrý psychoterapeut, proč prostě ta terapie se neuskutečňuje někde tady. Vadí mu zásadně v tuto chvíli ta vzdálenost.“ (O37)

Nezanedbatelnými bariérami jsou i **ostatní důvody**, kdy si klient musí zvykat na jiné „lidi“, jiné pracovníky a nové prostředí, případně rodiny s více dětmi nemají možnost zajistit si v době návštěvy externí služby, péči o zbývající děti.

Pracovníci OSPOD se tedy při zapojování externích organizací, které docházejí do rodiny, snaží i o **prostorovou efektivitu**, tj. větší šanci na intervenci externí služby mají rodiny žijící poblíž jiných sociálně slabých rodin.

„ ... vlastně se teď uvažuje úplně konkrétně, že vlastně se to zadá nebo nějak se o tom, bude o tom případu informovat Fond ohrožených dětí ..., protože vlastně to máme rozjednané ve vedlejší vesnici, v [název obce], to je vesnice teda úplně skoro u [název obce]. Tak to máme rozjednané taky teda vlastně podobným sociálnímu jako případu, kde taky matka není schopná soustavně udržet vůbec a už dlouhodobě pořádek. A takže vlastně, že budou jezdit tam, takže tím pádem by se mohli stavovat a dejme tomu radou nebo něčím, že jo, nějakým vedením vlastně pomoci i tady těmhle, když by to měli vlastně, že jo, úplně asi dva kilometry od sebe ty dvě rodiny.“ (P2)

Existují ale i situace, kdy pro klienty s kombinací více typů omezení nejsou v kraji dostupné žádné vhodné služby, klienti nejsou „cílovou“ skupinou žádného zařízení či služeb poskytovaných NNO. Současně s nemožností dosáhnout na tuto službu v jiných krajích, kdy jedním z kritérií přijetí do specializovaného zařízení je místo trvalého bydliště klienta, přičemž preferováni jsou klienti z kraje, ve kterém se dané zařízení nalézá, dochází k **propadnutí klienta sítí sociálních služeb**.

„Ne. Já jsem z toho bezradná, protože jako cítím, že ta pěstounka by něco potřebovala a jako já jí nemám co nabídnout. Jo? Já jsem jí sice, my tady máme další neziskovku, dělají pobyty. Paní, která neziskovku vede, je doktorka. Mají dítě s cystickou fibrózou v pěstounské a tohle jako postižení. Pak mají ještě několik dalších dětí v pěstounské, ale ty jsou teda zdravý, ty děti. Takže ona ani ne z toho hlediska svého povolání, ale i ty osobní zkušenosti ví, jak s takovejma dětma pracovat, s nějakým zdravotním hendikepem. Nabízela, nevím jako, jestli se to podaří nějak zrealizovat.“ (P42)

„...Jedinej domov, kterej je, tak je ve [název města] a tam se nám nepodařilo k nikomu vlastně ho umístit, protože tam je šíleně dlouhá čekací doba a navíc umístí přednostně děti ze svého kraje, že ...“ (O38)

„... byl ve výchovném ústavu [název VÚ], tam teda už nezapadal vůbec. A tam byl vlastně až do své zletilosti, i když se nepřipravoval na budoucí povolání, prostě tam jenom byl.“ (O38)

„... Narážela jsem na to, že organizace tady sice jsou, ale [jméno chlapce], nebo chlapec nepatřil do žádné cílové skupiny, která teda těm organizacím vlastně, na co mají teda postavené ty granty a tak dál.“ (O20)

5.3.2 Jaké externí služby pracovníkům OSPOD chybí?

Analýza výpovědí pracovníků OSPOD ve všech čtyřech sledovaných krajích prokázala, že potřeba rozšíření nabídky, respektive kapacit stávajících externích podpůrných služeb, není výrazněji krajsky diferencována. Ve všech sledovaných krajích chybí pracovníkům podobné typy služeb. V naší analýze tedy můžeme pouze vyzdvihnout, na potřebu kterých služeb byl ve vybraných krajích kladen větší důraz. V této souvislosti je však nutné připomenout, že respondenti upozorňovali na chybějící služby většinou v kontextu diskutovaného případu, jejichž typologické zastoupení bylo v každém kraji mírně odlišné.

Tabulka č. 4 **Nejčastěji uváděné externí subjekty, které pracovníci OSPOD postrádají, krajské porovnání**

Karlovarský kraj	Olomoucký kraj	Pardubický kraj	Zlínský kraj
1. psychologové (kapacitně)	1. mediační služby	1. SAS a osobní provázení klienta	1. dětské psychologové/psychiatři
2. SVP (pouze jedno SVP v regionu)	2. azylové domy, sociální bydlení	2. azylové domy a sociální bydlení	2. mediační služby
3. ZDVOP (v regionu vůbec nepůsobí)	3. SAS	3. psychologové zejména se specializací na partnerské vztahy	3. komplexní terapeutická práce s rodinou
4. komplexní terapeutická práce s rodinou	4. SVP (kapacitně)	4. dětské psychiatři	4. RMP (kapacitně)
5. azylové domy s nabídkou SAS	5. právní služby a finanční poradenství	5. odlehčovací služby	5. SAS
6. mediační služby	6. středisko pěstounské péče	6. nízkoprahové centrum a volnočasové aktivity	6. volnočasové aktivity pro děti
7. SAS	7. psychologové	7. SVP (kapacitně)	7. azylové domy a sociální bydlení
	8. osobní asistence		8. SVP (kapacitně)

• Psychologové/psychiatři

Z tabulky č. 1 je patrné, že ve všech krajích je zřetelný nedostatek **psychologů a psychiatrů**. Respondenti si stěžovali zejména na nedostatečné pokrytí regionu dětskými psychology a psychiatry. Právě psychologové patří mezi nejčastěji zmiňované odborníky, se kterými OSPOD spolupracuje. U nich se pak musí potýkat zejména s velmi dlouhými čekacími lhůtami spojenými s jejich nedostatečnou kapacitou.

„Máme tady dětského psychologa, ale jenom jednoho, ale vlastně jenom objednat se tam a získání termínu je půl roku, časová prodleva, což vlastně by v tomto případě vůbec neřešilo ty potíže v tom okamžiku, když ta holčinka přišla o toho otce.“ (KV20)

V řadě případů je přítom vyjádření psychologa významné při zahájení práce s rodinou; pracovníci OSPOD je považují za východisko stanovení postupu. Tento

problém se ve výjimečných případech snaží někteří pracovníci řešit osobní intervencí u psychologa (se žádostí o přednostní přijetí); možnost odeslání k psychologovi do jiného města naráží na problém finanční bariéry mnoha rodin. Pracovníci nejmenovaného OSPOD v Pardubickém kraji, v místě nepůsobí žádný odborník - psycholog, by uvítali alespoň **ambulantní praxi** na pár dní v týdnu.

T: „Myslíte, že by stačilo, kdyby tady měl nějakou ambulanci jako jednou týdně?“

R: „Já si myslím, že by stačilo.“

T: „A byl by využitý?“

R: „To určitě si myslím, to by byl. Já si myslím, že i 2x týdně, kdyby tady byl, tak by byl využitý... Ale určitě by se to hodilo tady těm lidem, kdyby měli možnost tady docházet někde v místě. Tak určitě.“ (P31)

S malými kapacitami těchto specialistů souvisí i **problém omezené možnosti výběru**. Může se stát, že jediný psycholog působící v místě OSPOD klientovi nevyhovuje buď kvalitou poskytovaných služeb nebo osobnostně. Tento problém se jeví jako naléhavý zejména u dětských psychologů a psychiatrů.

„Trošičku mně tady chybí větší možnost výběru dětského psychiatra, protože nám tady zůstala teď pouze jedna paní doktorka, druhá paní doktorka je na mateřské dovolené, takže se ta možnost velmi zúžila. A je pravdou, že hodně dětem ta stávající paní doktorka nevyhovuje a potřebovaly by jinou službu. Bohužel není k dispozici, a pokud je, tak je samozřejmě na dojezdu někam dál, to znamená do Olomouce, do Kroměříže, do jiných měst, což zase rodiny převážně toho romského původu zase finančně neustojí. Takže to bych tady uvítala“ (O31)

Pokud jde o specializaci psychologů, postrádání jsou kromě dětských psychologů zvláště odborníci na NRP, odborné provázení dětí v případech komplikovaných rozvodových kauz, specialisté na partnerské vztahy a systémy rodin, psychologické poradenství pro ženy, které se snaží zbavit závislosti na partnerovi (násilnickém, příživujícím se) atd.

„Takže v každém případě i dětský psycholog. Mně přijde, že i hodně dětí v tomto strádají a nechci říct, že je na ně zapomínáno, ale oni s tím opravdu bojují jakoby nejlíc, rodiče si řeší nějaké osobní problémy a ty děti v tom zůstávají strašně samy.“ (Z18)

Ve dvou krajích Karlovarském a Zlínském bylo rovněž poukazováno na naléhavou potřebu služby, která by terapeuticky pracovala **komplexně s rodinou jako celkem (rodinná terapie)**.

„Chybí tady jedna služba. My nemáme nikoho, kdo by pracoval matka-otec-dítě, my máme matka-dítě, otec-dítě, ale nemáme matka-otec-dítě.“ (KV3)

• **Azylové domy a sociální bydlení**

Ve všech krajích respondenti také poukazovali na nedostatečné možnosti cenově dostupného **sociálního bydlení a kapacit azylových a charitních domů**. Sociální bydlení v obecních nájemních bytech je nedostatkovým artiklem, a to ve všech správních obvodech sledovaných OSPOD. Dostupnost azylového bydlení či sociálních bytů se jeví jako nezbytná v případech sociálně slabých klientů, kteří se často zadlužili,

o své původní bydlení přišli a nejsou schopni platit tržní nájemné.¹² Azylové domy poskytují ve srovnání s výší tržního nájemného finančně únosné ubytování a často i sociálně aktivizační služby, které se příznivě podílí v následné péči o klienta. V případě, že tato služba v regionu klienta není k dispozici, klient často zůstává ubytován v zařízeních, které nevyhovují jeho potřebám či potřebám členů rodiny. Typickým případem je situace klienta, který se ocitá se svým synem v nájemném pokoji pro neplatiče, zcela nevyhovujícím z hlediska výchovného prostředí (ubytování jsou zde též lidé s kriminální minulostí). V evidenci OSPOD, a to platí pro všechny studované kraje, jsou bohužel i takové případy, kdy **děti musejí být umístěny do institucionální péče pouze z toho důvodu, že rodina neměla vyhovující bydlení**. Problémem jsou nedostatečné kapacity azylových a charitních domů, a to především v případech početných rodin se třemi a více dětmi. Rodině se šesti dětmi se podařilo najít ubytování v azylovém domě až po čtyřech měsících, a to i přesto, že sociální pracovnice kontaktovala azylové domy po celé České republice.

„Vzhledem k tomu, že se nám nepodařilo v tak krátké době sehnat žádný azylák, tak s matkou bylo dohodnuto, že děti dá teda na dohodu do Klokánku, takže nebylo nutné ani dělat žádné předběžné opatření. Matka byla ochotná, že děti sama do toho Klokánku doveze.“ (Z31)

Ilustrativní je i případ matky dvojčat (P28), jejíž nesezdané partnerství s otcem dětí se rozpadlo a matka byla vystěhována i s dětmi z domu. Otec se o děti odmítl starat a matka nebyla ze svých příjmů schopna platit komerční nájem. Vzhledem k tomu, že v azylovém domě či zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebylo volné místo, děti musely být umístěny nejprve v diagnostickém ústavě (situace byla aktuální o prázdninách, kdy dětský domov nepřijímal nové klienty) a po prázdninách v dětském domově. Z pohledu sociální pracovnice jsou však v ústavním zařízení zcela zbytečné, neboť by stačilo, kdyby měl OSPOD možnost matce nabídnout náhradní bydlení.

„Takže to bylo docela hrozný. V tomhle případě, když bychom měli nějakou možnost nějakýho bydlení matce nabídnout, nějaký prostě, kdyby tady ty byty jsme měli, tak vůbec jsme nemuseli to. A ta situace prostě, předběžný opatření bylo vydaný, protože fakt nebyla jiná možnost, kam děti teda šoupnout... Takže samozřejmě, že by neutáhla nějaký nájem, kterej tady běžně, podnájem, kterej tady je, kolem 7 až 10 tisíc, což ona by nebyla schopná. Ale pokud by to prostě, ona nepotřebuje žádný luxus. Jí by stačila prostě jedna místnost se sociálním zařízením a bylo by to úplně prima.“(P28)

Sociální pracovnice sice uvádí, že by pro klientku byl vhodný i azylový dům, zároveň však dodává, že azylové domy nejsou pro tyto případy vhodné, jelikož je to pro klienty do jisté míry **stigmatizující**.

„Nebo nakonec i jako nějaký azylovej, ale proč do azylovýho domu? Oni ty lidi potom jako mají nějaký punc, nálepku - jsme v azylovém domě, že jo? Ne všechny jako to přijmou takovýdle jako řešení, čili oni by radši byli integrovaný někde do té běžný populace.“ (P28)

Dostupnost azylového bydlení je více **limitující pro muže** než pro ženy s dětmi. Je poměrně časté, že v případě úplné rodiny jsou do azylového domu přijaty

¹² Ze zkušenosti sociálních pracovníků je téměř nemožné sehnat tržní podnájem pro romské občany v tísni. Tržní nájemné je nedostupné pro většinu rodin v evidenci OSPOD také nejen kvůli vyšším měsíčním splátkám, ale zejména kvůli vysokým počátečním nákladům, jakými jsou zpravidla provize realitní kanceláři, nájem předem a kauce.

pouze ženy a děti. V jednom případě v Olomouckém kraji díky tomu skončilo manželství rozpadem, jelikož z muže se stal bezdomovec. Dalším omezením azylových domů je **dočasnost pobytu**. Smlouvy s klienty jsou zpravidla uzavírány pouze na jeden rok, což se řadě pracovníků OSPOD zdá jako velmi krátká doba.

„ ... v tom azyláku, tam se obávám, že budou mít smlouvu zase na rok a že pak zase budeme tam, kde jsme byli.“ (Z31)

V Pardubickém kraji navrhovali pracovníci OSPOD, že by bylo vhodné propojit sociální bydlení a provázení s intenzivním dozorem. Objektivně lze konstatovat, že řada azylových a charitních domů nabízí v rámci poskytovaných sociálně-aktivizačních služeb pomoc při prosazování práv a zájmů či výchovnou, vzdělávací a aktivizační činnost. S návaznými službami na azylové a charitní domy měli velmi dobrou zkušenost zejména ve Zlínském kraji, kde většina klientů, o kterých byla v kazuistikách zmínka, využívala pomoc charitních církevních domů. Poskytování sociálně-aktivizačních služeb v těchto případech automaticky pokračovalo, i když rodina zařízení již opustila.

Zmíněno bylo i doporučení zřídit azylové bydlení pro klienty se speciálními potřebami, konkrétně pro rodiče s dětmi, které mají zdravotní komplikace. Dále byl v Pardubickém kraji zaznamenán nedostatek ubytovacích kapacit pro ženy v tísně - utajené bydlení. Případ matky dvou dětí, která byla fyzicky napadána svým druhem, skončil z důvodu nedostupného náhradního bydlení tak, že se žena po pokusu bydlet u sestry v naprosto nevyhovujících podmínkách vrátila ke svému násilnickému partnerovi. Naopak, ve Zlínském kraji bylo z výpovědí respondentů patrné, že sehnat bydlení pro ženy, které byly vystaveny násilí či psychickému týrání, nebylo zas tak těžké. V tomto kraji nebyly výjimkou případy, kdy takto traumatizované ženy byly pracovníci OSPOD spíše přesvědčovány, aby vůbec nabídky azylového bydlení využily.

• **Mediační služby**

Kromě Pardubického kraje bylo ve všech ostatních sledovaných krajích poukazováno na naprosto nedostatečné možnosti využití **mediačních služeb**. Služba mediátora chybí zejména u rozvodových kauz, které pracovníky OSPOD většinou velmi zatěžují. Sociální pracovníci upozorňovali na vzrůstající počet rozvodových kauz, stále častější neschopnost manželů se dohodnout v otázkách péče a výchovy dětí a narůstající varietu odvetných akcí proti partnerovi, které pak potřebu mediace výrazně zesilují. Je tedy zřejmé, že potřeba mediace v rámci sociální práce OSPOD bude nadále stoupat. Pracovnice OSPOD působící ve Zlínském kraji jednotně uváděly, že mediátor v regionu úplně chybí. V Karlovarském kraji je nedostupný i v relativně velkých městech, jakými jsou Sokolov, Ostrov či Cheb. V Mariánských lázních je dostupná možnost mediace pouze za úplaty, což může opět pro rodiny představovat významnou bariéru.

„Chyběla mi ta mediace, možná to, kdyby tam k tomu došlo, kdyby ti rodiče hned v počátku se účastnili nějakých mediací a byl tam nějaký mediátor, který by to mezi nima řídil, tak možná by se dopracovali k něčemu jinému.“ (Z49)

„ ... tady opět postrádám tu účinnou mediaci nebo prostě opravdu kvalitní rodinnou poradnu, která by intenzivně s tou rodinou pracovala.“ (O37)

• **Sociálně-aktivizační služby (SAS)**

Práce s rodinami v obtížné situaci v řadě případů vyžaduje intenzivní práci přímo v rodině, což však naráží na kapacitní možnosti OSPOD. Pracovníci OSPOD deklarují, že nedostatečné personální a časové kapacity jim neumožňují věnovat se práci s rodinou v rozsahu, v jakém by bylo třeba. Právě v této oblasti spatřují pracovníci OSPOD největší prostor pro působení neziskových organizací, které však často nejsou místně dostupné nebo mají samy omezené kapacity. Intenzivní asistence rodinám přitom může být, podle pracovníků OSPOD, významným nástrojem obnovy sociálního fungování rodin. Výzkum ukazuje, že nejpálčivěji je absence této služby reflektována v Pardubickém kraji.

Pracovníci OSPOD obecně uvádějí, že při řešení aktuálních problémů a potřeb rodin s dětmi by nejčastěji uvítali tyto služby:

- pomoc s běžným provozem domácnosti (nákupy, vaření, uklízení),
- pomoc s hospodařením s finančními prostředky,
- péče o děti (praktický nácvik péče o kojence a malé děti, poučení o zásadách zdravé výživy, hygiena apod.),
- motivace a pomoc při hledání vhodného zaměstnání, případně lepšího bydlení.

„Možná právě takovejde člověk by potřeboval nějaký intenzivní provázení v životě. Neříkám kontrolu, ale spíš takovou tu pomoc, podporu, takže co nejbliž tomu klientovi, aby byl ten sociální pracovník. My přece jenom jsme daleko.“ (P20)

R: „Nebo třeba ani by nemusel tam docházet jako že častěji než my, ale spíš jako mít na ně víc času, protože paní má i problémy finanční, nedokáže vyjít. My tam pak s ní sedíme, rozpočítáváme peníze tak, aby na celý měsíc vyšla. A ona stejně odejde, a ona když jde nakoupit, tak nedodrží to, na čem jsme se domluvili. Takže někdo, kdo by tak trošku jako jí pomáhal v tom chodit s ní nakupovat a podle jí učit.“

T: „Takový to doprovázení nebo něco takovýho.“

R: „Tak. Na to, co my úplně tak nemáme čas, abysme s ní šli teda.“ (P31)

Z hlediska péče o děti může absence organizací, jejichž terénní pracovníci by dlouhodoběji docházeli do rodiny, byli kompetentní provést šetření v rodině a výchovně a preventivně se systematicky věnovali práci s dítětem, vést až k většímu riziku odejmutí dítěte z rodiny. Z pohledu pracovníků OSPOD by potřebnou optimální péči o dítě představovala každodenní intenzivní práce s dítětem obsahující následující činnosti:

- příprava do školy, doučování dětí,
- nácvik pravidelného režimu aktivit,
- smysluplné využití volného času,
- zapojení mezi vrstevníky.

„ ... nějaké takové ty aktivizační služby, trošku jako ta pomoc v rodinách, třeba klasicky romské rodiny, kdy maminka má sotva čtvrtou pomocnou třídu a má se učit se svým dítětem na základní škole.“ (Z25)

S možným využitím sociálně aktivizačních služeb souvisí i možnost finančně dostupných **volnočasových aktivit pro děti**. Podmínky celé řady rodin v evidenci OSPOD jsou pro kognitivní rozvoj dětí naprosto nevyhovující a prostředí nepodnětné. Rodiče se svým dětem nevěnují a jejich finanční množnosti často neumožňují pořídit dětem vzdělávací pomůcky či, v případě menších dětí, hračky.

„Seděly doma tady v tom křiku, v tom řevu těch rodičů, kdy my jsme vlastně, když jsme tam jeli na návštěvu a teď jsme viděli, že děti teda nemají... tam, na to, že tam byly čtyři děti, tam člověk neviděl hračky... Takže mně by se líbilo, kdyby prostě někdo mohl zajet a zabavit ty děti... Že ty děti opravdu seděly v té kuchyni a neměly co dělat a ta představa těch dvou měsíců, že ty děti tam v takovém prostředí, jako že budou sedět bez nějaké činnosti, protože ti rodiče nemají peníze na to, aby je dali do nějakých kroužků, táborů nebo kamkoliv. Takže mně by se líbilo, kdyby ty děti někdo zaměstnal.“ (Z13)

• Střediska výchovné péče

Další chybějící službou, jejíž nedostatečnost lze na základě dat označit za naléhavou, je **omezená kapacita Středisek výchovné péče (SVP)** a s tím spojené **dlouhé čekací lhůty**. Sociální pracovníci si navíc stěžovali na problém využít podobně zaměřené služby během letních **prázdnin**, kdy je provoz SVP a PPP fungujících jako školská zařízení uzavřen. Jak podotýká jedna z respondentek, dítě s problémovým chováním, jemuž je např. z důvodu spáchání přestupku doporučen pobyt v SVP v červnu, již v září nebude vědět, proč do SVP nastoupilo. Výpadek provozu během letních prázdnin spolu s nedostatečnými kapacitami během celého roku tak neumožňuje sociálním pracovníkům okamžitě reagovat na závadové chování klienta a dodržet kauzalitu příčina - následek (problémové chování klienta - postižení nezletilého), což je vnímáno jako nepedagogické a neefektivní. Účinnost výchovného zařízení se tak značně snižuje. Dalším problémem u pobytových služeb SVP je jejich **finanční nákladnost**. Pro sociálně slabé rodiny je tak pobyt z důvodu financí nedostupný. Dle pracovníků OSPOD je sice možné pobyt financovat z jednorázových sociálních dávek, avšak ve většině kauz, kde se tento problém vyskytl, nebylo této možnosti využito a raději bylo zvoleno náhradní řešení (např. terapeutický pobyt v psychiatrické léčebně hrazený pojišťovnou).

„Jediný problém prostě vidím v těch střediscích výchovné péče, tam bych to teda posílila, protože tam opravdu to je... Většinou mi to ztroskotá na tom, že je plno, zásadně ty problémy vygradujou během prázdnin, kdy oni mají ty pobyty a prostě mají zavřené. A druhotně mi to ztroskotá na financích, protože to je placený pobyt.“ (Z37)

„Je problém. Protože středisko má na starosti obrovské území a v podstatě jsou ochotní, vždy vyjdou vstříc. Ale my třeba to vyšetření potřebujeme rychle. Čekací lhůty jsou poměrně dlouhé, když teď objednávám dítě [rozhovor proběhl začátkem září], tak se dostávám někde na konec října, začátek listopadu. Ale rodina má problém teď. Je problém i s pobytem. Protože jenom spousta dětí pochází ze sociálně slabých rodin a rodiny na to nemají finanční prostředky. Někdy se to dá řešit formou sociální dávky, ale ne vždycky...“ (KV12)

Mezi ostatními, méně často zmiňovanými, avšak neméně důležitými službami, které by pracovníkům OSPOD mohly pomoci při práci, lze také jmenovat právní služby (zejména v oblasti rodinného práva či dědického řízení), dále pak ambulantní služby pro drogově závislé, specializované komplexní poradenství pro náhradní rodinnou péči či odlehčující a asistenční služby pro osoby pečující o zdravotně postižené děti. Dále

byla zmíněna zařízení pro výkon pěstounské péče (pouze v Olomouckém kraji), pěstounská péče na přechodnou dobu (pouze v Karlovarském kraji) či pobytové zařízení pro matky s dětmi jako služba, která by sloužila jako alternativa odebrání dítěte z rodiny a kde by byla možnost pracovat s rodiči a zároveň dohlížet, nakolik zvládají péči o své dítě (opět pouze v Karlovarském kraji).

5.4 Hodnocení spolupráce s externími subjekty

5.4.1 Obecné postřehy k hodnocení spolupráce s externími subjekty

V předcházející kapitole byla diskutována dostupnost konkrétních externích služeb, a to ve všech třech dimenzích: prostorové, finanční a časové. V této kapitole se budeme zabývat tím, jak je z pohledu pracovníků OSPOD vnímána efektivita spolupráce s externími subjekty. Zaměříme pozornost na možné nedostatky, které se při spolupráci s externími subjekty objevují. Pokud totiž jsou externí služby dostupné, vyvstává pro pracovníky OSPOD další otázka, jak s konkrétními službami pracovat, jak je provázat a jak s poskytovateli těchto služeb spolupracovat v tom směru, aby byla zjištěna co největší efektivita při řešení případu. Z kazuistik se zdá, že v těchto intencích je způsob spolupráce OSPOD a externích podpůrných služeb stále ještě na začátku dlouhé cesty. Data totiž ukazují řadu případů, kdy spolupráce OSPOD a externí organizace nebyla prosta konfliktů a vzájemných tenzí. Jako jeden z hlavních zdrojů konfliktu se jeví **absence vzájemné provázanosti služeb, definování společného postupu při řešení problému a nedostatečná vzájemná informovanost**. Tato nedostatečná vzájemná provázanost pak samozřejmě platí nejen v případě dvou stran (OSPOD a organizace), ale i v případě všech zainteresovaných subjektů. Někteří pracovníci OSPOD v celé spolupráci spatřují svou roli jako **rolí koordinátora** aktivit neziskových organizací, které se zapojují do řešení případu. Neziskové organizace by pak podle jejich vyjádření měly fungovat jako tzv. „prodloužená ruka“ OSPOD. V praxi se však s tímto přístupem setkáváme pouze zřídka. Neziskové organizace ve většině případů samy aktivně pracovníkovi OSPOD údaje ze spisové dokumentace nesdělují a neseznamují ho s plánem řešení případu. Problémem je neexistence jednotné metodiky, která by ukládala povinnost externím subjektům¹³ zainteresovaným na případu v evidenci OSPOD vzájemně konzultovat postupy řešení a informovat se o výsledcích každé intervence.¹⁴ Obecně lze konstatovat, že pracovníci OSPOD si většinou uvědomují důležitost interdisciplinární provázanosti při volbě strategie řešení případu.

¹³ Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů stanoví určité povinnosti subjektů oznamovat některé skutečnosti orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jedná se nejen o obecnou oznamovací povinnost, kdy je každý oprávněn upozornit OSPOD na skutečnost, že rodiče buď nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti nebo že bylo zjištěno negativní jednání osob vůči nezletilému dítěti, ale také o povinnost dle ustanovení § 53 zákona o SPO, které ukládá státním orgánům, zaměstnavatelům, dalším právnickým osobám, zejména školám, školským a zdravotnickým zařízením, jiným obdobným zařízením a též fyzickým osobám, pokud jsou zřizovateli škol a dalších zařízení (zdravotnických a jiných obdobných) a pověřeným osobám sdělit bezplatně údaje potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany dětí. Dále jsou ze zákona orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD, komise pro sociálně-právní ochranu dětí, poradní sbory) povinny si navzájem sdělovat údaje z evidence a spisové dokumentace (Špeciánová, 2007)

¹⁴ Na druhou stranu je nutné konstatovat, že i externí subjekty si budují vztah s klientem založený na bázi důvěry a navenek jsou vázány mlčenlivostí. Stejně jako jsme psali o nedůvěře a ambivalentním vztahu pracovníků OSPOD k neziskovým organizacím, mohou mít i externí subjekty vůči OSPOD podobný postoj, a to zejména ve smyslu, jak by s citlivými informacemi o klientovi naložil a jaké by to pro něj mohlo mít důsledky.

Bohužel praxe ještě nepostoupila tak daleko, že by bylo standardem pořádat ke každému složitějšímu případu, respektive případu, kde není předem jednoznačně dán postup práce, **případové konference**. Případové konference byly pravidelně konány pouze v několika málo zúčastněných OSPOD. Bariérou pro konání případových konferencí jsou kromě samotného nezvyku organizovat podobná setkání, především nedostatečné časové kapacity jak na straně OSPOD, tak na straně specialistů. Z vyjádření sociálních pracovníků OSPOD také plyne, že někteří specialisté nejsou dostatečně motivováni, aby se případových konferencí účastnili.

T: „Když bych se zeptala na to vyřešení podnětu. Vnímáte, že je podnět vyřešen?“

R: „Ne.“

T: „Pokud se stále ten podnět řeší, za jakých okolností by bylo možné ho optimálně dořešit?“

R: „Za okolností kvalitní interdisciplinární spolupráce všech zúčastněných: Nejlepší by bylo, kdybysme se mohli všichni někde sejít a na tom místě rozhodnout.“

T: „A myslíte si, že tu možnost máte nebo nemáte?“

R: „No, jak...“

T: „Nebo co brání? Kdybyste to blíž...“

R: „Přístup odborníků, zejména teda té psychologičky.“ (Z40)

Relativně dobrá propojenost komunikačních kanálů je patrná **zejména v případě zapojení škol a zdravotnických zařízení** (neplatí to však obecně - viz následující text). Vyskytl se i případ, kdy si pracovnice OSPOD chválila, že nemusela dělat neustálého prostředníka při spolupráci dětského lékaře a školy. Specialisté začali spontánně komunikovat v případě potřeby mezi sebou a na OSPOD podávali pouze zprávy.

Horší propojenost a společný postup při řešení případu byl zaznamenán hned v několika kauzách při zapojení **neziskových organizací a některých psychologů**.

„... a každý s ní pracoval na něčem jiném ... A nebyla tam propojenost tý práce, což jsem považovala za velkou chybu, protože středisko jí může říct něco, [nezisková organizace] něco, v rodinné poradně s ní pracovali na něčem. A ona ve svém věku si nemusela úplně ty věci správně vysvětlit. A mohlo to být kontraproduktivní, mohlo to jít proti sobě.“ (P34)

Kromě zásadního problému, kdy zainteresované subjekty nesledují společnou linii řešení případu, byla zaznamenána i celá řada jiných zdrojů neefektivní, v některých případech i konfliktní, externí spolupráce.

Obecně jsou však pracovníci OSPOD ve všech čtyřech sledovaných krajích s kvalitou poskytovaných externích služeb, případně komunikací s dalšími externími subjekty, většinou spokojeni.¹⁵ Jak je však rozebíráno v kapitole „Přístup pracovníků OSPOD k využívání externích služeb ...“, velmi záleží na profesních zkušenostech a kvalifikaci pracovníka, zda je schopen posoudit kvalitu poskytované služby a její dostatečnost.

¹⁵ V Olomouckém kraji není hodnocení externí spolupráce v rozhovorech příliš obsaženo. Pokud respondenti hodnotili spolupráci s některým externím subjektem, pak většinou kladně. Stížnosti na kvalitu služeb a provázanost nebyly v rozhovorech patrné, obsažena byla pouze kritika absence služeb, respektive jejich nedostupnosti (finanční i prostorové) či přetíženosti kapacit, z čehož plynou dlouhé čekací lhůty a nemožnost okamžitě reagovat na problémovou situaci.

5.4.2 Hodnocení spolupráce s vybranými složkami státu (školská zařízení, lékaři, krajské/městské úřady, policie, soudy/státní zastupitelství, probační a mediační služba)

• Školy/Mateřské školy

Školská zařízení spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí často, což jim ukládá i zákon o SPO. Ten upravuje obecnou oznamovací povinnost (ustanovení § 10 odst. 4) pro státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a zdravotnická zařízení, popřípadě další zařízení určená pro děti. Školy jsou tak povinny oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že se jedná o děti, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana dětí.

Právě nedostatečně aktivní vyhledávání a oznamování případů či problémů je školským zařízením vytýkáno ze strany OSPOD nejčastěji. „Bylo pro mě překvapením to, že školka pouze matku upozornila na to, že děti mají modřiny, aby děti netrestala. Ale na OSPOD to oznámeno nebylo.“ (Z34) Podněty jsou hlášeny pozdě nebo vůbec. Některé pracovnice se domnívají, že by školy měly k věci zaujmout odpovědnější přístup. V některých případech se zdá, že školy problémy záměrně nehlásí, aby unikly inspekci či kontrole a aby vnitřní záležitosti školy zůstaly neveřejné.

„Já nevím, já mám trošku, můj ten je z toho, že nepotřebujou, aby jim do toho někdo štůral a nedej bože řekl jako, že něco dělají špatně.“ (P16)

Důvodem laxního přístupu ke screeningu a oznamování podnětů může být i obava z narušení dobrých sousedských vztahů na menším městě, kde se tzv. „každý zná s každým“ (Z24). Škola, která tedy sice informaci či podezření oznámí ústně, se již bojí toto oznámení oficiálně písemně doložit.

„Zase samozřejmě záleží na tom individuálním postoupení, když víme, že v rodině se něco děje a škola nám, instituce, naše učitelka nám řekne, že teda se tam opravdu něco děje, ale oficiálně nám to do zprávy nepodá. Tak to je ten problém.“ (Z24)

Z kazuistik je zřejmé, že každé vedení školy/mateřské školy se ke spolupráci s OSPOD staví individuálně a v hodnocení tak nalézáme výrazné rozdíly. V některých případech byli pracovníci OSPOD ze spolupráce se školou doslova nadšeni.

„... ale potom to nabralo obrátky a spád, kdy on měl nakumulovaných věcí najednou. Jo? Jednak tam bylo to záškoláctví, které bylo evidentní. Teď ta základní škola, kam on chodil, byla hodně akční. Pan ředitel byl velice jako šikovný v tom, že prostě všechny ty problémy, které byly, nám oznámil. A oznámil je souběžně nám i policii, takže to záškoláctví policie měla a řešila si to po svojí linii.“ (Z37)

Velmi dobrá spolupráce je zejména tam, kde působí kompetentní pracovník ve funkci výchovného poradce či metodika prevence. V Pardubickém kraji (uvedly tři OSPOD) a v Karlovarském kraji (uvedl jeden OSPOD) jsme se setkali se standardizovaným-pravidelným systémem předávání informací mezi školou a OSPOD.

„ ... pochopitelně oslovujeme i školu, že mají takový tiskopis, na který nám ty školy to vypisují: prospěch, chování, docházku do školy, týká se to spolupráce škola-rodina a podobně...“ (KV49)

V některých případech však jde spolupráce školy výrazně dále, než je pouhé poskytnutí informací. Lepší vzájemnou informovanost podpořila v Pardubickém kraji spolupráce OSPOD a škol na projektech „prevence“. Kladně lze hodnotit i skutečnost, že některé školy/mateřské školy jsou ochotné se podílet na pomoci dítěti s výchovnými problémy nebo problémové sociálně slabé rodině. Konkrétní příklad z Olomouckého kraje ukazuje větší pochopení pro specifickou situaci v rodině ze strany školy poté, co byli zapojeni zainteresovaní zástupci školského zařízení do konzultování či řešení celého případu, např. formou případových konferencí. Ukazuje se, že je-li situace probírána i s dalšími odborníky, může dojít ke změně názoru učitelů či jiných zástupců školy na chování dětí.

„Tím, že jsme ta školská zařízení seznámili s tou širší rodinou situací, tak měli více pochopení pro chování toho nezletilého a netrpěli takovým tím haló efektem, že si řekli, to je problémové kluk, ale snažili se mu opravdu vyjít vstříc a měl takový individuální přístup.“ (O45)

V několika případech, a to ve všech krajích, bylo rovněž poukázáno na nadstandardní služby, které škola, speciální škola či mateřská škola nabídla dětem pocházejícím ze sociálně slabých problémových rodin. Jednalo se o pomoc s hygienou dětí (včetně praní prádla), stravováním, se začleněním do kolektivu atd.

V některých případech (zejména u rozvodových kauz) si zase pracovníci OSPOD cení možnosti setkávat se s klientem na neutrální půdě, tj. na půdě školy. Kontaktů s dítětem bývá často přítomen výchovný poradce.

„...takže tady ten monitoring byl usnadněný tím, že v podstatě se dá říct, pravidelně i v terénu i kurátor, když navštěvoval školu nebo procházel kolem školy, i cíleně šel za tím dítětem, tak se dá říct, že prostě s ním konzultoval nebo navštěvoval ho.“ (KV40)

• Lékaři

Oznamovací povinnost ukládá zákon o SPO také zdravotnickým zařízením, lékaři jsou tak povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že se jedná o děti, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana dětí.

Zdravotnické zařízení je také povinno při ošetřování úrazu dítěte v případě podezření z týrání dítěte, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o ně zajistit zaznamenání úrazu. Záznam o vzniku úrazu je povinna provést osoba doprovázející dítě, nebo dítě samo, dostavilo-li se k ošetření úrazu bez doprovodu jiné osoby, a je-li to možné s ohledem na jeho věk a rozumovou vyspělost. V záznamu je nutné uvést, jak k úrazu došlo. Jestliže zdravotnické zařízení zjistí, že charakter zranění neodpovídá uvedenému popisu úrazu, musí tuto skutečnost v záznamu uvést. Tento záznam je pak zdravotnické zařízení povinno zaslat obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností.

Stejně jako u škol, je úroveň spolupráce lékařů s OSPOD velmi individuální. Nejčastěji však platí, že lékaři sice poměrně ochotně reagují na přímé dotazy ze strany sociálních pracovníků, ale screening problémových případů či dětí v ohrožení provádějí pouze výjimečně.

V několika kauzách bylo možné identifikovat příklady, kdy lékaři podezření z týrání nenahlásili. V jednom případě šlo dokonce o týrání, jež vyústilo v úmysl postiženého dítěte spáchat sebevraždu.

Sociální pracovníci ze Zlínského kraje zase mají zkušenost, kdy lékař nereagoval ani na opakované urgencye či dokonce odmítl udělat podrobný zápis zranění dítěte v případě podezření na domácí násilí.

„Na žádost městského úřadu umístili do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Předtím byly lékařsky ošetřeny v nemocnici. Byl učiněn popis zranění. Tam, jestli můžu, jsme narazili na problém, že jsme se obrátili na pohotovost. Na pohotovosti nám odmítl ošetřující lékař udělat podrobný popis zranění.“ (Z34)

Ze strany kurátorů pro mládež je zase lékařům vytýkáno, že vystavují omluvenky na jakoukoliv absenci, a to i zpětně.

Dle postřehu jedné respondentky je spolupráce s lékaři většinou na dobré úrovni, pokud se lékař a pracovník OSPOD již delší dobu znají a spolupracovali již na více případech. Problematictější je spolupráce s nemocnicemi, kde se lékaři často střídají a vazba na OSPOD není tak osobní.

• **Organizace státní správy či regionální samosprávy**

Organizace státní správy či regionální samosprávy lze považovat za tzv. vnitřního partnera, jelikož právě obce a obce s rozšířenou působností jsou zodpovědné za agendu SPOD. Finanční zdroje na výkon činnosti tedy vedou jak z MPSV, tak z rozpočtů měst a obcí. Spolupráce s krajskými úřady, obecními úřady a starosty jednotlivých obcí hodnotí sociální pracovníci OSPOD vesměs kladně. Většinou chválí spolupráci s odděleními dávek hmotné nouze a úřady práce. Ze strany krajských úřadů je pak oceňováno poskytování konzultací a projednávání případů. Nejednoznačně je hodnocena spolupráce s obecními a městskými úřady pokud jde o snahu zajistit klientům sociální bydlení. Ve Zlínském kraji si většinou pracovníci OSPOD spolupráci v tomto směru pochvalují. Naopak v Pardubickém kraji byl spíše popisován přístup městských/obecních úřadů slovy jako nezájem a neochota.

• **Policie**

Spolupráce OSPOD s policií má především charakter výměny informací. Státní orgány, mezi nimi i Policie ČR, jsou povinny sdělit bezplatně údaje potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany nebo pro účely rozhodování o vydání pověření, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Orgán sociálně-právní ochrany je naopak povinen poskytnout orgánu činnému v trestním řízení údaje potřebné pro trestní řízení, oznamovat skutečnosti nasvědčující tomu, že byl na dítěti spáchán trestný čin, nebo že dítě bylo použito ke spáchání trestného činu, nebo že dochází k násilí mezi rodiči, jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte a dalšími fyzickými osobami v domácnosti obývané dítětem, nebo že není plněna vyživovací povinnost k dítěti. Sociální pracovníci se pak účastní například u výsledků nezletilého dítěte. Policie může být také přítomna při odebrání dětí z rodiny.

Hodnocení policie není v rozhovorech obsaženo tak často jako např. hodnocení lékařů, psychologů či školských zařízení. Z dat je však možné identifikovat jak příklady dobré spolupráce, tak i její kritiku. Kladné hodnocení se objevilo zejména tam, kde bylo potřeba okamžité pomoci či intervence nebo při zjišťování a vyhodnocování situace v rodině (např. užívání nebo výroba drog).

„Policie, kterou jsme přizvali tady k hodnocení a vůbec k tomu, aby nám učinila nějakou osvětu, tak vlastně nám vycházeli velmi vstřícně (...) Dokonce se stalo, že kolegyně teda vyzvala policistu, aby s ní byl navštívil, aby sám nějakým způsobem, protože s tím má větší zkušenosti než my, by mohl poznat, jestli teda ty drogy se tam vaří, nebo ne.“ (O20)

Pokud jde o kritiku, je poukazováno zejména na nedůslednost/podcenění podnětu, špatné rozhodnutí/vyhodnocení situace, nestandardní postupy a obzvláště na nedostatečnou informovanost pracovníků OSPOD. Tyto nedostatky pak mohou výrazně zasáhnout do řešení případu pracovníkem OSPOD.

Podcenění situace se objevuje v Olomouckém kraji, kdy policie nevyvinula žádnou aktivitu, aby hledala nezvěstného otce s dítětem. Špatné vyhodnocení situace a pravděpodobné neseznámení se s případem se objevilo ve dvou rozhovorech z Olomouckého a Zlínského kraje, kdy policie vrací děti chycené na útěku z ústavního zařízení zpět ke špatnému subjektu (k rodičům namísto dětského domova, do výchovného ústavu namísto do psychiatrické léčebny). Na nestandardní postup při výsledku si zase stěžovala pracovnice OSPOD z Pardubického kraje (výslech zneužívané dívky v přítomnosti matky, o které se ví, že se bojí ostudy a na dívku vyvíjí nátlak, aby zneužívání zapřela). Pracovnice OSPOD ve Zlínském kraji spatřovala jako závažnější pochybení zbytečné trestní stíhání pěstounů - prarodičů chlapce s výchovnými problémy za ohrožování mravního vývoje. Domnívala se, že situaci v rodině zná lépe než Policie ČR a její intervenci vůči prarodičům považovala za zbytečný postup, jen aby si mohla Policie vykázat nějakou aktivitu. Tato aktivita však zásadně ohrožovala klienta v tom směru, že by se ho pěstouni mohli chtít vzdát. (Z8)

K zanedbání oznamovací povinnosti došlo alespoň v jednom případě v každém z krajů.

• Soudy/státní zastupitelství

V řadě případů práci s rodinou podstatně ovlivňuje práce soudů, a to jak z hlediska jejich rozhodnutí ve věcech souvisejících s výkonem sociálně-právní ochrany dětí (umístění dětí do náhradní rodinné péče, rozhodnutí o opatrovnictví, o svěření dítěte do výchovy, podezření z trestných činů směrem k dítěti, určení otcovství, výchovné problémy dítěte atd.), tak z hlediska procesního (vyžádané podklady pro jednání, délka procesu, nutnost účastnit se jednání atd.).

Jsou-li v rozhovorech zdůrazněny problémy ve vztahu k soudům, pak ze strany sociálních pracovníků je nejčastěji negativně hodnocena **zdlouhavost soudních řízení**. Mnohaměsíční i několikaletá soudní řízení se vyskytují často při úpravě výchovných poměrů a výživy nezletilých dětí v případech, kdy se rodiče nejsou s to domluvit. V těchto případech je pak soudní řízení protahováno například opakovaným odvoláváním se jednotlivých stran, odročování jednání z důvodů nepřítomnosti rodiče, nulové spolupráce rodiče při vypracovávání posudků apod. Obecně se soudní řízení prodlužují také z důvodu **čekání na znalecké posudky**. Problémem je zahlcení soudních znalců a jejich časté žádosti o prodlužování lhůt k dodání posudků. I při vědomí těchto nezbytných úkonů připadá sociálním pracovníkům délka soudních řízení dlouhá a jsou toho názoru, že by se měl klást důraz na to, aby se v rámci soudních řízení v zájmu blaha dítěte jednalo pokud možno co nejkratší dobu.

„Kdybych měla teda možnost a pravomoc, tak bych určitě apelovala na to, aby teda soud v zájmu dítěte rozhodl v co nejkratší době a ne aby se vlastně de facto rok se to táhne a ještě není ve věci vůbec rozhodnuto, takže pokud bych

měla tu možnost, tak bych zrychlila práci soudu, i když jsme opakovaně na soud vyzývali, že by bylo teda v zájmu dětí, aby se ty právní vztahy urovnaly a bylo rozhodnuto co nejdříve." (O42)

Dále mezi často uváděné důvody pomalé práce soudů patří také **problémy s místní příslušností soudu** (delegování a postupování spisu). Spisy jsou z místa faktického bydliště postupovány do místa trvalého bydliště, které může být od faktického bydliště a celé „rodinné situace“ značně vzdáleno. Pracovníci OSPOD evidují určitou odtažitost a neochotu soudů, pokud se rodina v místě trvalého bydliště nezdržuje a soud si vyžaduje relevantní zprávy k vynesení rozsudku z místa faktického bydliště rodiny. Navíc se může na rychlosti práce projevit i fakt, že pracovníci OSPOD, kteří mají často o případu největší přehled a jsou se soudci specializovanými na podobné kauzy v častém kontaktu, nemohou u jiného soudu nijak intervenovat.

T: „Jo. V současné době teda, když to shrnu, tak matka je v komunitě. Chlapec je u tety. A vážnou tam vlastně jakoby ty rozhodnutí těch soudů.“

R: „Ano. Delegace, že jo, protože rozhodovala [město A], [město B] a teď jsou na okrese [město C].“ (P15)

Zdlouhavé soudní jednání se ukázalo i v případě rozhodování v pardubické kauze o svěření dítěte do pěstounské péče. Chlapec byl v pěstounské rodině umístěn pouze na základě předběžného opatření. Pracovnice spatřuje příčinu průtahů při vynesení soudního rozsudku pouze v tom, že o věci rozhoduje soud v místě trvalého bydliště chlapce (tj. v místě ústavního zařízení), přestože pro pěstounskou rodinu to znamená mnoho problémů a omezení v každodenním životě (např. zastupování dítěte u lékaře nebo vyřízení cestovního pasu atd.).

Dalším příkladem zdlouhavé práce soudu, který přímo zasahuje do práce OSPOD s klientem, je v narrativech popisované **opakované prodlužování předběžných opatření**. Týká se to zejména návrhů na nařízení ústavní výchovy v případě dětí, které již v ústavní výchově jsou na základě předběžného opatření, a dochází z různých důvodů k oddalování vynesení rozsudku. Pak je nutné předběžné opatření, které trvá po dobu jednoho měsíce od jeho vykonatelnosti, prodlužovat. Setkali jsme se s tím, že předběžná opatření byla opakovaně prodlužována, a to tak, že jejich celková doba v některých případech přesáhla 6 měsíců.¹⁶

„Takže vlastně 2. září bylo vydáno předběžné opatření a v tom květnu, za těch 7, 8 měsíců, no. Potom vlastně bylo jakoby soudní jednání.“ (P29)

Sociální pracovníci vnímají soudní průtahy negativně, neboť to v jistých případech komplikuje jejich vlastní další práci s rodinou a zatěžuje je to časově (připravování podkladů k jednotlivým líčením, účast na soudních jednáních apod.).

Vyjádření pracovníků OSPOD k případu při soudním řízení je **většinou bráno na zřetel** a jejich názor je respektován, ačkoliv toto neplatí výlučně. V každém ze studovaných krajů se objevily případy, kdy soud nerozhodoval zcela podle představ pracovníků OSPOD a nerefletoval tak jejich vyjádření. V několika případech soud volil při rozhodování mírnější, resp. rozvážnější přístup. Konkrétně se jednalo o kauzy, kdy soud dal rodičům, případně nezletilému další šanci. Rozhodnutí soudu pak bylo

¹⁶ Podle § 76 a, zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu, ve znění pozdějších předpisů, lze předběžné opatření opakovaně prodloužit o jeden měsíc tak, aby celková doba trvání předběžného opatření nepřesáhla 6 měsíců. Poté lze dobu trvání předběžného opatření výjimečně prodloužit jen tehdy, nebylo-li z vážných důvodů a objektivních příčin možné v této době skončit důkazní řízení ve věci samé.

většinou spojeno s konkrétními opatřeními v podobě zapojení neziskových organizací a úsilím o sanaci rodiny.

„Celkem proběhly čtyři soudní jednání až od srpna 2009 až poslední byl teda v lednu 2010, kdy hned v tom srpnu teda navrhla paní soudkyně, aby se do sociální práce zapojila i nezisková organizace [název], kterou právě používají v tom [název města], takže vlastně tam začala od září docházet sociální pracovnice, která sepsala s rodiči sanační plán.“ (O46)

(...)

R: „Protože tam se jednu dobu zas začalo trošku více pít, tak jsme podali předběžné opatření v dubnu 2010, ale to nám bylo, to nám nebylo jako, to nám smetli ze stolu (...).“

T: „Můžete říct důvody, proč bylo to vaše předběžné opatření zamítnuto, čím to soud zdůvodnil?“

R: „No, paní soudkyně pouze uložila vlastně rodičům, aby se zdrželi popíjení alkoholických nápojů, no paní soudkyně celou dobu, po celý rok, ona vlastně hned zkraje toho soudního jednání řekla, že není vhodné, aby byly děti v ústavní výchově, především romské děti, že kdyby se vlastně ty děti vytrhly z toho prostředí kde jsou, takže by se pak už neměly z té ústavní výchovy kam vrátit, takže ona celou tu dobu to směřovala na tu práci s tou rodinou, aby se zachovalo to, že ty děti zůstanou v rodině, což se teda nakonec teda podařilo.“ (O46)

„...vlastně v tom březnu sliboval, jak si najde brigádu a od září jak znovu začne chodit do školy atd., a tak mu paní soudkyně dala ještě pár měsíců, aby to mohl dokázat. Takže při tom jednání hned na začátku března mu byla daná šance, aby si našel školu a brigádu a aby matce začal pomáhat vlastně s tou domácností, když tedy nechodí do školy [...] tam soudkyně dobře zareagovala, že ještě hned nenařídila tu ústavní výchovu, že mu dala čas, aby si vlastně odpracoval ty obecně prospěšné práce a měl šanci ještě vlastně, to co slíbil u toho soudu, splnit.“ (KV9)

V několika případech pracovníci OSPOD průběh soudního řízení přímo kritizovali, přičemž kritika směřovala jak k soudcům, tak výjimečně i k dalším zúčastněným osobám (státní zástupce, advokát, svědci). Ačkoliv byly soudy v rozhovorech prezentovány obecně jako respektovaná autorita, vyskytly se i situace, kdy rozhodnutí soudu neodpovídalo přesvědčení sociálního pracovníka. Účast na soudním řízení proto vnímali jako značně stresující. Ve všech studovaných krajích jsme zaznamenali případy, kdy pracovníci považovali rozhodnutí soudu za velké pochybení s konfliktními prvky. Ve Zlínském kraji se např. jednalo o kauzu, kdy soud nereflekoval názor většiny zainteresovaných stran - státního zástupce, opatrovníka i OSPOD, kteří navrhovali dohled probačního úředníka nad nezletilými bratry páchajícími trestnou činností. Soud této žádosti nevyhověl, ačkoliv se ukázalo, že nezletilí měli v budoucnu další vážné výchovné problémy. Příklad se tedy k soudu dostal znovu, kde OSPOD navrhoval nařízení absolvovat pobyt v SVP. Soud však překvapivě nařídil pobyt pouze staršímu chlapci.

„Jediné, co mě tady v tomhleto případě trošku ještě mrzí je to, že prostě soud nerespektoval ten názor těch ostatních jakoby, že my jsme u toho [jméno chlapce] nejprve navrhovali všichni, státní zástupce, já, i vlastně obhájce nebo ten ustanovený opatrovník jsme navrhovali dohled probačního úředníka. Soud rozhodl o tom, že upustí. Kdyby my jsme se odvolali, tak stejně nevím, jaký by to mělo efekt, protože zas by musel rozhodovat odvolací soud, než kdesi cosi, to by se jediné oddálilo to řešení. A jako dostanou, jako mít tam dohled někdy dva roky po spáchání, asi by nemělo ten efekt, který by mít mělo. U toho druhého

řízení pro změnu jsme navrhovali středisko výchovné péče, opět jakoby všichni. A soud rozhodl, že to bude uloženo pouze tomu [jméno chlapce], protože se jedná o druhý jakoby čin jinak trestný. Ale u toho [jméno chlapce], protože ten se toho dopustil poprvé, tak mu bylo upuštěno, ačkoliv tam nebyly vůbec podle mě zohledněny ty další okolnosti. To jeho špatné chování ve škole, i to chování jakoby doma, které nebylo zrovna nejideálnější." (Z36)

Jako konfliktní se jeví i situace, kde soud nerespektoval názory dětí a případných zainteresovaných odborníků. Následující citace ilustruje případ, ve kterém soud nevyhověl přání dítěte zůstat v prostředí pečující osoby.

„Je tam opravdu silný citový pouto, jak mezi těma sourozencema, tak [jméno dítěte] k té polorodé babičce, takže jsme podali návrh na předběžné opatření, aby i [jméno dítěte] byla svěřena do péče tédle své nevlastní babičky a byli sourozenci společně. No a okresní soud v [jméno města] toho předběžné opatření zamítl, takže v současné době tam probíhá odvolání." (O36)

Ve Zlínském kraji jsme se dále setkali se specifickou stížností na organizační zajištění soudních sporů, kdy jsou rušena soudní jednání bez vyrozumění zúčastněných. Tyto situace nejsou v praxi výjimkou a sociální pracovníci je vnímají negativně, protože je zbytečně časově zatěžují.

„...co jsem jezdila třeba k těm soudům, co třeba nebyly, co jsem tam přijela a byl třeba soud na dvě hodiny v pátek a já tam přijedu a nic. Tak jsem se projela. Jedeme z tama tam a pak tam, tak 4 hodiny zabitě a nic se neuskutečnilo. Nikdo nám to nedal včas vědět, protože soudkyně řekla, že třeba večer se jí omluvila některá třeba advokátka. Tak to fakt bylo v sedmi případech." (Z21)

V Karlovarském kraji se zase v rozhovorech projevil zájem pracovníků OSPOD o to, vztahy se soudy rozvíjet; žádoucí by podle nich byla systematictější spolupráce například v rámci případových konferencí. Nadstandardní komunikace se soudy, o které respondenti hovořili, zahrnuje konzultace ohledně procesních náležitostí procesu, ale také podávání dalších informací spojených s případem přímo soudci.

• Probační a mediační služba

Hodnocení probační a mediační služby se objevilo pouze v Pardubickém a Zlínském kraji. Zatímco ve Zlínském kraji je názor na aktivity a přístup probační služby ke klientům hodnocen jednoznačně kladně, v Pardubickém kraji se objevuje ambivalentní hodnocení. Kritizována je zejména nedostatečná provázanost a nesledování společné vize při řešení případu.

5.4.3 Hodnocení spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi (SAS, církevní sociální služby, azylové domy, FOD atd.)

Dalšími subjekty, se kterými OSPOD spolupracuje, jsou **neziskové organizace a občanská sdružení**. Tyto subjekty nabízejí velmi pestrá škála služeb pro své klienty. Nejčastěji využívané služby však jsou služby na podporu sanace rodiny - provázení, vzdělávací služby, právní služby, psychosociální poradenství, volnočasové aktivity, protidrogové poradenství, krizová pomoc atd.

Hodnocení nestátních neziskových organizací bylo většinou orientováno na chybějící spolupráci, tj. jejich dostupnost a personální limity. Hodnocení kvality poskytovaných služeb nebylo respondenty příliš často zmiňováno.

• **Sociálně-aktivizační služby (SAS)**

Sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§ 65 zákona o sociálních službách) jsou poskytovány terénní, popřípadě ambulantní formou rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u něhož existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služby se poskytují bezúplatně a zahrnují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Sociálně-aktivizační služby jsou hodnoceny většinou pozitivně. V každém kraji však nabízí tyto služby většinou rozdílná nezisková organizace. Společné pro všechny kraje je pouze působení FOD.

Spolupráce při sociálně aktivizačních službách s organizací Člověk v tísni, byla zmiňována ve dvou krajích: Karlovarském a Olomouckém. V obou krajích byla spolupráce hodnocena kromě jednoho případu¹⁷ výhradně jako funkční a přínosná. Pracovníci OSPOD oceňovali nejčastěji doučování dětí a terénní sociální práci. Někteří pracovníci dokonce vyjadřovali respekt a ocenění poskytovaných služeb, z výpovědí byla rovněž cítit značná důvěra ve vztahu k ní. Pracovníci OSPOD oceňovali mimo jiné angažovanost (*„...on si vzal auto a objel se mnou ty moje sociálně slabý rodiny...“*), schopnost poskytovat služby dlouhodobě a využití dobrovolníků.

„...jestli mi fakt někdo a něco pomáhá, jsou to oni, chodí do těch rodin...včera mi volal pan [jméno] a říká, že tam má plíseň a toleto - a oni to s ním sepíšíou, dají to v kopii na stavební, na životní, že je tam žumpa neodpovídající, dají to na IKOM, oni fakt udělají mraky práce.“ (KV11)

Pomineme-li dostupnost a personální zajištění NNO, jednoznačně pozitivní byla i zkušenost s působením SAS v rámci církevních sociálních služeb poskytovaných ve Zlínském kraji.

Značně ambivalentní hodnocení se objevilo u jedné nejmenované neziskové organizace poskytující sociálně-aktivizační služby a terénní služby. Dva OSPOD v kraji se vyjádřily, že mají s neziskovou organizací opakovaně špatné zkušenosti. Důvodem byl zejména fakt, že nezisková organizace s OSPOD nespolupracovala na stanovování cílů a nesdílí s ním plán péče. Zásadní kritika se týkala i toho, že nezisková organizace odmítala OSPOD informovat o své práci s klientem a krocích učiněných v případě. Ve stejném kraji měli pracovníci podobné problémy i s jinými neziskovými organizacemi.

• **Fond ohrožených dětí (FOD)**

Fond ohrožených dětí nabízí klientům nejen sociálně-aktivizační služby, ale v rámci kraje většinou i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Ve všech krajích jsou s prací FOD sociální pracovníci OSPOD spokojeni, a to ve všech směrech jeho činnosti. Pracovníci vyzdvihovali zejména dobrou úroveň vzájemné spolupráce a pomoci klientům, kvalitu odváděné práce, ochotu, podávání podrobných písemných zpráv o případech, v nichž FOD intervnuje (např. v podobě asistence rodině při

¹⁷ služby vnímány jako málo aktivační

realizaci styku mezi znesvářenými rodiči a dítětem; „*musím vyzvednout práci toho Fondu, skutečně ty práce nebo ty zprávy byly fakt dost dopodrobna popisovány ty skutečnosti, jak se chovala matka, jak se choval otec*“ (O16)), či finanční podporu rodinám v podobě úhrady nákupů potravin.

- **Azylové domy**

Hodnocení práce azylových domů je v rozhovorech obsaženo zejména ve spojitosti s ochotou a angažovaností azylového domu informovat OSPOD o situaci klienta a dále s nabídkou sociálně-aktivizačních služeb. V několika případech se objevila intervence azylového domu v rámci SAS i u klientů, kteří již azylový dům opustili. Naopak negativně vnímali pracovníci OSPOD, pokud azylový dům neposkytoval adekvátní kvalitu služeb, které by z hlediska jejich klientů byly vhodné či nezbytné, např. pokud se činnost zařízení omezí jen na řešení problémů technického rázu bydlení.

„...kde byl jakože Dům na půli cesty¹⁸, ale byla to de facto ubytovna, kde byl správce, ale správce se staral o zdi a o kotel, ale ne o sociální práci nebo o něco takovýho.“ (O24)

V jednom případě v Olomouckém kraji dokonce jednal azylový dům bez ohledu na potřeby samotných klientů (azylové zařízení neschválilo pobyt sourozenců společně s bratrem v situaci, kdy rodiče byli momentálně ve výkonu trestu, v důsledku toho bylo šest dětí umístěno v nevyhovujících podmínkách u příbuzných).

„Bylo nám přislíbeno, že se bude jednat s vedoucím toho azylového domu, který vlastně tady toto řešení odmítl, který prostě nám sdělil, že ukončí teda pobyt a že takto prostě to nechce řešit.“ (O23)

5.4.4 Hodnocení spolupráce s podpůrnými poradenskými službami (RMP, SVP, PPP, psychologové)

Na rozdíl od neziskových organizací, v hodnocení zavedených poradenských a podpůrných služeb (Rodinné a manželské poradny, Střediska výchovné péče, Speciální pedagogická centra, Pedagogicko psychologické poradny) panovala mezi pracovníky OSPOD větší shoda, kdy povětšinou byli s jejich službami, kvalitou práce a vzájemnou spoluprací spokojeni. Časté jsou opět výtky související s kapacitou nabízených služeb.

- **Psychologové/psychiatři**

Psychologové a částečně i psychiatři jsou pravděpodobně nejčastěji využívaní specialisté ze strany OSPOD. Pokud jde o hodnocení spolupráce s psychology, objevovaly se tři základní nosné aspekty kritiky práce těchto specialistů:

¹⁸ Domy na půli cesty poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

a) nepodávání informací OSPOD

Terapeutická práce je nezřídka důležitou součástí celkové práce s rodinou a může být i podmínkou pro setrvání dítěte v rodině. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby byl OSPOD informován nejen o výsledcích práce, ale také například o případném přerušení terapie ze strany klienta. Specialisté však v tomto směru nejsou příliš důslední a v jednom případě v Pardubickém kraji dokonce odmítli OSPOD vypracovat písemnou zprávu z důvodu nedostatku času.

b) chybějící komplexní práce s rodinou

Ve stávající nabídce psychologických služeb převládá orientace na individuální psychoterapii, rodinná terapie zaměřená na práci s celým rodinným systémem, která by v kauzách řešených OSPOD mnohdy byla vhodnější, potřebnější a efektivnější, je v rámci regionu často nedostupná. Tato výtka zaznívala ve výpovědích respondentů opakovaně. Potřeba pracovat s celou rodinou, nebo alespoň rodičovským párem, se jeví jako aktuální zejména ve vyhocených, táhlých rozvodových kauzách. Dostupní odborníci však většinou pracují pouze s jednou ze stran, aniž by přizvali druhého partnera, byť k párové terapii či jen sezení, které by mohlo přispět k šetrnějšímu průběhu rozchodu. Jako palčivý tento problém vnímala pracovnice OSPOD také u rodin zasažených domácím násilím, kde byla intenzivní rodinná terapie nutností.

T: „A oni ti rodiče chodili každý zvlášť, oni nebyli nikdy společně na nějaké mediaci nebo...“

R: „Na mediaci nebyli, ale z naší strany jim byly domluveny společné konzultace u těch svých, jejich psychologů, že ten otec chodil k té svojí psycholožce a byly tam domluvené konzultace i s tou matkou. A u toho druhého. Ale tam to proběhlo taky jenom párkrát a jako myslím si, že když tam jdou rodiče 3x, takže to není nějaká dlouhodobá rodinná terapie. Jako to je prostě, jako v rodině, kde probíhá, proběhlo takové docela hodně drsné domácí násilí, tak si myslím, že na té rodině nebo v té rodině se musí pracovat hodně dlouho, aby prostě se to nějakým způsobem zklidnilo. A aby si to tak jako i sami v sobě srovnali. Ale jako ti odborníci, jako byli jsme z toho docela zklamaní a ještě navíc jsme to museli všechno domlouvat my, že jako ty odborníky to samotné nenapadlo, aby se mezi sebou spojili, kontaktovali a aby si to řekli, aby to spolu prostě prokonzultovali, co a jak. Každý navíc řekne tomu rodiči něco jiného ze svého pohledu, takže tam to bylo jako tehdy docela složité.“ (Z33)

Opomenutý aktér byl zmíněn i v případě terapeutické práce se sourozenci, kde by situace dozajista vyžadovala konfrontaci a společnou terapii.

c) problematická nestrannost v rozvodových kauzách

Za další nedostatek v souvislosti s prací psychologů považovali sociální pracovníci OSPOD jejich problematickou nestrannost v rozvodových kauzách, která nepřímo pramenila z výše uvedeného soustředění se na jednu osobu v rodině. Vyjádření odborníka bylo totiž často bráno na zřetel v soudních sporech o stanovení osob zodpovědných za výchovu a výživu nezaopatřených dětí. Potom může mít neznalost rodinného systému závažné důsledky.

„Ale dochází tam pouze matka s dítětem, takže my se domníváme v této fázi, že psycholožka je vyloženě na straně matky a už není schopná objektivně to posoudit, protože na otce si na začátku někdy udělala nějaký obrázek a nepřipouští, že by to mohlo být nějak jinak.“ (Z49)

- **Rodinné a manželské poradny (RMP)**

Hodnocení rodinných a manželských poraden nebylo v rozhovorech příliš obsaženo a je pravděpodobné, že se částečně vyskytovalo v hodnocení práce psychologů, kteří v RMP působili. V Pardubickém kraji byl v případě RMP oceňován především komplexní přístup ke klientovi a flexibilní práce s klienty včetně bezproblémového okamžitého přijetí klienta. V jednom případě se objevila stížnost na neinformovanost o průběhu práce s klientem. V Karlovarském a ve Zlínském kraji se naopak objevily požadavky na komplexnější přístup k práci s rodinou. Jedna respondentka ze Zlínského kraje zase uvedla, že raději svým klientům doporučuje RMP v krajském městě, jelikož tam působí lepší specialisté než v RMP v místě působnosti daného OSPOD.

- **Střediska výchovné péče (SVP)**

SVP představují významného partnera zejména při řešení problémů spojených s poruchami chování dítěte; poskytují ambulantní i pobytové služby. V případě SVP se opět jeví jako naléhavé, a to ve všech krajích, rozšíření kapacit a lepší finanční a prostorová dostupnost. Pokud jde o odbornou způsobilost pracovníků působících v SVP, pak se setkáváme s převážně kladným hodnocením. Respondenti v Pardubickém kraji poukazují na dobrou vzájemnou provázanost při stanovování strategie a cílů při řešení případů. Ve Zlínském kraji pracovníci OSPOD pozitivně vnímali skutečnost, že se mohou spolehnout na expertní úsudek zaměstnanců SVP.

„V podstatě trošičku jsme měli problém samozřejmě se spoluprací, se střediskem výchovné péče, které využíváme hodně, jako kurátoři ho využíváme v podstatě nejvíc. Odborníci, kteří tam pracují, jsou výborní, ta spolupráce s nima je velice dobrá. Jediný problém vidíme teda v tom, že skutečně za prvé je malá kapacita SVP, kdy pokud potřebujeme to dítě umístit akutně, tak prostě většinou to místo není. Stejně to bylo i v případě tady nezletilého. A to platí vlastně i o těch ambulantních návštěvách, protože my jsme vlastně potřebovali, aby ten odborník s tím nezletilým pracoval intenzivně a často. A jelikož samozřejmě ta kapacita je nedostačující.“ (Z50)

Z výpovědi respondentky ve Zlínském kraji se navíc dozvídáme, že se SVP v obvodu aktivně zapojuje jak v komisích SPOD, tak podává informace OSPOD.

„Musím říct, že opravdu, co se týká toho střediska výchovné péče, tak tady nebyl vůbec žádný problém. Opravdu tam to vypadalo velice dobře a velice slibně. S nima máme opravdu velmi dobrou zkušenost. Konzultujeme tady tento případ vlastně i v rámci komise sociálně-právní ochrany dětí... Tady toto všechno bylo konzultované, vždycky nám všichni vyšli vstříc tady v konzultacích.“ (Z27)

Zajímavé je, že jiná respondentka z totožného OSPOD ke stejnému tématu dodává, že spolupráce je sice na velmi dobré úrovni, ale pracovníci se často bojí dát některá důležitá prohlášení oficiálně, a to z důvodu možné agrese ze strany klienta a odsouzení ze strany jeho blízkého okolí. Tento problém je dle respondentky spojen s působností na malém neanonymním městě (srovnej „Hodnocení škol“).

„Takže tam je něco do telefonu, že člověk třeba neoficiálně ví, že... Ale je těžké je někdy přesvědčit - ale já potřebuju do té zprávy k tomu soudnímu jednání o nařízení ústavní výchovy pro tu zprávu to mít prostě černé na bílém. - Ano, chápu, že jste sousedi z obce, ale... Jo? Že se může vybit, svou agresi, vztek, hněv, k sousedce přes dveře, protože samozřejmě ty lidi to neoddělí.“ (Z24)

- **Pedagogicko psychologická poradna (PPP)**

Hodnocení PPP se objevilo pouze v případě Pardubického kraje, a bylo velmi podobné hodnocení SVP. PPP je dle vyjádření respondentů většinou dostatečně angažovaná v případě, podílí se na tvorbě strategie řešení a konzultuje s OSPOD jednotlivé kroky.

5.4.5 Hodnocení spolupráce se zařízeními pro výkon ústavní výchovy (diagnostické ústavy, dětské domovy, kojenecké ústavy atd.)

Ačkoliv byla spolupráce s ústavními zařízeními většinou hodnocena kladně, v kazuistikách jsme zaznamenali i několik případů, kdy respondent přístup ústavního zařízení k problému klienta kritizoval a uvítal by jeho změnu.

V jednom případě poukazovala pracovnice OSPOD na absolutní vynechání OSPOD z informací o útěcích klienta z diagnostického ústavu. *„My jsme jako místně příslušný OSPOD neobdrželi ani jedno oznámení o útěku a návratu dítěte. Ani jedno. S konstatováním sociální pracovnice, že on utíká furt. Nehledě na to, že do těchto problémů i s ohledně jinýma dětma se dostávám neustále, kdy mi bylo řečeno, že oni tohle nedělají.“* (Z30) Navíc při návratu klienta z ochranné výchovy do diagnostického ústavu tento ústav nekonzultuje s OSPOD další strategii a pracuje s klientem pouze na základě svého uvážení. Dle názoru sociální pracovnice ovšem v neprospěch věci. Pracovnice upozorňovala i na fakt, že kvůli nedůsledné informovanosti zúčastněných složek dochází i k chaotickým situacím, kdy byl klient převážen do jiného ústavního zařízení, které ovšem o této věci nebylo předem informováno.

Další kritika zazněla v případě kauzy dvou sourozenců umístěných odděleně do dětských domovů, kvůli problematickému chování chlapce. Ten strhával svou sestru k útěkům z ústavního zařízení. Sourozenci však na sebe byli citově fixováni a pracovnice OSPOD se domnívala, že by měli být alespoň v částečném kontaktu. Podporovala by jejich vzájemné návštěvy. Ze strany dětského domova, kde byla umístěna dívka, k tomu však byla velká neochota a nevole, z důvodu problematického chování bratra (Z24).

Do konfliktu s ústavním zařízením se dostala i pracovnice OSPOD, která vyžadovala pro své klienty (bratry), kteří si prošli traumatizujícím týráním, terapii pod vedením odborníka - psychologa. Psycholog však nebyl k dispozici ani externě a s chlapci pracoval pouze etoped. Poté, co byli chlapci na základě diagnostiky umístěni každý do jiného dětského domova, byla doporučena jejich společná terapie, která se však z důvodu neochoty jednoho z DD neuskutečnila a s chlapci se pracovalo s každým zvlášť, což pracovnice OSPOD v této kauze hodnotila jako funkční (Z34).

Je patrné, že nadstandardní úkony, jakými jsou např. převážení klientů či úkony, které mohou narušit řád a režim ústavního zařízení, mohou ztroskotat na nepochopení vedení.

5.5 Absence spolupráce s externími subjekty z důvodu neochoty rodin spolupracovat

Z rozhovorů s pracovníky OSPOD vyplývá, že průběh práce s rodinou ohroženého dítěte do značné míry ovlivňují charakteristiky dané rodiny - zejména životní situace, v níž se nachází, povaha problému a přístup k jeho řešení. Pracovníci OSPOD pokládají za nejdůležitější faktory, které ovlivňují jejich práci s rodinou, postoj členů rodiny k problému a jejich ochotu spolupracovat na jeho řešení nejen s OSPOD, ale také s dalšími organizacemi. Rodina je tedy nejen objektem, ale především významným aktérem v procesu péče o ohrožené dítě. Spolupráce s OSPOD do značné míry souvisí rovněž se vztahem, jenž se v průběhu řešení případu vyvíjí mezi členy rodiny a sociálním pracovníkem.

Případů, kdy rodina **není ochotna spolupracovat** s externími subjekty, je v datech **poměrně mnoho**. Nespolečnost klientů se odvíjí jak od charakteru klientů, se kterými sociální pracovníci pracují (drogově závislí, klienti s různými patologiemi, obtížně dosažitelní klienti, jako jsou rodiče, kteří často mění místo pobytu, nebo bezdomovci a osoby, jejichž místo pobytu není známo apod.), tak od typu jednotlivých kauz. Odmítání účasti na doporučovaných odborných službách, které jsou součástí navrhovaného postupu při řešení obtížné životní situace rodiny, může souviset i s omezenou dostupností doporučovaných služeb (finanční, prostorovou, časovou - viz kapitola „Chybějící externí spolupráce“). Skutečným viníkem je však spíše malá motivovanost klientů a nezájem spolupracovat s dalšími organizacemi.

Klienti volí často různé typy **únikových strategií**, jak se spolupráci vyhnout, nejčastější z nich je ignorování termínů domluvených setkání. Poměrně propracovanější strategie mají osoby drogově či jinak závislé. V jejich případech se navíc objevuje manipulace s fakty, podávání nepravdivých informací.

„Já jsem zapoměla dokonce říct, že matka měla se synem navštívit speciální pedagogické centrum [název města]. To byl požadavek ještě školy [název města]. Opakovaně. Oni je tam i objednali. Nedostavila se bez omluvy, stejně tak doporučení školy i naše, navštěvovat třeba nebo navštívit dětského psychiatra [jméno doktora] ve [název města]. Taky. Jo?!“ (Z30)

Nejčastěji bývá **neochota spolupracovat** s externími organizacemi zmiňována **v souvislosti s rozvodovými kauzami a problémovým chováním dětí**. Jedná se tedy zejména o poradenské služby navázané na rodinnou a manželskou poradnu, služby psychologa a o ambulantní i pobytové terapie v SVP. Zapojení SAS se v tomto směru ukazuje jako problematické v relativně menším množství případů. Sociálně-slabé rodiny či rodiny zanedbávající péči o dítě většinou tento typ externí spolupráce výslovně neodmítají. Rozdíl může být způsoben jak terénním charakterem sociálně-aktivizačních služeb, kdy klient nemusí vyvinout výraznější aktivitu a za službou sám docházet, neboť je poskytována přímo v jeho domácnosti, tak i charakterem problému, kdy často nad rodinami vyžadujícími pomoc SAS visí hrozba odebrání dětí z rodiny a jejich motivace spolupracovat může být proto silnější.

Respondenti intervenující v rozvodových kauzách si velmi často stěžovali na naprostou neochotu rodin podrobit se terapii, absolvovat poradenství či využít mediace v rámci zlepšení vztahů a dosažení lepší domluvy v řízení o výchově a výživě dítěte a úpravě styku.

„...nicméně závěr z té mediace, která ani nebyla dokončena zase vinou matky, která hledala a obstruovala tady tyhle úkony, to dospělo tak daleko, že k žádné

dohodě nedošlo." (O16)

„...., já jsem jim tam několikrát navrhovala manželskou poradnu, ale v podstatě oni to nechtěli přijmout, protože oni už v tu dobu, kdy ten spis jsem dostala, tak už měli více než nakročeno k rozvodu, takže oni nechtěli nic řešit. Takže oni ani tak nějak ty mezilidské vztahy tady touto formou řešit nechtěli, protože měl každý svůj pravdu a odmítli tady to." (Z10)

Neochota rodičů spolupracovat s externími organizacemi v případě výchovných problémů dětí je často způsobená tím, že si rodiče problém svého syna/dcery nepřipouštějí. OSPOD však v naprosté většině tohoto typu kauz nechával podpůrnou pomoc orientovanou na dítě pouze na odpovědnosti rodičů (bez využití možnosti uložit rodičům tuto povinnost v souladu s § 12 zákona o SPO - viz níže). V mnoha případech tedy odborná pomoc (zejména ambulantní a pobytové terapie v SVP) při výchovných problémech dětí nebyla využita.

„Se školou jsme začali spolupracovat, jevílo se tam jako vhodné umístit chlapce do střediska výchovné péče. Bohužel matka zpočátku nespolečně pracovala, neměla zájem, byla taková nekritická. Řekla bych, že je hodně taková jako laxní. Do všeho se musí nechat popohnat." (Z37)

Nezodpovědnost rodičů při snaze napravit výchovné problémy dítěte pramení celkově z jejich slabých výchovných schopností. Výchovné problémy dětí mají často původ ve špatném rodinném prostředí. Rodiče, kteří zpravidla nejsou schopni si tuto kauzalitu uvědomit, pak ani nejsou schopni pracovat sami na sobě a řešit tak skutečnou příčinu problémů dítěte. V důsledku jejich přístupu se žádoucí externí pomoci nedostane ani dítěti, ale logicky ani jim samotným.

T: „Myslíte si, že by šly vyřešit ještě nějaké podpůrné služby tady v tom případě?“

R: „Určitě by mě napadly nějaké, které by tam byly fajn, ale myslím si, že ty rodiče na to nepřistoupí, že prostě oni neřeší to, že mají problém spolu. Oni řeší to, že [jméno dítěte] má problém. A že si s ní neví rady teďka." (Z25)

Poměrně specifický důvod neochoty spolupracovat s externími subjekty se ukazuje u **pěstounských rodin**. Pěstouni mají totiž pocit, že kdyby připustili spolupráci s externím subjektem, byl by to důkaz, že sami v roli pěstouna zklamali a případně by mohlo dojít k odebrání dítěte. Příkladem, který tento postoj dobře ilustruje, je případ tety pečující o svého zdravotně postiženého synovce. Teta, ačkoliv značně vyčerpaná, odmítá jakékoliv odlehčovací služby. Poté, co se zhroutí a má problémy v osobním životě, se pěstounské péče vzdává.

„Takže ona odmítala jakoukoliv pomoc s tím, že když jsem jí třeba navrhla to, že bych jí zajistila, že už to mám předjednané, ten pobyt buď v internátní škole nebo ve stacionáři, tak já to řeknu doslova, já budu citovat, co řekla - tak blbou řeč ona v životě neslyšela, mně se to dobře vykládá, ona má ekonomickou školu, ona by práci sociální pracovnice zvládla levou zadní, ona si sem klidně půjde sednout na moje místo a ona [jméno dítěte] do žádného ústavu nedá, protože by ho tam nafetovali a udělali by z něho debila. Snažila jsem se jí vysvětlit, že to vůbec není takto myšlené, že je to myšlené pro dobro jeho, protože tam bude mít péči, kterou třeba ona s ohledem na to, že není zdravotník, mu nedokáže poskytnout. A taky s ohledem na ní, aby si odpočinula, aby se trošičku dala do formy. Nechtěla, odmítala." (Z20)

Neochota rodičů ohroženého dítěte ke spolupráci při řešení problému představuje pro **pracovníky OSPOD významnou bariéru v jejich práci**. Přivítali by proto větší možnosti přimět rodinu ke spolupráci.

„... já bych to nazval nějakou větší pákou, mít nějakou větší pravomoc na toho rodiče, když teda absolutně v tomto případě odmítá spolupracovat [...] my tam pošleme předvolánku a tím to končí. A pořádková pokuta pro ně, když je to sociální případ, to je absolutně směšné.“ (KV1)

Jistou možnost představuje § 12 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který stanoví, že obecní úřad obce s rozšířenou působností může uložit rodičům povinnost využít pomoc odborného poradenského zařízení, pokud rodiče nezajistili dítěti odbornou pomoc, ačkoliv dítě takovou pomoc nezbytně potřebuje a obecní úřad obce s rozšířenou působností takovou pomoc dítěti předtím doporučil. Obecní úřad obce s rozšířenou působností může tuto povinnost uložit i osobám odpovědným za výchovu dítěte.¹⁹ Správní řízení by v tomto případě nemělo být příliš složité. Jak je však patrné z poslední uvedené citace, pracovníci OSPOD jsou si dobře vědomi toho, že v případě nařízení využívat odbornou pomoc je problémem především výkon rozhodnutí, jelikož finanční sankce v případě neuposlechnutí nemusí být pro již často zadlužené rodiny, na které je nařízena exekuce, dostatečným motivačním činitelem.

„Pracovník neví, co by udělal jinak ...možná, pokud by byl proces správního řízení jednodušší, tak by nařídil povinnost navštívit manželskou poradnu a nenechával by pouze na dobrovolnosti matky (služba v té době existovala, ale rodina ji spíše nevyužívala).“ (P27)

Z výše popsaného je tedy zřejmé, že se vyplatí vyvinout úsilí a volit takové strategie, které vedou k dobrovolné spolupráci rodiny s externím subjektem, a to i z toho důvodu, že pracovníci OSPOD nechtějí přistupovat na represivní způsob práce, pokud mají s klientem vztah založený na důvěře. Hned v několika případech totiž klient aktivně spolupracoval s pracovníkem OSPOD a měl k němu důvěru a zároveň striktně odmítal vstup dalšího subjektu do rodiny.

R: „No mně vysvětlovala vždycky, že si to třeba zapomněla poznamenat do kalendáře, nebo že na to zapomněla nebo že něco. No. Ale když jsem naposled teda s panem z [jméno neziskové organizace] jsme se domluvili, že teda už poslední šance, protože taky asi nemůžou, tak jsme se domluvili, že ten kontakt na pána předám jí, paní, mamince já a že ona si ho kontaktuje. A nekontaktovala.“

T: „A nezkoušeli jste, že byste třeba u té schůzky prvotní byli s ní?“

R: „To jsme vždycky. Vždycky jsme tam čekali ve dvou. Úplně původně se domlouvalo, že tam přídeme, jako přímo do rodiny. Takže jsme byli tam doma a nazastihli jsme je. Když jsem volala paní, tak říkala - já, že jsou zrovna pryč, že na to zapomněli. A tak jsme domluvili jinou schůzku. Pán se mě ptal z té [jméno neziskové organizace], jestli to třeba nemohlo být tím, že nechtěla, abychom přišli do té rodiny.“ (P12)

¹⁹ O sporadickém využívání výše zmíněného zákona svědčí i statistiky, kdy v celé České republice byla v roce 2009 nařízena odborná pomoc orgánem sociálně-právní ochrany dětí pouze v 64 případech (sloučení klienti-děti a osoby odpovědné za výchovu dítěte). Toto číslo se zdá být extrémně nízké vzhledem k četnosti situací popsaných v kazuistikách, kdy klienti a jejich rodiny nebyli ochotni s externím subjektem spolupracovat.

V kauzách se objevuje velká rozmanitost v přístupu k motivaci klienta, aby navázal spolupráci s příslušnými externími subjekty. Objevuje se jak velmi silná angažovanost sociálního pracovníka, který se snaží klienta intenzivně motivovat, aby spolupráci s externími organizacemi navázal (opakované doporučování, doprovázení klienta, urgencye apod.), tak i případy, kdy jsme svědky toho, že pracovník OSPOD na spolupráci klienta s externím subjektem rezignoval. Za nejčastější však lze označit aktivitu, která má pouze formu doporučení „*Spolupráce s matkou byla obtížná. Na naše doporučení, aby vyhledala pomoc psychologa a psychiatra nereagovala...*“ (Z34). Ve většině případů se totiž pracovník OSPOD např. nepokusil klienta na sezení doprovodit, či mu výslovně připomenout, že má s externím subjektem smlouvanou schůzku. Jak jsme ale mohli sledovat z vývoje těchto případů, pouhé „doporučování“ je zpravidla naprosto nedostačující a klienti s doporučovanou službou naváží kontakt pouze zřídka.

5.6 Shrnutí

- Mezi jednotlivými studovanými kraji je z rozhovorů patrná variabilita jak v dostupnosti konkrétních služeb, tak v typu jejich poskytovatelů.
- Externí služby jsou pracovníky OSPOD považovány za velmi užitečné a potřebné a jsou zapojovány i z důvodů pracovního odlehčení (s ohledem na nedostatek času pracovníků OSPOD na terénní práci v souvislosti s jejich přetížením v důsledku nadměrného počtu řešených kauz), redukce jejich nejistoty a legitimizace jejich rozhodnutí.
- Naopak, případné důvody na straně pracovníků OSPOD, které vedou k absenci externích služeb, lze hledat v jejich malé znalosti sítě podpůrných služeb a jejího fungování, což výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb i volbu intervencí při řešení problémů rodin, kde je ohrožena výchova a vývoj dítěte. Dále jsou to obavy sociálních pracovníků ze zapojení služeb, konkrétně že externí organizace bude negativně zasahovat do samotné práce OSPOD, obavy z narušení důvěry mezi pracovníkem OSPOD a klientem, obavy z přenášení kompetencí externích organizací na pracovníky OSPOD a osobní předsudky.
- Výzkum ukázal zhoršenou dostupnost odborných a podpůrných služeb ve všech sledovaných regionech. Služby jsou buď úplně nedostupné, nebo značně přetížené. Byly tedy identifikovány prostorové, časové a finanční bariéry dostupnosti služeb. Pracovníci OSPOD v této souvislosti poukazují na to, že jednou z příčin vyšší míry umístování dětí do ústavní péče je právě snížená dostupnost či úplná absence odborných a podpůrných služeb.
- Pokud jde o nedostatkové externí služby, nejvíce pracovníci OSPOD pociťovali absenci mediačních služeb a terénních sociálně-aktivizačních služeb a osobní asistence. Dále spatřovali jako tristní naprostou nedostupnost sociálního a cenově dostupného bydlení. Z odborníků - specialistů pak postrádali zejména psychology a dětské psychiatry. Respondentům také chyběly služby, které by se více zaměřovaly na partnerské vztahy a komplexní práci s celým rodinným systémem formou rodinné terapie. Ve všech krajích byly rovněž kritizovány nedostatečné kapacity SVP (dlouhé čekací lhůty), a tudíž špatná možnost okamžité reakce na problémy klientů.
- Pracovníci jsou s kvalitou služeb nabízených externími subjekty většinou spokojeni. Pokud byl nějaký aspekt práce negativně hodnocen, pak zejména nepropojenost služeb v přístupu ke klientovi. Dále byla externím subjektům vytýkána absence komplexního přístupu ke klientovi a vzájemná neinformovanost a rozdílné pracovní

cíle zainteresovaných subjektů, to platí zejména pro NNO. Spolupráce mezi subjekty, které vstupují do řešení problému, mají spíše nahodilý charakter a chybí snaha o systematický postup při řešení případu.

- Pracovníci OSPOD, ač se v některých případech snažili o naplňování role koordinátora případové práce, nebyli z důvodu rezistence externích subjektů většinou úspěšní. Vzájemná spolupráce byla na lepší úrovni zejména v případě zdravotnických a školských zařízení.
- Školským zařízením, policii a lékařům je vytýkán zejména laxní přístup při vyhledávání a informování o rizikových případech dětí, na které se zaměřuje SPOD. Vyžádané zprávy jsou většinou jak lékaři, tak školská zařízení ochotny podávat bez větších problémů.
- Hodnocení neziskových organizací poskytujících SAS je ambivalentní. Většinou jsme se však setkali s kladným hodnocením a oceněním jejich angažovanosti. Pouze jedna nezisková organizace zaměřená na tyto služby byla opakovaně kritizována. O spolupráci s poradenskými a podpůrnými službami (RMP, SVP, SPC, PPP) panuje mezi respondenty větší shoda a pracovníci jsou zpravidla s jejich službami, kvalitou odborného zázemí a vzájemnou spoluprací spokojeni, stěžují si pouze na jejich přetížené kapacity. Služby FOD byly napříč všemi kraji hodnoceny jednoznačně pozitivně.
- Hodnocení práce soudů je napříč kazuistikami rovněž nejednotné, ačkoliv obecně jsou soudy vnímány jako autorita. Soudům je vytýkána zejména zdlouhavá práce, a to obzvláště v případech, kdy se případem zabývá místně nepřislušný soud a spis se musí delegovat. Práce soudu vázne i z důvodu nedostatečných personálních kapacit z okruhu soudních znalců. Soudní rozhodnutí je většinou respektováno. V případě, že soud nereflektuje vyjádření pracovníka OSPOD, však může dojít ke stresovým a konfliktním situacím. Z dalšího vývoje případu se zdá, že některá uvážlivější rozhodnutí soudu byla ku prospěchu klienta. Objevují se však i případy, kdy pravděpodobně došlo k pochybení.
- Případové konference se vyskytují ve všech krajích pouze sporadicky. V několika kauzách byly svolány až na základě opakovaných stížností klienta na OSPOD.
- Nepochota klientů spolupracovat s externími organizacemi je poměrně častá a představuje pro pracovníky OSPOD při řešení případu významnou překážku v jejich práci. Přivítali by proto větší možnosti přimět rodinu ke spolupráci. Na druhou stranu ne vždy lze označit snahu pracovníků motivovat klienty ke spolupráci s externími subjekty za dostačující.

6. Náhradní rodinná péče - dítě v péči širší rodiny

Jedním z hlavních cílů transformace systému péče o ohrožené děti je snížení počtu dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče. Zákon ukládá pracovníkům OSPOD upřednostňovat možnost umístění dítěte do náhradní rodinné péče před jeho umístěním do ústavní výchovy, což vychází z principů moderního pojetí péče o dítě, které jsou založeny na přesvědčení, že jakákoliv péče o dítě v prostředí alespoň částečně odpovídajícím rodině má na jeho vývoj podstatně pozitivnější vliv než výchova v ústavním zařízení. Proto je povinností sociálních pracovníků působících v oblasti péče o dítě v případech, kdy je dítě umísťováno mimo biologickou rodinu, nejdříve zvážit veškeré možnosti náhradní rodinné péče o toto dítě a v případě, kdy je možno náhradní rodinnou péči realizovat, tak ji upřednostnit před péčí ústavní. Podle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, je možné rozdělit formy náhradní péče o dítě odpovídající charakteristikám rodinné výchovy na: 1) svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče, 2) pěstounská péče, 3) poručenství, pokud poručník o dítě osobně pečuje a 4) osvojení (adopce). Některé z forem náhradní rodinné péče se pak v průběhu vývoje případů dětí umístěných mimo biologickou rodinu mohou vzájemně doplňovat nebo měnit (např. péče o dítě v širší rodině přechází na péči pěstounskou v rámci rodiny, případně dítě v pěstounské či rodinné péči může být v průběhu osvojeno apod.).

K dosažení stanoveného cíle (snížení počtu dětí v ústavní péči) má dle NAP přispět především posílení preventivní složky práce s ohroženým dítětem a rodinou, rozvoj podpůrných služeb pro ohrožené dítě a rodinu i navýšení počtu kvalifikovaných pracovníků. Neméně podstatným faktorem je hledání a nalézání ochranných faktorů v rámci širší rodiny, ve které dítě může i nadále setrvávat při zachování většiny vazeb a vztahů v rodině, a možnosti neopouštět rodinné výchovné prostředí. Právě vztahy k příbuzným a sociální prostředí, ve kterém jedinec žije, patří k faktorům, které přispívají k ochraně před vlivem stresujících událostí (Matoušek, Pazlarová, 2010).

V rámci konceptů věnujících se hodnocení rodiny je jedním z významných proudů přístup orientovaný na **nezdolnost** (*resiliency-based approach*, dle Matoušek, Pazlarová 2010). Pojem nezdolnost zde reprezentuje proces umožňující lidem vyrovnat se se strádáním, nepříznivými životními podmínkami i prožitými traumaty tak, že jsou ve výsledku schopni sociálního fungování. Klíčovým krokem při používání tohoto přístupu v sociální práci a poradenství je hodnocení rizikových a ochranných faktorů a jejich interakce, potenciálních zdrojů a zdrojů nezdolnosti v rodině včetně identifikace překážek, které by mohly bránit v přístupu rodiny k těmto zdrojům. Takovýto přístup výrazně posiluje postavení rodiny a umožňuje nejen řešit současný problém, ale napomůže lepší přípravě na řešení případných budoucích problémů (Van Hook, 2008).

Vztahy k příbuzným, silné citové vazby a fungující příbuzenské vazby patří právě do skupiny ochranných faktorů, které lze při vhodné práci se členy rodiny využít ke stabilizaci i zlepšení situace ohroženého dítěte a celé rodiny. Je tedy nutné hodnotit rizikové a protektivní faktory nejen v nukleární rodině, ale také v rámci širší rodiny, kterou je často možné zapojit do výběru vhodných způsobů intervence.

Tato kapitola je věnována specifickému typu náhradní rodinné péče, a sice **analýze případů, kde rodičovská péče z nějakého důvodu selhala** nebo nebyla nadále dostupná (např. z důvodu úmrtí rodiče), **přesto však nedošlo k umístění dítěte do institucionální péče a byly nalezeny možnosti jeho setrvání v rámci širší rodiny u příbuzných dítěte**. Kapitola vychází zejména z případové studie Olomouckého kraje, neboť situace, kdy péči a výchovu dětí převzal někdo z příbuzných,

byly ve vybraných kazuistikách nejvíce zastoupeny právě v tomto regionu. Jelikož vyšší hustota takovýchto případů je dána spíše jejich výběrem než specifikem regionu, je analýza zaměřena na systémové aspekty těchto případů a na faktory, které v řešení případu mohou sehrávat rizikovou nebo naopak ochrannou roli. Z tohoto pohledu tedy vypovídá obecně o funkci a místu širší rodiny v rámci sociálně-právní ochrany dětí. Výstupy z analýzy případů Olomouckého kraje jsou pak průběžně doplňovány poznatky z ostatních sledovaných krajů, kde se takovéto případy taktéž vyskytovaly, ovšem v menší míře.

6.1 Důvody / typy případů - proč nemůže rodič pečovat

Sumarizace důvodů, které vedly k tomu, že bylo nutné hledat zajištění péče o dítě v okruhu širší rodiny, je nutná především vzhledem k následujícím analýzám práce s rodinou a řešení případu. Uvedená typologie reprezentuje hlavní důvody, které se vyskytly v analyzovaných souborech, neboť s nimi jsou spojeny některé rysy, které specifickým způsobem intervenují do průběhu daných případů. Nejedná se tedy o vyčerpávající typologii a je jistě možné najít další skupiny důvodů znemožňujících péči o dítě ze strany rodičů. V analyzovaných případech zaujímají stěžejní roli důvody na straně rodiče/rodičů. Setkáváme se také s případy závažného zdravotního postižení dítěte vyžadujícího intenzivní péči, kterou rodiče nejsou schopni zabezpečit, je však nutné konstatovat, že i některé z těchto případů byly zaviněny zanedbáním právě ze strany rodičů. Výchova takového dítěte je obtížnější, nicméně v rodině zvládnutelná, rodiče však vlivem okolností a v kombinaci s jinými faktory (nezralost, psychická labilita, snížená mentální úroveň, problém se závislostí apod.) péči nezvládají.

V následující části budou diskutovány hlavní typy důvodů, přičemž je zřejmé, že v konkrétních případech se lze setkat s jejich kombinací.

- **Úmrtí či onemocnění rodiče** vč. psychiatrických diagnóz, kdy rodič z důvodu špatného zdravotního stavu, resp. psychiatrického onemocnění není schopen poskytovat dítěti dostatečnou péči. Specifikem těchto případů a jejich řešení je mimo jiné i to, že informace o zdravotním stavu rodiče, který časem znemožnil péči o dítě, byla často známa dříve, než k této situaci skutečně došlo. Osoby z širší rodiny jsou mnohdy zapojeny do řešení případu s předstihem, minimálně formou seznamování s možnostmi, jak v budoucnu situaci řešit. V případech psychiatrické diagnózy rodiče může být situace monitorována již v době těhotenství a péči o dítě tak přebírají příbuzní poměrně záhy, často již v prvním roce života dítěte.
- **Rodič není přítomen z důvodu výkonu trestu.** Nástup rodiče pečujícího o dítě do výkonu trestu odnětí svobody figuruje v některých sledovaných kazuistikách jako hlavní impuls zajištění péče o děti v rámci příbuzenstva. Byly identifikovány také případy, ve kterých sehrává důležitou úlohu v okamžiku ukončení výkonu trestu a návrat rodiče poté (negativně) intervenuje do situace zvládnutého zajištění péče o dítě v jeho širší rodině.
- **Podezření z týrání dítěte v domácnosti rodiče.** Takovéto podezření se nemusí nutně týkat biologického rodiče dítěte, figurují v něm mnohdy i noví partneři/partnerky, kteří žijí s rodičem a jeho dítětem v domácnosti. Společným prvkem těchto případů je fungující širší rodina, jejíž členové nejenže převzali péči o dítě, ale sami na případ poukázali.

- **Opuštění dítěte, zanedbání péče o dítě** vč. zanedbání způsobeného užíváním omamných a psychotropních látek. Společným prvkem těchto případů je nevyzrálá a komplikovaná osobnost jednoho či obou z rodičů, která se v důsledku projevuje nezvládnutím péče o dítě či dokonce jeho opuštěním a ponecháním v péči (nejčastěji) prarodičů. Specifické případy tvoří rodiny osob závislých na omamných a psychotropních látkách, kde je péče o děti velmi problematická a děti mohou být ohroženy i z hlediska zdravotního, což ilustruje případ vážného zdravotního postižení dítěte následkem úrazu v domácnosti, kde byly v dosahu dítěte chemikálie na výrobu drog. Dalším specifikem těchto případů je následná častá absence rodiče či rodičů při péči o dítě či absence styků s dítětem a širší pečující rodinou. V případech, kdy matka z nejrůznějšího důvodu opustila svoje dítě, pak nemusí být známo ani její současné místo pobytu a sociální pracovnice ani samotná rodina nemívá s matkou žádný kontakt.

6.2 Kdo iniciuje přechod dítěte do péče širší rodiny a z jakého prostředí dítě přichází

Mezi aktéry iniciující zahájení procesu umístování dítěte do náhradní rodinné péče lze řadit:

- Pracovníky OSPOD - jedná se jednak o 1) případy dítěte umístěného v ústavní péči či v péči zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, u nichž je reálný předpoklad zdárné výchovy v prostředí náhradní rodiny (pěstounská péče či příbuzenská péče) za předpokladu, že jsou nalezeni vhodní zájemci o tuto péči, dále pak o 2) případy, kde jsou zjištěna neuspokojivá fakta o výchově dítěte v biologické rodině, případně nefunkčních podmínkách pro péči o dítě v souladu se zákonem o sociálně-právní ochraně dětí, a to ve fázi, kdy je nalezen vhodný příbuzný či pěstoun, jemuž má být dítě svěřeno do výchovy.
- Příbuzné dítěte – většinou se jedná o prarodiče, sourozence rodičů, méně často i staršího sourozence nezletilého dítěte. Tito mohou iniciovat převzetí dítěte do péče jednak v případech, kdy se seznámí s případem a možnostmi jeho řešení a projeví zájem pokračovat v péči o dítě, časté jsou také případy, kdy příbuzní již fakticky péči vykonávají, ale z finančních důvodů, či z důvodů čistě institucionálně administrativních ji chtějí formalizovat. Specifickou situací je rozhodnutí příbuzných, kteří jsou v kontaktu s dítětem umístěným v ústavní péči, převzít výchovu dítěte a zajišťovat ji v rodinném prostředí.

Až na výjimky přecházejí děti do péče širší rodiny **přímo ze svého domácího prostředí**. Toto specifikum je dáno tím, že pro analýzu v této kapitole byly voleny především případy, ve kterých nebyla po selhání péče biologického rodiče nařízena ústavní výchova a dítě se tak podařilo udržet v rodinném prostředí. V některých případech se jedná o změnu péče pouze v rovině formální, nikoli teritoriální, neboť dítě v domácnosti příbuzných (prarodičů) již dříve žilo společně se svým rodičem. Dítě může do péče širší rodiny přejít také z nemocničního zařízení, z porodnice při převzetí péče příbuzným ihned po narození, v případě dlouhodobější hospitalizace způsobené těžkým poškozením zdraví dítěte pak z dětské nemocnice. V ojedinělých případech se vyskytoval také přechod dětí/sourozenců do péče širší rodiny po dlouhodobém pobytu v dětském domově či jiné formě ústavní péče.

Společným rysem většiny případů je **fungující širší rodina** či alespoň některý z jejích členů. Ze strany sociálních pracovníků pak opakovaně zaznívá, že tento příbuzný představoval pro dítě jistotu již v době soužití s rodiči. Patrná je také povětšinou kooperující spolupráce členů širší rodiny s orgány sociálně-právní ochrany dětí či dalšími subjekty (školou, lékaři apod.) a sociálními pracovníky jsou tak tyto hodnocení jako podstatný prvek v zajištění dobré péče o dítě.

„No zpočátku jsem vlastně říkala, když ten dědeček vypomáhal, tak to tam bylo znát na té domácnosti, byla udržována, bylo prostě vidět, že tam..bylo to prostě v pořádku, jo.“ (O19)

Prarodiče figurovali jako záruka dobré péče o dítě nejčastěji v případech, kdy rodiče/matka dítěte přestává být schopná zajistit péči z důvodu vlastních obtíží spojených se zdravotním stavem nebo závislostí, nebo z důvodu postižení dítěte. Právě z posledně zmiňovaného důvodu bylo v následujícím případě postupně zvoleno sdílení společné domácnosti s prarodičem. V této domácnosti a modelu uspořádání péče pak děti zůstaly i v době, kdy matka nastoupila výkon trestu.

„Pomohlo to, že rodina nebydlela sama, že se odstěhovala, matka se odstěhovala potom s tímto dítětem se vystěhovala ke své matce, která byla určitou zárukou toho, že ta péče o to dítě nebo o ty děti potom bude nějakým způsobem dobrá.“ (O13)

V analyzovaných případech je patrný poměrně úzký vztah mezi širší rodinou, především prarodiči, a dítětem/děťmi, kdy objem společně tráveného času je často vysoký a není redukován na občasné krátkodobé návštěvy. Jak již bylo zmíněno, v některých případech sdílely děti s příbuznými společnou domácnost, jindy pak u nich trávily volný čas, případně dobu, kdy krátkodobě nebylo možné zajistit péči rodičů (např. z důvodu hospitalizace či v důsledku drogové závislosti). Zájem o dítě a časté kontakty s ním pak sehrávaly důležitou úlohu ve vývoji celého případu, neboť **příbuzní často sami upozornili orgány sociálně-právní ochrany dětí** na to, že je nutné péči o dítě nějakým způsobem řešit, případně že je dítě v dosavadním prostředí ohroženo. Aktivní úlohu sehráli příbuzní také při oznamování podezření na týrání dítěte, bez ohledu na to, zda bylo dítě vystaveno především psychickému nebo fyzickému týrání. Dokládá to tedy na jedné straně senzitivitu příbuzných k tomu, co se v dané rodině děje, na druhé straně však také velkou obtížnost odhalit takovýto problém v rodině skrze jiné subjekty, především školu nebo lékaře, kteří při upozorňování na analyzované případy týrání dítěte vůbec nefigurovali.

Stejně tak je aktivní úloha širší rodiny patrná v případech opuštění či zanedbání dítěte a v případech onemocnění nebo dokonce úmrtí rodiče, kdy jsou to nejčastěji prarodiče, kteří přijdou situaci oznámit a hledat řešení. Prarodiče v těchto případech sami hlásí změny v rodině a informují či iniciují intervenci; zajišťují také kontinuitu péče o dítě v případě, že péče ze strany rodiče přestane být adekvátní nebo je zcela nedostupná.

„Začátkem ledna jsme se dozvěděli od babičky, že matka se péči o dítě vyhýbá, že nespolupracuje. Teda spolupráce se zdravotníky byla, ale byla to iniciativa babičky. A v tom lednu se matka odstěhovala a vlastně babičku nechala s dětma samotnou.“ (O13)

Z případů, kdy dítě setrvalo v původní společné domácnosti s některou z osob z širší rodiny či šlo přímo z domácnosti rodičů, se vymyká případ, kde byl **jako mezistupeň volen pobyt v kojeneckém ústavu**. Tento pobyt byl sice dle sdělení

sociálního pracovníka z hlediska času poměrně krátký (cca 10 dní), nicméně z analýzy celého případu se zdá být zbytečný a zbytečně zatěžující psychiku dítěte. Negativně se na celém postupu projevila absence jakéhokoli plánu práce s rodinou, nebylo využito ani možnosti případových konferencí, ač v rodině průběžně působilo více neziskových organizací pomáhajících rodičům se zvládnutím péče. Jen obtížně lze tedy dosáhnout maximální kooperace pracovníků pomáhajících organizací, která by v tomto případě byla velmi pravděpodobně ve prospěch dítěte, napomohla by objektivnějšímu vyhodnocení dané situace a výběru intervence, neboť názor na umístění dítěte do kojeneckého ústavu nesdílely všechny zúčastněné odborné subjekty. V daném případě docházelo k dlouhodobému monitoringu situace v rodině z důvodu nemoci rodičů a neschopnosti zajistit adekvátní péči bez asistence, kterou zde vykonávaly neziskové organizace. Výrazná pomoc přicházela také ze strany prarodičů. S těmi byly navíc dlouhodobě probírány limity péče ze strany obou rodičů a budoucí další možnosti. Obavy z budoucího nezvládnutí péče byly potvrzovány a avizovány také ze strany ošetřujících lékařů.

„Tak to [plán] písemně nebylo stanovený. Já jsem prostě čekala, jak se bude situace dále vyvíjet. Když jsem viděla, že vlastně se hodně na té péči o malého chlapce podílí ten dědeček, že vlastně z té rodiny širší té matky je tam velký zájem, že on jim vlastně pomáhá. On je vozil třeba k lékařce, nakupoval jim věci, prostě říkal jim toto ne, toto jo, takže tady v tomhle pro mě to bylo hrozně důležité.“ (O19)

Přesto však došlo k situaci, kdy bylo z obavy o zdraví dítěte přikročeno k okamžitému umístění do kojeneckého ústavu, ač se situace v domácnosti objektivně nijak výrazně nezdrmatizovala. Současně byli prarodiče dotázáni na možnost převzetí dítěte do péče. Ovšem vzhledem k tomu, že prarodičům nebyl dán prakticky žádný čas na promyšlení tohoto rozhodnutí a zřejmě s nimi tedy ani nebylo dlouhodobě pracováno na jejich přípravě na možné budoucí převzetí malého dítěte do péče, byla situace vyřešena umístěním v institucionální péči.

„No vzhledem k tomu, že vlastně rodiče, prarodiče teda neměli nic připraveno, chtěli se na tu situaci nějakým způsobem připravit, vybavit, postýlka, prostě věci nák od těch rodičů přenést a ještě si paní něco potřebovala zařídit v práci, protože byla vlastně v pracovním poměru, takže to musela vlastně vyřídit, že nastupuje na mateřskou, takže to trvalo zhruba asi deset dní, než vlastně si malého převzali z kojeňáku.“ (O19)

To, že by bylo možné řešit situaci i bez pobytu dítěte v kojeneckém ústavu, pak dokládá i fakt, že prarodičům stačil na rozmyšlení se o převzetí v noučete do péče jeden den. V případě, že by se s touto variantou pracovalo již dříve, zúčastnění odborníci si své poznatky z vyvíjející se situace v rodině průběžně sdělovali a diskutovali možnosti a zároveň by byl nastaven plán v případě zhoršení situace rodičů a s prarodiči diskutována možnost převzetí péče vč. jejího materiálního a jiného zajištění, mohla zřejmě intervence probíhat z pohledu dítěte efektivněji a šetrněji.

6.3 Sociální práce s rodinou před umístěním dítěte mimo domácnost rodičů

V případech, kdy je podán návrh na svěření dítěte do náhradní péče širší rodiny, přebírají pracovníci OSPOD roli koordinátora aktivit spojených s procesem umístování dítěte do náhradní péče, ale především roli prostředníka mezi těmito rodinami a

ostatními institucemi činnými v oblasti sociálně právní ochrany dítěte, obzvláště pak soudy. Důležitým momentem v této fázi je spolupráce s rodinou i přístup sociálního pracovníka k přípravě dítěte na odchod z domácnosti rodičů/rodiče.

Fáze **přípravy dítěte** zde v porovnání s přechodem do ústavní péče není zpravidla pro pracovníka ani dítě a jeho příbuzné tak vypjatá a náročná, nicméně je podstatná i vzhledem k tomu, že přání a názor dítěte někdy spolurozhodují o budoucím výchovném uspořádání v širší rodině. Oproti situacím, ve kterých je dítě umisťováno zcela mimo rodinu a okruh příbuzných, se zde však častěji setkáváme s absencí přípravy dítěte na změnu výchovného prostředí ze strany sociálních pracovníků. Především u menších dětí je tento krok a jeho vysvětlení často ponecháváno na rodině, s poukazem na dobré vztahy dítěte s ostatními příbuznými a nízký věk dítěte.

T: „Došlo v rámci tedy těch opatření ke změně výchovných poměrů dítěte. Bylo to dítě samo na změnu, na tento krok, nějak připravováno? Byly mu tyto jako, toto opatření sděleno, že vlastně už nebude s maminkou, ale že bude žít teďka nějakou dobu s tátou, s prarodiči?“

R: „Sociální pracovnice tady do tohoto nevstupovala. Tam opravdu ta komunikace mezi těmi rodiči nebo prarodiči a otcem byla taková, navíc ten chlapec tím, že on opravdu byl zvyklý i na tu jednu nebo na druhou stranu, teď říkám, ještě do toho vstupuje jeho prababička, která ho sem tam hlídá, protože prarodiče jsou oba dva pracující, takže on... Ale je to pořád v rámci toho rodinného, té širší rodiny. Jo? Takže nějaká speciální komunikace s tříletým dítětem nebyla.“ (O1)

V některých případech může být důvodem omezené komunikace pracovníka s dítětem o důvodech změny výchovného prostředí např. i to, že si prarodiče či ostatní příbuzní nepřejí, aby se dítě dozvědělo určité informace o rodičích, před kterými jej širší rodina chrání.

T: „A vy jste se kontaktovali, když jste ten případ řešili za 14 dnů, s dítětem a s babičkami včetně návštěv doma?“ (když se řešilo předběžné opatření svěřeni dítěte do péče prarodičů)

R: „Tam ani ne, protože babička si nepřála, oni věděli, že ten kluk to vůbec netuší, že oni ty drogy berou. (...) Takže tam vlastně s dítětem jsem mluvila až teda, když se potom jednalo o svěřeni do pěstounské péče.“ (O11)

Se staršími dětmi jsou naopak změny většinou probírány, sociální pracovníci vedou s dětmi pohovory a zjišťují jejich zájem o umístění do péče příbuzných, kteří projeví zájem o jejich výchovu. Také výsledné doporučení často reflektuje projevené přání dítěte.

T: „Byla věc probrána s dítětem?“

R: „Ano, byla, protože vzhledem k věku, kdy ten chlapec měl skoro 15 roků, tak se i přihlíželo k tomu jeho přání, jak on by si představoval jako vyřešit jako tu svou situaci.“ (O14)

S rodiči dítěte je situace zevrubně probírána především v případech, kdy dobře spolupracují na řešení celé situace či si uvědomují zhoršující se situaci v jejich domácnosti (např. zhoršení zdravotního stavu, ohrožené prospívání dítěte v případě týrání někým v domácnosti, v případě omezených možností rodičů pečovat o dítě vzhledem k jejich psychiatrické diagnóze).

„S rodinou to bylo probíráno úplně všechno od samého začátku, jak s tím dědečkem, jak s dědečkem ze strany otce, s otcem, s maminkou ze strany

matky a samozřejmě s matkou. (...) Takže bylo komunikováno úplně se zákonnými zástupci s oběma a ze strany prarodičů taky." (O1)

Problematická bývá spolupráce s rodiči v počátku řešení případu a volby nejvhodnější formy intervence především tam, kde rodiče nesouhlasí s názorem a postupem sociálních pracovníků a sami nenahlízejí stávající péči o děti jako problematickou. I přes snahu sociálních pracovníků o vysvětlování dalších kroků si rodiče v některých případech nepřipouštějí, že by mohlo být něco špatně, odmítají spolupracovat či efektivní spolupráci brzdí a vznikají tak konfliktní vztahy.

„Ale byly období, kdy rodiče nechtěli spolupracovat, byli agresivní, neustále napadali sociální pracovníci. Prostě nechtěli, jako nechtěli moc spolupracovat. Vždy hledali vlastně problém někde jinde." (O23)

Kontakty s příbuznými osobami, nejčastěji s prarodiči dítěte nebo sourozenci rodičů (tetou/strýcem dítěte), v této fázi řešení případu nebývají problematické, spíše naopak. Tito příbuzní často řešení případu iniciují, v některých případech slouží sociálnímu pracovníkovi také jako zdroj informací o tom, jaká je situace v domácnosti rodičů, jak zvládají péči či zda je prospívání dítěte nějakým způsobem ohrožováno.

„Ve středu jsem vlastně šla za dědečkem, který vlastně do té doby vystupoval jako člověk, kterej nějakým způsobem té rodině nejvíc pomáhá, takže s ním jsem teda hovořila v jeho domácnosti, kdy jsem se teda ptala na věci ohledně té matky vlastně, na její dětství, na její vůbec jak je schopna vůbec hospodařit s penězi, jo, jestli dokáže třeba zaplatit nájem, jestli je schopná tomu dítěti nakoupit správné potraviny, jestli třeba nebude kupovat potraviny pro dítě starší, co ten otec jo, já vůbec jsem ho neznala, takže co má vlastně za onemocnění, kde pracuje a jak dědeček se na to vlastně dívá, jestli vlastně ti rodiče tu péči jsou schopni zabezpečit z jeho pohledu, co by se třeba dělo, kdyby to dítě bylo třeba nemocný nebo jestli je třeba schopen s tou manželkou to dítě převzít popřípadě, kdyby k tomu došlo." (O19)

Vzájemné kontakty sociálních pracovníků s příbuznými, kteří mají zájem podílet se na řešení případu, jsou tedy zpočátku poměrně časté a kooperativní. Nejen, že jsou od příbuzných zjišťovány informace relevantní z hlediska dalšího řešení případu, jsou s nimi probírány také možnosti řešení včetně formálních náležitostí (otázky zajištění péče, možnosti finančního zajištění této péče, otázky soudního projednávání případu apod.).

Ve fázi posuzování případu a zvažování možného způsobu intervence jsou návštěvy spíše neohlášené, neboť je nutné prošetřovat, zda a do jaké míry rodiče zvládají péči o dítě. Zároveň během návštěv v domácnosti příbuzných osob je nutné zhodnotit prostředí pro budoucí umístění dítěte. Naopak poté, co se o dítě začne starat osoba z širší rodiny a je v rodině širších příbuzných vše v pořádku, probíhají návštěvy častěji ohlášeně (viz kapitola 6.8).

R: „Vzhledem ke specifice tohoto případu, tak návštěvy nebyly ohlašované předem. Byla rodina navštěvována, nedovedu odhadnout interval, ale v každém případě byla navštěvována pravidelně (...)"

T: „A cílem tedy těch šetření bylo co vlastně?"

R: „Cílem byla jak kontrola, tak i podpora celé té rodiny." (O13)

6.4 Kdo z širší rodiny zajišťuje péči o dítě

Ve většině případů se o děti začali **starat jejich prarodiče, případně jeden z prarodičů**. S těmi jsou sociální pracovníci v kontaktu často ještě před změnou výchovných poměrů dítěte a i v případech, kdy se spolupráce s rodiči odehrává spíše na konfliktní bázi či není z pohledu pracovníce efektivní (vzhledem k osobnostním rysům a dalším problémům rodiče), je kooperace prarodičů hodnocena velmi kladně. Kladné hodnocení pak přetrvává i při sledování péče o dítě.

„Ale pravda zase je, že ty její rodiče, oni docela hodně zodpovědně a měli jsme je ozkoušený z té předešlé doby, že prostě byli schopni se o to dítě postarat a opravdu zabránit tomu, aby měl kontakt s tím domnělým pachatelem teda. Tam byla záruka.“ (O1)

V dalších případech přebírají péči o dítě sourozenci některého z rodičů, tedy rodiny strýce a tety dítěte. Zde může být výhodou také přítomnost dalších dětí v rodině, bratranců a sestřenic dítěte, které mohou dítěti usnadnit adaptaci a zároveň mohou být dokladem, jak tato rodina zvládá péči a výchovu dětí. Děti mohou být svěřeny také do péče svého zletilého sourozence. Za zvláštní případ lze označit situaci, kdy je dítě, dosud vychovávané pouze jedním z rodičů (nejčastěji matkou), svěřeno do péče druhému rodiči (otci), přičemž dítě se dosud s druhým rodičem z různých důvodů nesešlo nebo ho zná pouze okrajově.

Z hlediska svěřování dítěte do péče příbuzným osobám je možné vysledovat dvě krajní situace determinující výsledné uspořádání péče:

1) Na jedné straně se vyskytují případy, kdy je v rámci širšího příbuzenstva více fungujících rodin, které mají zájem pečovat o dítě. Toto se vyskytuje například v případě, kdy prarodiče ze strany matky i otce dítěte nejen že po všech stránkách dobře splňují podmínky z hlediska péče o dítě, ale aktivně projevují zájem tuto péči převzít. V takovémto případě byl pak ponechán prostor pro rozhodnutí dítěti a výsledné výchovné uspořádání bylo zvoleno podle jeho přání.

„(...) se potom s nezletilým mluvilo bez přítomnosti dalších dospělých, to znamená ve škole jsem za ním byla a ten teda projevil zájem. Má rád oboje prarodiče, ale projevil větší zájem být u té babičky ze strany mamky. Ale prarodiče navzájem nedokázali spolu mluvit.“ (O11)

Aktivní přístup příbuzných může postupně vést také k navázání či upevnění vztahu s rodičem, který péči o dítě nikdy nezastával či s dítětem dlouhou dobu/nikdy nežil ve společné domácnosti. V citovaném případě dobrá spolupráce s prarodiči dítěte umožnila, že dítě mohlo okamžitě opustit domácnost matky, kde bylo pravděpodobně vystaveno týrání ze strany jejího nového partnera, bez nutnosti zvažovat institucionální péči. Zároveň mohl být dán čas druhému z rodičů na obnovení zájmu o dítě, který do té doby neprojevoval, a mohly být zhodnoceny budoucí možné alternativy péče.

„Každopádně jsme věděli, že to dítě v tomto případě v žádném případě neskončí někde v nějakém zařízení. Tam prostě byli fungující jedni prarodiče, druzí prarodiče. Takže jsme měli plán takový, že prostě buď tedy otec se jaksi rozhodne, i když jsme mu teda samozřejmě říkali i ty negativa a snažili jsme se ho na to nachystat, jako aby si uvědomil opravdu tu rodičovskou zodpovědnost. Tak jsme měli prostě takový plán, že buď bude děcko do péče k jednomu nebo druhým prarodičům.“ (O1)

Pozitivem tohoto případu bylo jeho řešení za pomoci ostatních relevantních partnerů (policie, lékař, školka) a především za spolupráce prarodičů, vytvářejících dobré zázemí, i otce dítěte. K němu dítě postupně docházelo a setrvalo u něj, až mohlo být přikročeno ke svěření dítěte do otcovy péče.

2) Ne ve všech případech je však volba péče v širší rodině takto jednoznačná. Objevují se případy, kde je výběr pečovatele obtížný vzhledem k celkovému složení širší rodiny, osobnostním rysům příbuzných osob či nemožnosti nebo nezájmu převzít dítě do péče. V praxi dochází k tomu, že opatření směřující k udržení dítěte v rodině jsou vedena **snahou najít alternativu k ústavní péči**, která je v některých případech velmi reálně zvažována. Například situace, kdy je dítě vážně zdravotně postiženo, klade na budoucí pečující osobu podstatně jiné nároky než v případě zdravých dětí a je nutné zvažovat nejen možnost finančního a materiálního zajištění pečovatele a dítěte, ale také reálné možnosti pečovatele tuto situaci zvládat.

„Takže babička vlastně, bylo v běhu řízení o pěstounskou péči, byly tam dělané různé důkazní řízení, kdy kromě jiného tam byl vypracován znalecký posudek, protože byla obava z toho, jak babička takhle náročnou péči o chlapce, velmi stresující, protože musí reagovat na různé stavy tady tohoto dítěte, jak ona to zvládne.“ (O20)

Citovaný případ je ilustrativní ze dvou důvodů - jednak dokládá často nesnadnou práci se zajištěním péče o dítě v rámci rodiny, kdy v rodině není k dispozici na první pohled „bezproblémový“ a spolehlivý pečovatel, dokládá však také vysoké nároky spojené s péčí o těžce postižené dítě a obavy z toho, že umístění v institucionální péči by pravděpodobně nepřispělo ke zdárnému rozvoji dítěte a znamenalo by pro něj pouze další zhoršení situace. V tomto případě nebyl realizován úmysl navrátit dítě do původní rodiny, jednak z důvodu velmi vážného a nevratného poškození zdraví následkem úrazu a také vzhledem k později prokázanému užívání drog v domácnosti rodičů. Došlo tedy k redefinici cíle a směřování intervence. Snahou bylo nalézt vhodné prostředí, kam by dítě po ukončení hospitalizace mohlo jít, a zároveň naučit případné pečující osoby, jakým způsobem se o dítě dále starat.

„Tím, že babička byla poměrně nejasná osoba s takovou pro nás nejasnou prognózou, tak jsme hledali i teda jiné řešení. A tady jsme vlastně přišli na to, že takto zdravotně postižené děti, že jsou v podstatě neumístitelné v nějakém ústavním zařízení. Chlapec má normální intelekt, je bystrý, dobře se vyvíjí tady po této stránce, ale potřebuje zvýšenou zdravotní péči a žádný dětský domov tady toto nebyl schopen splnit. Pokud by se nám podařilo takto těžce zdravotně postiženého chlapce umístit do ústavního zařízení, byl by to nějaký domov se zvýšenou péčí a ústav sociální péče, kde vlastně jsou zase děti, kde jsou třeba kombinované vady. A on by tam teda prospíval možná po fyzické stránce, ale po té psychické asi těžko.“ (O20)

Dlouhodobou spoluprací s babičkou dítěte se v tomto případě podařilo připravit podmínky pro přijetí dítěte do domácího prostředí včetně zacvičení v náročné péči o dítě.

Situace při volbě pečující osoby může být ovlivněna také tím, zda je nutné umístit v rámci širší rodiny pouze jedno dítě, nebo jedná-li se o sourozence. V případě sourozenecké skupiny se totiž ne vždy podaří umístit sourozence společně do jedné domácnosti příbuzných osob. Rozdělení sourozenců může v důsledku komplikovat adaptaci dětí na novou situaci, důležitou roli zde sehrává následná práce s rodinami na udržování kontaktů mezi dětmi

„Sledovali jsme řádné zajištění potřeb dětí a myslím si, že se to splnilo, jelikož prostě skutečně matka skončila na ulici a děti jsou nyní obě dvě v pěstounské, jsou sice odtrženi sourozenci od sebe, ale stýkají se a jsou řádně zajištěny. Ta dívka teda jak to zpočátku špatně nesla, tak teďka je spokojená.“ (Z43)

6.5 Příbuzenská pěstounská péče

V České republice převládají mezi pěstounskými rodinami ty, které mají alespoň k jednomu z dětí svěřených do pěstounské péče příbuzenský vztah (69 % rodin). Regionálně je zastoupení takovýchto rodin poměrně diferencované a vedle krajů, ve kterých tento podíl nepřesahuje 60 % (kraje Moravskoslezský, Zlínský, Jihomoravský a Vysočina), dosahuje naopak například v hlavním městě Praze téměř 90 % a 80% zastoupení je překročeno také v Karlovarském a Ústeckém kraji. V Olomouckém kraji je podíl pěstounských rodin, kde je alespoň mezi jedním z pěstounů a dítětem příbuzenský vztah, 75 % ze všech rodin, v Pardubickém je to 63 % (dle statistik MPSV). Ze statistických dat je také jasně patrné, že v rámci příbuzenské pěstounské péče jsou děti nejčastěji svěřovány prarodičům.

Také v souboru sledovaných případů, kdy byla o dítě/děti zajištěna péče v rámci širší rodiny, je následné svěření do pěstounské péče poměrně časté. Při svěřování dítěte do pěstounské péče příbuzných osob je však možné nalézt i nesoulad návrhu sociálního pracovníka po posouzení případu ve prospěch dítěte a soudního rozhodnutí. Týkalo se to případů, kdy prarodiče, případně sourozenci biologických rodičů, kteří měli v péči dítě a chtěli tuto péči formalizovat prostřednictvím institutu pěstounské péče, naráželi na zamítavý postoj soudu k jejich žádostem. Takováto zamítavá stanoviska soudů byla identifikována především v kazuistikách řešených v Karlovarském kraji, kde je podíl příbuzenské pěstounské péče ze sledovaných krajů nejvyšší. Jako důvod zamítavého rozhodnutí v těchto případech byla většinou uváděna neadekvátní motivace příbuzných k takovému rozhodnutí a obava ze zneužívání dávek pěstounské péče rodinami, případně předsudek o vypočítavém jednání příbuzných. Sociální pracovníci po pečlivém prošetření situací v těchto rodinách však soudí, že takové rozhodnutí soudu jde proti zájmům dítěte a pokračují v podpoře těchto rodin formou poradenství a podáváním podnětů k dalšímu řízení v těchto záležitostech.

T: „Ten poslední, protože tam bylo několik těch návrhů, tak abychom se neztráceli, tak ten poslední, to je ten návrh na pěstounskou péči, tak ten jste vlastně říkala, že si ho podala babička na základě vašeho doporučení.“

R: „Ano a podávala ho v květnu.“

T: „Podávala ho v květnu 2010. A o tom, že byl podán ten návrh jste se dozvěděli od soudu nebo jste ho s babičkou sepisovali?“

R: „Sepisovali s babičkou.“

T: „Sepisovali, takže při osobním kontaktu, ona sem chodí pravidelně nebo vy?“

R: „Rodinu pravidelně navštěvujeme nebo babička i zavolá, když je něco zásadního.“ (KV16)

K žádostem o svěření dítěte do pěstounské péče vedou v řadě případů **finanční důvody**. V analyzovaných kauzách však nebyly identifikovány pokusy o zneužívání sociálních dávek. Při svěřování dítěte do náhradní péče příbuzných zůstávají zákonnými zástupci dítěte rodiče a i nadále trvá jejich vyživovací povinnost. Ve většině sledovaných případů však rodiče tuto povinnost nedodržují a pečovateli (prarodiči, sourozenci rodičů), který vychovává dítě, tak velmi často vznikají finanční problémy. Vzhledem k tomu, že v případě prarodičů jde povětšinou o osoby důchodového věku, případně

z důvodu výchovy dítěte ukončují zaměstnání, je pro ně částka výživného často nepostradatelná. Proto jsou také někteří vykonavatelé náhradní péče nuceni měnit status výkonu péče a žádají soud o změnu dosavadní péče na péči pěstounskou. Pracovníci OSPOD mají s těmito případy poměrně bohaté zkušenosti. Vykonavatele náhradní péče podporují, zprostředkovávají kontakt těchto lidí se soudem a profesionálně jej zaštiťují. V praxi může docházet i k takovým případům, kdy v zájmu dítěte, kterému pobyt v náhradní péči svědčí, ale rodina má finanční potíže, tento postup doporučují.

„Šla k té tetě, ta maminka zpočátku tvrdila, že se s ní bude stýkat, ale se s ní nestýká, neplatí ani řádně výživné a ta holčička, my tam jezdíme jako na kontroly v cizí péči, tak ta holčička opravdu u té tety rozkvetla, protože ona potřebovala takovou zvýšenou péči a ta maminka jí to nebyla schopna dát. A ta teta si podávala teda návrh na pěstounskou péči a oni jí řekli, že jí to nemůžou udělat, protože je teta, a tak ona to vzala zpátky a teď se bude podávat znovu, protože ona ta teta přišla o práci, matka jí výživné neplatí nebo platí jí hrozně nepravidelně.“ (KV17)

Dalšími důvody, které stály za snahou pečovatелů i sociálních pracovníků o svěřeni dítěte do pěstounské péče, je snaha formalizovat vztah k dítěti a jeho péči v případě nemožnosti péče o dítě ze strany rodičů z objektivních důvodů, jakými jsou nejčastěji úmrtí rodiče a zbavení rodičovské zodpovědnosti. Objevil se také případ, kdy k žádosti o pěstounskou péči vedla obava o dítě v důsledku plánované intervence rodiče.

„No a jednoho dne se stalo, že vlastně ona [babička] zjistila, že [dcera] chce vycestovat zpátky do [zahraniční země] a že teda ponechá tu malou v péči babičky, ale po návratu, kdy si tam chtěla zajistit ubytování a práci, si malou chce odvést zpět do [zahraniční země]. Babička dostala strach, protože říkala, že si nedokáže v žádném případě představit, že teda ona bude sama v cizím prostředí schopna o tu malou pečovat. A ještě zjistila, že vlastně už pro tu vnučku má ona zajištěný pas a zase z důvodu strachu o tu nezletilou začala uvažovat, že si podá návrh na svěřeni do pěstounské péče.“ (O9)

6.6 Reakce dítěte na svěřeni do péče příbuzné osoby

Reakce dětí na změnu výchovného prostředí lze většinou **označit jako kladné a souhlasné**. V části případů nejsou konkrétní verbální reakce zaznamenány, neboť děti byly mladší tří let, přičemž některé z nich byly svěřovány do péče příbuzných přímo po narození či nanejvýše okolo dovršení jednoho roku věku. V těchto případech je situace kladně hodnocena sociální pracovníci na základě monitoringu dítěte a jeho prospívání. Větší děti pak dostávaly prostor k vyjádření svého názoru a přání. V analyzovaných případech jsme se přitom téměř nesetkali s případem, kdy by dítě negovalo výslednou variantu zajištění péče. Vliv na to může mít i skutečnost, že tato věc mohla být probírána již předem v soukromí rodiny a navrhované řešení, které bylo nutné formalizovat ze strany OSPOD, bylo výsledkem konsenzu zúčastněných stran.

Významným prvkem, který přispíval ke kladné reakci dítěte, byla **dobrá znalost prostředí**, do kterého půjde, vyplývající z dřívějších častých styků s příbuznými, u kterých dítě trávilo například i prázdniny a víkendy. V některých případech již děti u příbuzného, který žádá o náhradní péči, žijí.

„Řekl, že je u babičky spokojenej, že se mu tam líbí, že to je jeho prostředí, které zná, prostě neměl tam připomínky. Navíc tam měl ty svoje, i v tom domě,

on tam má ty svoje další příbuzné, že má ty sestřenice, bratrance, takže on se tam jak kdyby v tom prostředí, vlastně jak kdyby i to, tu jeho těžkou vlastně osobní situaci, že se mu tam lepší prostě řešila." (O5)

Druhý významný prvek pozitivně ovlivňující reakci dítěte na plánovanou změnu výchovného prostředí představuje **existence (silné) citové vazby** mezi dítětem a členy širší rodiny.

„Tam i v minulosti zaznělo, i při těch pohovorech s chlapcem zaznělo to, že chlapec má dědečka velice rád a je na dědečka velmi fixován, takže o to ta situace byla daleko snazší, že chlapec byl v podstatě rád, že se dostal k těm prarodičům. A já se domnívám, že byl i sám rád, že se to jaksi všechno prolomilo, protože on se bál sám něco říct. Takže já se domnívám, že chlapci se v podstatě ulevilo a u těch prarodičů se mu daří velice dobře." (O26)

Reakce dítěte na svěřením do péče někoho z příbuzných může být problematictější zejména existuje-li silný citový vztah dítěte k rodiči (matce). V takovém případě, pokud se nejedná o akutní případ, se sociální pracovníci většinou snažili vzít v úvahu reakci dítěte a poskytnout mu čas, aby se na novou situaci adaptovalo a aby přechod do péče příbuzného byl pokud možno bezproblémový. Ne vždy se to však povede a dítě s přechodem do péče příbuzných zpočátku nesouhlasí a změnu prostředí těžce nese.

„Myslím si, že v té rodině ve [jméno obce], dá se říct, jak jsem tam byla už jako naposledy, tak bych řekla, že se to stabilizovalo, že i ta [jméno dítěte] sama říká, aspoň sama řekla, že je teda všechno v pořádku, že je to dobrý, že s tou tetou nemá teď nebo nemají mezi sebou nějaké konflikty, problémy. Tam byl trošičku i ze začátku problém s vlastní dcerou tady této tety, protože to byla holčička, která byla zvyklá, ona byla sama, oni mají jenom jednu, že? A teď tam přišla v podstatě už velká slečna, takže tam byla taky ze začátku trošku žárlivost." (Z29)

6.7 Prospívání dítěte v rámci širší rodiny

Je zřejmé, že lze jen velmi obtížně obecně hodnotit celkovou úspěšnost intervence spočívající ve svěřením dítěte do péče osobám v rámci širší rodiny dřív, než samotné dětství skončí. Řada dětí v analyzovaných případech je zatím mladšího věku a nelze přitom odhadnout, k jakým změnám může dojít v období dospívání dítěte či v období přechodu do dospělosti a samostatného života. Přesto je však možné posoudit, jak prospívají děti po svěřením do péče širší rodiny v porovnání s dobou strávenou v péči rodičů, i to, jaké faktory mohou jejich prospívání ovlivňovat. Nejprve se zaměříme na faktory pozitivně ovlivňující prospívání dítěte v rodinách příbuzných osob. Pozornost bude poté věnována především faktorům, které toto prospívání ohrožují, neboť s nimi je nutné v rámci intervence v rodině pracovat.

Dítě vystavené zanedbávání a špatnému zacházení ze strany matky/rodičů v útlém věku potřebuje získat **zkušenost vřelého a pečujícího prostředí**, podpory a zájmu ze strany pečující osoby, aby pozitivní zkušenost mohla překrýt negativní zážitky. Toto ve sledovaných případech poměrně dobře splňuje péče prarodičů, kteří mají často více času a možností se dítěti věnovat, než jak tomu činili jeho biologičtí rodiče. Pozitivní vliv na dítě a jeho vývoj je pak sociálními pracovníky dokládán i skrze odkazy na dobré hodnocení prospívání dítěte ze strany odborníků.

„A v podstatě závěr té znalkyně byl takový, že chlapec tu situaci nebo ty prožitky zvládá dobře díky laskavé a kvalitní péči těch prarodičů." (O26)

Intenzivní péče, kterou svěřenému dítěti často věnují jeho prarodiče, je nezbytnou podmínkou dobrého prospívání také **v případech zdravotně postiženého dítěte**. Ve dvou sledovaných případech, ve kterých se jedná o závažné zdravotní postižení, prozatím pečovatelé zvládají tuto situaci poměrně dobře. Dobré prospívání v péči širší rodiny je dokládáno také u starších dětí, a to i v případech, že dítě bylo ze své rodiny nuceno odejít z důvodu týrání ze strany rodiče.

„...pohovorama s chlapcem bylo zjištěno, že ten jeho stav se zlepšuje. On... tam bylo prostě vidět, co nám bylo i potvrzováno ze strany toho dětského psychologa, že ano, dochází tam jako k posunu k lepšímu ovšem s tím, že nám bylo sděleno, že ta, bych řekl, jakoby náprava k nějakému optimálnímu stavu bude trvat jako delší dobu. Vzhledem k tomu, že on už měl ty náznaky, ty symptomy toho týraného, zneužívaného dítěte.“ (O14)

Vedle informací dokládajících dobré prospívání dítěte v rodinách příbuzných osob je možné identifikovat také **faktory, které toto prospívání ohrožují**. V této části se věnujeme především již evidovaným skutečnostem, škála možných dalších rizik či komplikací, které mohou ve sledovaných případech nastat do budoucna, bude pojednána v samostatné kapitole (viz kapitola 6.12). Mezi faktory, které do nějaké míry ohrožily prospívání dítěte a ve svém důsledku i možnost setrvání v rámci širšího příbuzenstva, lze řadit především:

- **pečující osoba nezvládá svoji roli**

Objevují se případy, kdy příbuzný pečovatel neodhadl své schopnosti a možnosti a časem se umístění dítěte, byť k němu často došlo z vlastní iniciativy příbuzného, jevílo spíše jako suboptimální, neboť příbuzný dítě nezvládá. Takovýmto případem je například selhávající péče o dospívajícího problémového bratra, kterou jeho zletilá sestra s přítelem nezvládají a přistupují k nestandardním metodám. Dalším z případů, kde však byla volba pečovatele „riskantní“ již z prvopočátku, byl případ větší sourozenecké skupiny svěřené do péče zletilého sourozence. Nedá se říci, že by se situace dětí oproti předešlé době zhoršila, spíše je patrná absence jakéhokoli zlepšení např. z hlediska jejich chování či docházky do školy. Je konstatováno, že sourozenci svého bratra nerespektují a on si s nimi neumí výchovně poradit, pravděpodobně se o to ani sám moc nepokouší. Negativně k této situaci přispívá i to, že žijí společně s početnou rodinou příbuzných, se kterou je taktéž pracováno vzhledem k problémům v péči a výchově jejich dětí. Svěření dětí do péče zletilého bratra bylo činěno ve snaze hledat jiné řešení mimo ústavní výchovu v situaci, kdy nebyla k dispozici vhodnější osoba. Zároveň je však obtížné čekat od tohoto sourozence zvládnutí pečovatelské a výchovné role, s níž pravděpodobně neměl ani osobní zkušenost (vzhledem k popisované situaci rodiny a nezvládání péče ze strany rodičů), bez zapojení externích služeb. Ač bylo prvotní snahou zabránit umístění dětí v ústavním zařízení, v současné době tímto směrem intervence orgánu sociálně-právní ochrany dětí směřuje.

„A při posledním šetření jsem teda tomu bratrovi říkala, že budeme prostě podávat návrh na ústavní výchovu těch dětí. Dlouho jsme tedy toto s ním rozebírali. I sám ten bratr připustil, že to není dobré, ale jako nějak jako řešit, mně přijde, že to nehodlá.“ (O23)

Do této skupiny lze zařadit také snížení schopnosti plně zajistit potřeby dítěte v případě syndromu vyhoření pečovatele. Příkladem může být pečovatelka, která dlouhodobě přestala zvládat péči o svého těžce tělesně postiženého synovce, a to

nejen fyzicky a psychicky, ale také finančně. Následně byla nucena vyhledat pomoc psychiatra a posléze se i vzdát péče o toto dítě.

o **negativní působení ze strany rodiče/rodičů**

Dobré prospívání dítěte v péči širší rodiny mohou ovlivňovat sami rodiče či jeden z nich. Zde se zaměříme pouze na riziko negativního působení, které v důsledku může zhoršit adaptaci dítěte v novém prostředí či jeho další vývoj a soužití s příbuznými. K tomu, že je ve výsledku vliv rodiče na dítě spíše negativní, může přispět především: osobnost rodiče (jeho labilita, nezralost, psychické onemocnění či závislost), nikdy neexistující či přerušovaný kontakt s rodičem (a tedy žádná nebo pouze slabá vazba mezi rodičem a dítětem), necitlivost vůči potřebám dítěte a nerespektování jeho názorů a přání.

Tento faktor je možné demonstrovat na případu dítěte svěřeného po úmrtí matky do péče širší rodiny. Z počátku se dítě v rodině příbuzných velmi dobře adaptovalo a relativně dobře snášelo i prožitou ztrátu nejbližšího člověka. Po téměř dvou letech, během nichž bylo s rodinou pracováno a nebyly shledány žádné problémy v adaptaci dítěte a jeho prospívání v novém prostředí, zasáhlo do celého případu propuštění otce z výkonu trestu odnětí svobody. Tohoto rodiče dítě prakticky neznalo, neboť výkon trestu byl mnohaletý a dítě otce naposledy vidělo ve velmi útlém věku. Negativem této situace nebyla samotná přítomnost rodiče v blízkosti dítěte, ale jeho nerespektování současné situace a snaha získat dítě do péče i proti jeho vůli. Tato snaha byla navíc spíše než zájmem o dítě (který nebyl příliš manifestován ani skutečným chováním rodiče vůči dítěti) motivována výhodou plynoucí pro otce (administrativní otázky spojené s jeho pobytem). Pracovnice, škola i rodina velmi záhy detekovali zhoršení chování a prospívání dítěte.

„Ale tam zase nastoupil něco, to „ale“. V tom dubnu, kdy on [otec] se vrátil [z výkonu trestu], tam se mu markantně zhoršilo chování. To prostě se odrazilo na psychice, protože on začal mít strach. Začal mít strach, že ten tatínek ho přetáhne, že prostě najde si prostředek, aby ho vytáhl z rodiny babičky. Začaly se stupňovat vážné problémy chování ve škole.“ (O5)

Tento případ ve své současné fázi neskýtá obrázek zdárného vyřešení zde nastíněného problému. Ač postupem času otec své snahy zanechal a byl přerušen jakýkoli kontakt (není známo místo jeho pobytu), z důvodů zhoršeného chování a opakovaných výchovných problémů bylo dítě umístěno na několikaměsíční pobyt v psychiatrické léčebně. Jelikož ani po jeho ukončení nenastalo markantní zlepšení chování, byl dojednáán nástup dítěte do střediska výchovné péče.

Takovéto problémy však nemusejí nastat pouze ve specifickém případě dlouhodobého přerušování kontaktů mezi dítětem a rodičem z důvodu výkonu trestu odnětí svobody, obavu ze zhoršení či zkomplikování situace dítěte v případě nenadálého návratu rodiče, se kterým dítě neudrzuje styk, zmiňují pracovnice také v případech dětí opuštěných jejich rodiči či v případech drogové závislosti.

Podstatnou fází v takovýchto případech je tedy průběžný monitoring situace po umístění dítěte do péče širší rodiny a práce s rodinou včetně zapojení externích poradenských služeb, pokud to situace vyžaduje. Je nutné respektovat, že i po opuštění dítěte a zanechání ho v péči příbuzných se rodič může dříve či později znovu objevit a domáhat se výkonu rodičovských práv, případně jejich navrácení. V takovýchto případech se jako nezbytná jeví včasná reakce v podobě zapojení externích subjektů, např. mediátora, rodinných poradců, psychologů a pod. V citovaném případě

nelze vyloučit, že by se chování chlapce časem nezhoršilo na základě jiného podnětu, zcela jasně je však patrný rizikový situační faktor v podobě chování otce, který působil na dítě jako výrazný stresor. Je možné se domnívat, že celé situaci by napomohlo zapojení externích služeb a odborných subjektů, které by s dítětem i celou rodinou mohly v této stresové situaci pracovat.

o **změny v rodině pečovatelů**

Prospívání dítěte v péči příbuzné osoby může být ovlivněno také změnami v této „nové“ rodině. I z této rodiny se může stát rodina disfunkční, může dojít k úmrtí či odchodu někoho z členů. Příkladem rozpadu nové rodiny může být i situace, ke které došlo v jedné z analyzovaných kauz. Dítě svěřené na své přání do péče příbuzných se v rodině dobře adaptovalo, v současné době je však vystaveno situaci, kdy se rodina jeho pěstounů rozpadla a do budoucna je tedy možná další změna jeho výchovného prostředí.

„Aktuálně se řeší ta skutečnost, že ten chlapec byl svěřen do té společné pěstounské péče. Společná pěstounská péče však v současné době neprobíhá, protože vlastně ta pěstounka odešla jako z té domácnosti a ten chlapec zůstal vlastně v té domácnosti se strýcem. (...) Takže rozhodl se zůstat s tím strýcem, protože to prostředí tam znal, jeho vlastně zná. (...) A myslím si, že následně bude prostě řešeno jako jakou formou, jestli změnou té pěstounské péče jako. To bude dál řešeno.“ (O14)

6.8 Sociální práce po zajištění péče o dítě v širší rodině - práce s rodiči, pečovateli a dětmi

Po umístění dítěte v širší rodině probíhá zpravidla **průběžný monitoring situace**, v jehož rámci jsou kontakty sociálních pracovníků častější krátce po změně výchovného prostředí, kdy s pečovateli i dítětem projednávají nejen zajištění péče o dítě, ale také věci týkající se praktických dopadů změny (porada při žádosti o dávky, pomoc při změně školy apod.); je zde patrná intenzivní podpora pečovateli při zvládnutí nové situace. Obdobně je podpora výraznější a kontakty častější, usilují-li pečovatelé o svěřením dítěte do pěstounské péče či probíhá-li nějaké soudní řízení (např. stanovení výživného, trestní řízení ve věci týrání či zneužívání dítěte). Pokud v rodině nenastanou žádné problémy a dítě v ní dobře prospívá, nedochází ke kontaktům zpravidla příliš často, pečovatelům je navíc vždy dána možnost konzultovat věci s pracovníkem po telefonu.

„Vlastně šetření, pokud je dítě předáno do péče babičky nebo do pěstounské péče, tak během půl roku se tam dělají šetření každý 3 měsíce. Následně každýho půl roku a samozřejmě, pokud by bylo potřeba, babička má na mě kontakt, okamžitě jsem schopná za ní přijít a řešit problém, který by ona měla.“ (O9)

V případech, kde péče probíhá řádně a nejsou identifikovány žádné závažnější problémy, často také není spatřován důvod k neohlášeným návštěvám v rodině. Ty probíhají většinou po vzájemné domluvě ohledně času, kdy se návštěva rodině i pracovníkovi hodí, neohlášených návštěv probíhá minimum. Cílem návštěv v rodině je především kontrola prospívání dítěte, ovšem také monitoring stavu (zdravotního, psychického–zvládnutí péče) pečovatelů a získávání informací o rodiči/rodičích dítěte.

„Šetření se provádí jak v dopoledních hodinách, tak v odpoledních hodinách. Přijdu do rodiny, bavíme se s babičkou, jak dítě prospívá, jestli jsou řádně návštěvy u dětského lékaře prováděny. Chvilku tam s tím dítětem a i se tak dívám, jak opravdu, co všechno zvládá, jestli babička je na tom zdravotně dobře a je schopná a jestli mi může říct něco nového o matce té holčičky, jestli třeba dochází pravidelně do té psychiatrické léčebny, jestli se po propuštění podílela už, že byla třeba schopná se o tu malou taky trošičku postarat.“ (O9)

Kontakty s dítětem, jejich lokalizace i forma jsou uzpůsobeny věku a zdravotnímu stavu dítěte. U větších dětí jsou voleny krom návštěv v domácnosti také návštěvy na neutrální půdě školy bez přítomnosti pečovatелů a dětem ve sledovaných kazuistikách je dáván prostor k vyjádření přání, postojů a názorů.

„Já jsem tam jela na návštěvu toho chlapce, takže víceméně povídání si s chlapcem, co nového ve škole, jak kamarádi, co babička. Takže takové víceméně návštěvy chlapce. Toho jeho prostředí. To se vlastně neměnilo, to prostředí tam jako bylo pěkné, bezproblémové. Vlastně taková ta spokojenost jako. On je schopnej se vyjadřovat, to není jako dítě, který by vám neřeklo. On spontánně vám všechno řekne, i si postěžuje, když mu něco vadí, svým stylem.“ (O5)

I ve fázi, kdy péči o dítě plně přebírá člen či členové širší rodiny, je **nezbytné poskytování základního poradenství** ze strany sociálních pracovníků, neboť noví či staronoví pečovatелé často potřebují pomoc či radu při vyhledávání informací, při právních a administrativních úkonech (komunikaci s úřady, zaměstnavateli, školou apod.) a obecně **poradenství zaměřené na péči a výchovu dítěte a podporu pečovatелům** při zvládání výchovy dítěte.

T: „Jaké budou další kroky v tomto případě...“

R: „Podporovat tu rodinu, prostě aby to fungovalo, aby tam prostě ti rodiče [míněno prarodiče dítěte] a ten vnuk prostě, aby tam prostě fungovali jako rodina, aby tam to dítě bylo spokojené a aby prostě oni zvládali výchovu. I to je prostě dost důležité, prostě zvládnout tu výchovu problémového dítěte, nebo i problémového vnuka.“ (O5)

Důležitým, ač v řadě případů velmi nesnadným aspektem sociální práce v případě selhání rodičovské péče o dítě je **působení směrem k obnovení narušené funkce rodiny a podpora a posilování vztahů mezi jednotlivými členy rodiny**, především pak mezi rodiči, pečujícími osobami a dítětem (případně sourozenci). Ze sledovaných kazuistik je zřejmé, že ve většině případů jsou vztahy mezi dítětem a pečovateli z řad širší rodiny velmi dobré, podporu ve smyslu posilování sítě vztahů v rodině je tedy potřebné zaměřit **především na vztahy s rodiči dítěte**. V případě rodičů je možné v řadě případů směřovat pomoc zejména k uspořádání rodinných poměrů tak, aby bylo možné v určitém časovém horizontu začít pracovat na návratu dítěte do rodiny. V řadě případů to však neznamená pouze vyřešení sociální a hmotné situace rodiny, ale také práci na motivaci rodiče k podrobení se léčením či terapiím, které jsou vzhledem k jeho zdravotnímu či psychickému stavu zřejmě nezbytné. Zde by součástí sociální práce mělo být i zprostředkování odborného poradenství a služeb či pomoc s jejich vyhledáváním. Tyto snahy v rozhovorech zaznívají, je zřejmé, že se objevují pouze v případech, kde je to vzhledem k reálné situaci možné, tzn. rodiče či jeden z nich je naživu a je známo místo jeho pobytu a především tam, kde je rodič alespoň v nějakém kontaktu s dítětem.

„Je jednáno i s matkou, jestli... je tlačena nebo takhle, je vedena k tomu, aby si vytvořila také jako prostředí, že by mohla jako převzít vlastně tu péči o toho chlapce.“ (O14)

Z rozhovorů je však na mnoha místech patrné, že sociální práce snaží se o obnovení narušených funkcí rodiny není zdaleka tak intenzivní a častá jako v situaci, kdy bylo nutné zajistit péči o dítě v době, kdy začala selhávat péče rodičovská.

T: „Takže máte zpracované nějaké plány, které by umožnily posun směrem k dořešení toho případu, pokud by se to mělo nějakým způsobem ještě dořešit?“

R: „Myslím si, že během tohoto roku bysme se měli s tou maminkou sejít, to jsme se tak nějak předběžně domlouvali a že by ona teda sama se rozhodla, jestli už se na to cítí, že by byla schopná převzít tu péči o tu svou dceru.“ (O9)

Iniciativa je často ponechávána především na rodiči dítěte, což je sice pochopitelné vzhledem k velkému časovému zatížení vyplývajícím z tohoto typu intervence při současné značné přetíženosti sociálních pracovníků jinými případy, ovšem vzhledem k často problematickým osobnostním rysům rodiče, jeho psychickým problémům či problémům se závislostí není reálné očekávat od této strategie výrazný úspěch. Popsaný přístup ilustruje také následující citace, ze které je patrné, že do situace, kdy je dítě spokojené v rodině pečujícího prarodiče, ovšem nejsou známy věrohodné informace o participaci drogově závislé matky na nějakém typu léčby závislosti, nechtějí sociální pracovníci příliš intervenovat. Hlavním hlediskem je pro ně dobré prospívání dítěte u pečovatele z širší rodiny. Riziko možného zhoršení situace v případě, že matka žijící ve společné domácnosti s dítětem léčbu nepodstoupí a pečující prarodič ji z domácnosti vystěhuje, je konstatováno pouze jako fakt či možné budoucí směřování případu.

„Ted' musí chtít matka tu podpůrnou službu, protože my vlastně jsme to skončili, dítě je ve škole spokojené, v pořádku, dobře prospívá. První... u matky, u babičky je taky spokojen, tak ted'ka musí tu snahu ale matka jeho.“ (O11)

Důležitost vztahu dítěte k jeho rodičům a naplňování práva dítěte na udržování kontaktu s rodiči je ze strany sociálních pracovníků reflektována a uváděna především v případech, kdy rodič nemůže o dítě pečovat vzhledem ke svému zdravotnímu a psychickému stavu. V rozhovorech nebylo explicitně následující dělení uváděno, nicméně přibližně odpovídá tomu, zda si rodič za svoji nevyhovující situaci „může sám“ (např. drogová závislost, trestná činnost, alkoholismus, opuštění dítěte) či zda péči nezvládá z „objektivních“ důvodů (diagnostikované psychiatrické onemocnění, jiné zdravotní omezení). V takovémto rozčlenění je jednak patrný jakýsi princip zásluhovosti (kdo z rodičů si udržování vztahu s dítětem zaslouží), zároveň však markantně odráží reálnou možnost sociálního pracovníka pracovat a kontaktovat se s rodičem a také obtíže při takovémto kontaktu, především z důvodu nezájmu, odmítání spolupráce či vzhledem k závislosti rodiče na omamných látkách. Sociální pracovník by se však měl snažit abstrahovat od takového posuzování a snažit se spolupracovat s původní rodinou tak, aby byla v nejvyšší možné míře zapojena do řešení situace. Takovýmto příkladem je kazuistika těžce zdravotně postiženého dítěte v důsledku utajeného porodu doma bez asistence, za jehož stav je tedy zodpovědná matka, která za to byla také potrestána odnětím svobody. Sociální pracovníce sice nepokládá budoucí péči o dítě ze strany matky za reálnou, nicméně je si vědoma důležitosti vztahu matky k dítětem, na jehož udržení a posílení má v plánu s rodinou pracovat poté, co matka ukončí výkon trestu odnětí svobody.

„Já se nespokládám na to, že matka o děti pečovat bude. Myslím si, že pro dítě bude důležité i ne její faktická péče, ale hlavně nějaký její zájem, takže toto je zatím takový možný reálnější plán, který mám. Pokud by to fungovalo jinak, matce určitě bude poskytnuta maximální pomoc, protože si myslím, že v tom výkonu trestu při té návštěvě toho vězení, tak jsem s ní byla schopná navázat

nějakej kontakt. Ona mně může věřit, ale pochopitelně budu situaci hodnotit podle zájmu dítěte." (O13)

Další práce s rodiči dítěte chybí především tam, kde k tomu existují objektivní překážky především z důvodu nepřítomnosti rodiče a jeho nulových kontaktů s dítětem a širší rodinou. V některých případech ani osoby z příbuzenstva nemají delší dobu zprávy o tom, kde se rodič dítěte nachází. Není-li dlouhodobě známo místo pobytu rodiče či pokud se sociální pracovníci s rodičem kontaktují (např. telefonicky, zanecháním vzkazu), ovšem tento jakékoli jednání neguje či ignoruje a nejeví zájem o spolupráci, není možné plánovat ani sociální práci s biologickými rodiči ani zapojení případných podpůrných služeb či odborníků.

„S matkou žádným způsobem nepracujeme. S matkou jsme se ani nikdy osobně neseekali, protože nemáme na ni žádný kontakt, trvalý pobyt má matka [adresa] na Městském úřadě vlastně na ohlašovně, kde si ani nepřebírá poštu, s matkou nejsme v žádném kontaktu ani rodina na ni nemá žádný kontakt." (O41)

„Takže vůbec nevíme zatím nic, takže první potřebujeme, aby ta matka se objevila, abysme jí zkusili přemluvit na to, aby vyhledala lékařskou pomoc a dala se trošku psychicky do pořádku." (O33)

6.9 Kontakty dítěte s biologickými rodiči

Svěřením dítěte do péče osoby v rámci širší rodiny nekončí snaha o udržení kontaktů dítěte s jeho rodiči. Budování vzájemného vztahu a podporování zájmu rodičů o dítě je vhodné nejen z důvodu psychického rozvoje dítěte, ale představuje to podstatný prvek v budoucí možnosti návratu dítěte k rodiči/rodičům či jejich plného zapojení do péče. Možnost rodičovské péče v budoucnosti je ve sledovaných případech klíčová ještě z jiného důvodu, než je právo dítěte vyrůstat v rodinném prostředí. Tímto důvodem je to, že v rámci širší rodiny pečují o děti v naprosté většině jejich prarodiče, tedy pečovatelé o generaci starší než jejich biologičtí rodiče. V mladším věku dítěte či v době následující po převzetí péče mohou prarodiče zvládat péči i její financování velmi dobře, podstatně dříve než u mladších pečovatelů je však nutné uvažovat možnost zhoršení jejich zdravotního stavu, úbytek sil na zvládnutí optimální péče i úbytek finančních prostředků spolu s přechodem z ekonomické aktivity do starobního důchodu (pokud již v době svěření dítěte do péče v důchodu nejsou).

Snaha udržovat kontakt dítěte s biologickými rodiči je však často komplikována nezájmem ze strany rodičů, v řadě případů se jedná o sporadický, případně vůbec žádný kontakt. Tato absence kontaktu je způsobena především nezájmem rodiče, o němž jeho příbuzní ani sociální pracovníci často nemají žádné zprávy a není známo ani místo jeho pobytu.

Opakem je pak velmi **intenzivní kontakt** na každodenní bázi v těch případech, kdy **rodič žije s dítětem a příbuznými ve společné domácnosti**. Častý kontakt rodičů s dítětem je možné vysledovat také v případech, že **rodiče bydlí blízko domácnosti pečující osoby** a jejich vlastní péči o dítě jim znemožňují objektivní důvody (např. bytové nebo zdravotní). V takovýchto případech mají rodiče o dítě zájem a je patrná velká snaha o udržování častých kontaktů i zapojení do běžné péče. Ta je jim ze strany pečovatelů zpravidla umožňována s vědomím, že v případech psychiatrického onemocnění nebo rizika závislosti rodiče je nutný dohled nad touto péčí.

„Maminka byla propuštěna do domácího léčení a vlastně žila ve společné domácnosti. Podílela se trošku na té výchově a (...) babička té nezletilé přišla za

mnou znovu a opět do protokolu mně uvedla, že dcera se začíná podílet na výchově, ale musí mít ta babička stálý dohled nad ní. Je schopna přebalit, nakrmit, ale že by třeba byla schopna se o ní postarat celou noc, určitě ne." (O9)

Ke kontaktu mezi dítětem a jeho rodičem **přispívá** také jeho **dobré prospívání a adaptace na rodinu pečující osoby a nekonfliktní vztah mezi pečující osobou a rodičem**. V jednom sledovaném případě se nakonec podařilo s pomocí prarodičů nejen stabilizovat situaci dítěte, které bylo vystaveno týrání ze strany nového partnera matky, ale také úspěšně navázat vztah mezi dítětem a otcem a obnovit u otce zájem o dítě do té míry, že postupem času bylo dítě svěřeno do péče otce. V dalším byla taktéž péče ze strany prarodičů využita jako mezistupeň, ve kterém byla dána šance na vylepšení vztahu mezi dítětem a otcem. Výsledkem takto navázaných vztahů pak bylo rozhodnutí chlapce, že chce žít společně se svým otcem a sourozencem, který již tou dobou s otcem žil.

„A chlapec si u babičky zvykl a babička se svým zetěm, otcem dětí, byla v celkem dobrém kontaktu, takže jsme začali na tom, aby se začaly postupně navazovat ty vztahy." (O33)

Vedle podmínek, které posilují kontakt mezi dítětem a rodiči, je nezbytné identifikovat faktory, které naopak mohou tento kontakt omezovat, znesnadňovat či přímo znemožňovat. V analyzovaných případech, kde kontakt neprobíhá, probíhá pouze sporadicky nebo je do budoucna ohrožen, nalézáme tyto hlavní rizikové faktory:

○ **vytěsnění, nezájem rodiče o styk**

V analyzovaných případech **zdravotního postižení dětí** jsou kontakty s rodiči nulové. U jednoho z rodičů je to zapříčiněno objektivní nemožností fyzického kontaktu z důvodu pobytu ve vězení, v dalších případech je však patrný nezájem rodičů o jakýkoli styk s dítětem, umocněný zřejmě i faktem závažného zdravotního postižení dítěte.

„Matka je ve výkonu trestu. Tam je vedena k tomu, aby se o své děti zajímala, to znamená se i o tady toto dítě [postižené]. Je v úzkém kontaktu se svou matkou, která jí vyslovuje naprostou podporu. Otec sám o kontakty, i když by byl zbaven rodičovské zodpovědnosti, tak v podstatě může o ně mít zájem, ale mám pocit, že on se bojí toho, co uvidí, protože není schopen unést tady tuhle věc, že dítě je těžce zdravotně postiženo." (O13)

○ **rizikové faktory na straně rodiče (chování rodiče, prostředí)**

Do možnosti styku dítěte s rodičem se negativně promítá problematické a konfliktní vystupování rodičů, jejich drogová závislost, nespolehlivost či například osoba v jejich okolí, se kterou je spojena určitá míra rizika ve vztahu k dítěti. V analyzovaném případě drogové závislosti matky je její nulový kontakt s dítětem zapříčiněn jednak jejím nezájmem, ale také nedůvěryhodností, díky níž ji babička odmítala pouštět do své domácnosti (riziko krádeží).

„Občas ale tu babičku nějakým způsobem kontaktovala, protože ona u ní měla ve sklepě nějak umístěné nějaké věci, takže pro ně chodila. Babička vlastně jí částečnou podporu dělala, to znamená, že s ní mluvila, nepouštěla jí dovnitř. (...) V době, kdy teda si potřebovala umýt ruce, protože i jednu dobu bydleli na ulici s partnerem zřejmě, tak babička jí to teda umožnila jít na záchod a umýt si ruce a pak zjistila, že jí teda matka sebrala peníze." (O20)

V dalším případě představuje překážku kontaktu nový partner matky, který je podezřelý z týrání dítěte. Matka se sice domáhá kontaktů, ale zároveň je jednání s ní do jisté míry problematické a vzhledem k její nedůvěryhodnosti nemají pečující osoby ani sociální pracovníci jistotu, že by styky matky s dítětem probíhaly bez účasti agresora (partnera matky).

„Opravdu ta maminka dala přednost teda jednoznačně tomu partnerovi před teda tímto dítětem. Její důvěryhodnost je velmi těžko, špatná. Ona nám řekne věc, kterou my si následně ověříme a vůbec není pravda. (...) Tak to se přiznám, že nevím, jakým způsobem šéfovat a jak to udělat, aby to dítě prostě s tou maminkou mohlo být a aby my jsme zabránili tomu, aby se dostalo do kontaktu s pánem. To nevím.“ (O1)

○ **teritoriální nedostupnost, stěhování**

Doposud fungující kontakt může být omezen např. relativně banálním důvodem, jakým je stěhování. Pro některé rodiče však může jejich situace a reálné možnosti (např. špatná sociální situace, zdravotní problémy rodičů, psychiatrické onemocnění) znemožňovat dojíždění do nového bydliště příbuzných.

„Mě zneklidňuje fakt, že mám strach, že ten kontakt těch rodičů s dítětem nebude do budoucna až tak častý, protože prarodiče po té, co jsem jim teda zapsala ten návrh na tu pěstounskou péči, co teda už proběhl ten soud a soud to schválil, tak vlastně prarodiče mi sdělili, že se maj v úmyslu stěhovat do (jméno obce). A já nevěřím moc tomu, že teda by rodiče byli schopni tam dojíždět za tím dítětem, což mě teda dost mrzí, protože si myslím, že ten kontakt toho dítěte s těma rodičema by tam měl být, protože to dítě na ty rodiče je fixovaný.“ (O19)

○ **výkon trestu odnětí svobody**

V případě, kdy je rodič ve výkonu trestu odnětí svobody, mohou být kontakty s dítětem ovlivněny jak interpersonálními vazbami v rámci rodiny, tak také materiálními a ekonomickými podmínkami. Setkáváme se s případem, kde kontakt dítěte s rodičem dlouhodobě pobývajícím ve vězení nebyl žádný z důvodu rozpadu vztahu mezi rodiči. Vzájemná neznalost a absence vztahu mezi dítětem a rodičem v důsledku představovala rizikový faktor při zajišťování péče o dítě po úmrtí matky.

„[Otec] Měl možnost styku, protože tam probíhaly pořád ty styky [dítěte] s tou babičkou [matkou otce]. Jenže v okamžiku, kdy se vrátil z výkonu trestu, ten chlapec už neměl takovej zájem. (...) Takže to bylo 6 let, kdy on vlastně tady prostě pro něho ten otec nic neznamenal asi. (...) On ten tatínek ani moc těch pobytů nebo takhle, té přítomnosti, možnosti přítomnosti se synem v době, kdy on byl u babičky ani nevyužíval. On většinou byl někde pryč.“ (O5)

V jiném případě, kde vztah mezi dětmi a rodiči existuje, je kontakt omezen pouze na korespondenční formu, neboť kvůli špatné sociální situaci rodiny nelze návštěvy realizovat. Kontakty mezi rodiči a dětmi zejména ze sociálně slabých rodin jsou v takovýchto případech determinovány především vzdáleností místa pobytu rodiče od místa pobytu dětí.

„Co vím, tak si píší. (...) Víím, že několikrát, jestli dvakrát nebo třikrát, byly navštívit vlastně ty rodiče ve věznici. Každý někde jinde, je to docela daleko, tak i jako finančně je to náročné. Myslím, že dvakrát nebo třikrát tam byly. Ale nejsem si jistá, jestli úplně všechny děti.“ (O23)

Především v případech, kdy jsou identifikované rizikové faktory na straně rodičů, nezájmu o styk s dítětem či jejich osobnostní rysy, které styky s dítětem i jeho pečovateli do velké míry problematizují či omezují, je opakovaně **vyslovována potřeba služeb založených na mediaci a asistenci při podporování kontaktů dětí a pečovateli s rodičem**. Takovéto služby by měly být zapojeny pokud možno co nejdříve, aby byla šance udržet nějaký vztah mezi dítětem (příp. jeho pečovateli) a biologickými rodiči.

„Chtěla bych asistenční služby do rodiny při kontaktu pěstounů a dětí s rodiči, aby ten vztah byl asistovaný, ten kontakt asistovaný a vztah byl udržovaný, popřípadě se rozvíjel dál.“ (O29)

6.10 Kontakty dítěte s dalšími sourozenci

Sourozenecký vztah je z hlediska utváření osobnosti člověka velmi podstatný a především v rodinách, kde dospělí nevládají či zanedbávají výchovu dětí, mohou sourozenci vytvářet náhradní systém opory. Při rozhodování o intervenci a možných náhradních formách péče je proto nutné zohledňovat sourozenecké vazby a vztahy.

V polovině sledovaných případů nemá dítě sourozence. V ostatních případech je však kontakt se sourozenci vždy zachován. V některých případech žijí sourozenci ve společné domácnosti, neboť jsou v péči stejné osoby z příbuzenstva. V dalších případech je zřejmá snaha o navázání a udržení kontaktu se sourozenci i v případech, kdy je kontakt dětí s rodičem přerušen nebo je velmi omezený a další sourozenci žijí v jiném prostředí.

„Takže ta matka sama pořád ještě není natolik důvěryhodná, aby bylo možné nějaký pravidelný nebo delší kontakt s tím dítětem umožnit. Pokud se týká těch polorodých sourozenců, tak toto jsme pomáhali zajistit a dá se říct, že teda první kroky jsou navázány, takže babička byla navštívit, protože mezitím ti polorodí sourozenci se dostali taky do pěstounské péče prarodičů z druhé strany.“ (O20)

6.11 Možnosti budoucího návratu do domácnosti rodiče/rodičů

O návratu dítěte do péče biologické rodiny není ve většině analyzovaných případů v krátkodobějším horizontu uvažováno. Vyplývá to do značné míry z povahy jednotlivých případů a limitů, které návratu dítěte do péče rodiče brání. Možnost budoucího zajištění péče o dítě ze strany jeho rodiče/rodičů je problematická v případech, kdy je jejich vzájemná vazba porušená či dítě rodiče příliš nezná. Jednostranná snaha ze strany rodičů bez možnosti odborné mediace a postupného navazování vzájemných vztahů pak může vyústit v konfliktní situaci nesoucí s sebou negativní dopady pro dítě. V citovaném případě vyústila snaha otce o svěření dítěte, které jej téměř neznalo, v konfliktní situaci, která neskončila svěřením dítěte do péče otce, ale výrazným zhoršením prospívání dítěte.

„On [otec] vůbec přestal nějak respektovat nebo prostě on ho nerespektoval vůbec, přání dítěte, zájem dítěte. Na to on vůbec neslyšel. On prostě viděl svůj hlavní zájem. On to dítě potřeboval za každou cenu. A to, že dítě řeklo, že prostě nechce ... Dotyčnej teda řekl, že ne, že on prostě chce zůstat tady u této babičky

v tomto prostředí, on nechce měnit školu, on prostě tady si zvykl a tady bude. A tatínek řekl - já udělám všechno pro to, já i přesto ten návrh podám..." (O5)

Návrat do péče rodičů je hodnocen jako značně problematický také v případech existující psychiatrické diagnózy rodiče. Často může být tento návrat **podmíněn úspěšným a dlouhodobějším léčením** rodiče/rodičů a poskytnutím asistence a dohledu nad péčí.

„Já si myslím, že pokud ona by chodila řádně na ty preventivní kontroly, jak by měla, tak by se mohla zlepšit, protože už to je asi rok a ona fakt opravdu už rok pracuje a o těch víkendech snad je schopna se o to dítě postarat. Babička jí vždycky nachystá oblečení, dokonce i nějaký jídlo té malé navaří ... Ale je potřeba mít nad ní ještě pořád dohled.“ (O9)

Obdobné požadavky ohledně nutnosti léčby a následného dohledu jsou formulovány v případě rodičů majících problémy se závislostí. Zde pak vystupuje riziko zhoršení situace v případě, že léčení není úspěšné. Může tak dojít k úplnému přerušení kontaktů s dítětem a v případě, kdy takovýto rodič sdílí s dítětem a pečujícími příbuznými společnou domácnost, k jeho vystěhování.

„Riziko vidím asi takové, že ta matka to nezvládne a že se nebude chtít léčit a že v náznuu babičky, ona říkala, že v každém případě by nedovolila, aby se díval syn na zdrogovanou matku, takže bohužel by jí z toho bytu vyhodila.“ (O11)

Jako bariéra pro návrat dítěte k rodičům či jednomu z nich figurují v analyzovaných případech také **sociální důvody** (bytové podmínky, finanční obtíže apod.). V následujícím případě je tento důvod o to více alarmující, že matka se do špatné sociální situace dostala po rozchodu s otcem dětí, který byl podezřelý z týrání chlapce nyní svěřeného do péče prarodičů, a zároveň pokračuje v kontinuální péči o další dvě děti. Současně je zde patrný dobrý vztah mezi dítětem a matkou, časté kontakty a zájem matky. Zdá se tedy, že jedinou překážkou pro znovupřijetí dítěte do své domácnosti jsou špatné materiální podmínky matky.

„(...) matce jako na chlapci záleží. Ale ona má problém v tom, že nemá vytvořený jako takové bytové podmínky, aby teda o toho chlapce mohla pečovat jako sama.“ (O14)

6.12 Spatřovaná rizika do budoucna

Hodnotíme-li současný stav zajištění péče o dítě, jeví se situace v řadě případů jako stabilizovaná, prarodiče či další osoby zajišťují řádnou péči o dítě, které se na situaci dobře a rychle adaptuje. Existují zde výjimky, naznačené již v předchozích částech, kde péče neprobíhá dobře a je zvažována i ústavní výchova. **Celkový obrázek situace po svěřením dítěte do péče širší rodiny však vyznívá pozitivně**, z analyzovaných výpovědí vyplývá fakt, že náhradní péče v kruhu širší rodiny je ve většině případů nejlepší alternativou k výchově v biologické rodině. Ve sledovaných rodinách děti prospívají velmi dobře, žijí ve vyhovujících podmínkách (často mnohem lepších než v původní rodině) a samy vyjadřují spokojenost. Zaměříme-li se však v analýze na budoucí vize směřování případu, sociální pracovníci velmi často poukazují na nejistou prognózu a rizikové faktory, které mohou v delším či kratším časovém horizontu situaci dítěte a jeho pečovateli změnit. Tato rizika se objevují v zásadě jak na straně biologických rodičů, tak na straně pečovateli i dítěte samotného.

○ **Rizika na straně biologických rodičů**

Rizika na straně rodičů jsou zdůrazňována především v případech psychiatrického onemocnění rodiče, závislosti rodiče na drogách a tam, kde rodič dítě opustil a není s ním v žádném kontaktu. Obava panuje především z toho, jak se situace bude dále vyvíjet, pokud se rodič najednou znovu objeví a bude se dožadovat péče o dítě, které k němu v současné chvíli nemá vybudovanou žádnou vazbu a v některých případech jej ani nezná.

T: „Existují nějaká rizika ve vývoji tohoto případu směrem do budoucna, co se týká dítěte?“

R: „Tak určitě, co se týká toho dítěte ano, obzvláště pokud ta matka se jednou objeví a bude chtít třeba dceru do péče.“ (O41)

Jak je patrné z výše popisované kauzy návratu otce z dlouhodobého výkonu trestu odnětí svobody, nevedla jeho deklarovaná snaha o převzetí dítěte do péče k dobrým výsledkům a negativně ovlivnila psychiku a chování dítěte.

V dalších kazuistikách je budoucí vývoj případu podmíněn aktivní snahou rodiče o zvládnutí svého zdravotního stavu, případně závislosti na omamných látkách. Sociální pracovníci často deklarují, že nikdo nechce rodičům bránit ve styku nebo upírat jejich rodičovská práva, důraz však kladou na nutnost stabilizace zdravotního anebo psychického stavu rodiče.

„Riziko je, že matka se objeví, začne... protože není léčená a již znalci, přestože matku nevyšetřili, co získali materiály a různé zprávy, který... nebo ze spisu, co matka prováděla, tak z toho usoudili, že matka je psychicky pravděpodobně nemocná a bylo by důležité, aby se přeléčila. Pokud to takto matka neučiní, je nevyzpytatelná a může dělat cokoliv.“ (O33)

○ **Rizika na straně pečovatelů**

Rizika na straně pečujících osob v rámci příbuzenstva jsou zmiňována především ve vztahu k jejich věku či zdraví, kde v budoucnu hrozí potenciální nezvládnutí péče v důsledku vyššího věku či zhoršujícího se zdravotního stavu.

„Tam by nastal problém jedině v tom, že by opravdu, že by se v uvozovkách něco stalo se strýcem, v podstatě babička ta už je hodně stará, takže je tam takové, že by možná hrozila ústavní výchova, ale to bysme asi předbíhali hodně.“ (O51)

Další budoucí rizika jsou spatřována v případě nestability rodinného prostředí pečovatelů či v souvislosti s migrací, stěhováním rodiny pečovatelů. V případech postižených dětí velmi silně zaznívá obava z budoucího vývoje, především vzhledem k možnostem prarodičů dlouhodobě zvládat velmi náročnou péči, výrazné absenci specializovaných asistenčních služeb i omezeným finančním možnostem pečovatelů.

„(...) z toho mám velké obavy, protože vůbec nevím, jak to může dopadnout jednou do budoucna. Myslím hlavně materiální stránku a mám trošku i strach o jeho zdravotní stav, protože tím jak on vlastně je medikován poměrně silnějma práškama a tak dál, je otázka, jak se ten jeho zdravotní stav bude vyvíjet dál.“ (O20)

o **Rizika na straně dítěte**

Rizika na straně dítěte jsou zmiňována především v případech, kde panuje obava z dalšího vývoje vzhledem k rozpoznávanému problémovému chování dítěte, či tam, kde je dítě průběžně v péči psychologů vlivem situace, kterou ve své původní rodině zažilo (v případech týraných dětí).

„Já tam vidím rizika spíš jako bych řekl v osobní charakteristice toho chlapce. Proto bylo prostě apelováno i na ty náhradní rodiče, aby teda jako vytrvali a navštěvovali toho dětského psychologa.“ (O14)

V takovýchto případech je důležitým prvkem práce s rodinou následný monitoring situace a průběžná evaluace případu. V situacích zhoršení chování dítěte nebo jeho prospívání by s pečující rodinou měly být diskutovány možnosti intervence odborných subjektů (psychologů, výchovných poradců, rodinných poradců apod.).

6.13 Shrnutí

- o Ve většině analyzovaných případů, ve kterých převzala péči o dítě širší rodina, je v určitých fázích řešení případu patrná intenzivní sociální práce, neboť v takovýchto případech se často vyskytují akutní fáze, kdy je dítě ve svém prostředí ohroženo. Tyto situace vyžadují **spolupráci s biologickou rodinou**, při aplikaci principu snahy o udržení dítěte v rodinném prostředí pak především **spolupráce s širší rodinou**. Tato spolupráce je v řadě případů intenzivnější než s biologickými rodiči, obzvláště ve fázi volby budoucího výchovného uspořádání a jeho zajišťování (věcného i formálního). Přitom spolupráce s rodinou je klíčovým momentem, který ovlivňuje rozhodnutí sociálního pracovníka a možnosti řešení případu. Mezi nejzávažnější **limitní faktory spolupráce** patří nezáměr ze strany rodičů plynoucí z nezáměru o výchovu dítěte, jejich nevyzrálost, snížená mentální a intelektuální vybavenost či problém se závislostí, také však z nedůvěry ve správnost úsudku pracovníka OSPOD.
- o Náhradní péče v kruhu širší rodiny je ve většině případů nejlepší alternativou k výchově v biologické rodině. Ve většině sledovaných rodin děti dobře prospívají a žijí ve vyhovujících podmínkách. Dobrá adaptace a prospívání dětí je v řadě případů ovlivněna také tím, že sociální pracovníci s dětmi (především ale těmi staršími) změny většinou probírají, zjišťují jejich zájem o umístění do péče příbuzných a výsledné doporučení často reflektuje projevené přání dítěte.
- o V několika případech poukazovali pracovníci OSPOD na **rozdílnost přístupu k řešení situace dítěte ze strany soudů**. Tyto případy se týkaly zejména situací, kdy prarodiče, případně sourozenci biologických rodičů, mající v péči dítě, chtěli tuto péči formalizovat prostřednictvím institutu pěstounské péče. Soudní rozhodnutí jim to však neumožnilo s poukazem na neadekvátní motivaci příbuzných. Tato rozhodnutí jsou sociálními pracovníky interpretována jako rozhodnutí, která jdou proti nejlepšímu zájmu dítěte.
- o **Prospívání dítěte** v rodinách příbuzných osob může být ohroženo několika faktory - nezvládne-li pečující osoba svoji roli, projeví-li se negativní působení ze strany rodiče/rodičů i nastanou-li změny v rodině pečovatelů (např. rozpad rodiny).
- o **O návratu dítěte** do péče biologické rodiny není vzhledem k povahám jednotlivých případů uvažováno. V řadě případů lze identifikovat **potenciální rizikovost budoucího vývoje** vzhledem k často problematické osobnosti rodiče, reálným možnostem pečovatele (věku a zdravotnímu stavu u prarodičů, finančním možnostem u všech

příbuzných) i problémům (především výchovných nebo zdravotních) na straně dítěte.

- Vzhledem k řadě faktorů, které mohou situaci dítěte v širší rodině v kratším i delším časovém horizontu negativně ovlivnit, je **nezbytný průběžný monitoring situace, evaluace případu a práce s rodinou**. V případě identifikace potenciálního rizika je klíčové včasné zapojování podpůrných služeb, asistence a poradenství. Především na práci s biologickými rodiči dětí však v řadě případů není prostor a samotná sociální práce je limitována mimo jiné přístupem rodiče či jeho úplnou absencí a nezájmem o spolupráci a kontakty. V analyzovaných případech je také identifikována absence vhodných služeb nebo omezená možnost jejich využívání rodinami.

7. Dítě v institucionální péči

Umístování dětí do ústavní péče patří v české společnosti tradičně mezi citlivé otázky. Situace je často zkomplikovaná medializací tématu a nejasností, proč je v naší republice tak velký počet dětí umístován mimo svoji biologickou rodinu. Problematika dětí v ústavní péči se významným způsobem dotýká kvality práce subjektů, které jsou zapojeny do procesu rozhodování o umístění, přičemž stěžejní roli v tomto procesu hrají pracovníci sociálně-právní ochrany dětí.

Jedním z cílů, ke kterému by práce pracovníků OSPOD s rodinou měla směřovat, je, pokud to okolnosti dovolí, udržet dítě v biologické rodině a snažit se tedy jeho umístění do ústavní výchovy zabránit. Přes veškerou vyvíjenou snahu se ne vždy podaří tento cíl naplnit a dítě musí být z rodiny dočasně či trvale odebráno. Soud může dítě umístit do zařízení vyžadující okamžitou pomoc nebo může nad dítětem nařídit ústavní výchovu, jestliže rodina neplní svoji funkci, výchova dítěte je vážně ohrožena nebo narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo se rodiče či osoby odpovědné za výchovu nemohou o dítě ze závažných důvodů starat, starat se nechtějí nebo to neumějí (Pěstouni..., 2007).

Tato kapitola se zaměřuje především na specifika práce pracovníků OSPOD s rodinami, kde byly děti umístěny mimo svou biologickou rodinu do některého typu pobytového zařízení, a na porozumění důvodům, které vedou pracovníky OSPOD k rozhodnutí, že pro dítě je lepší jiná výchova než výchova v domácím prostředí.

7.1 Umístění dítěte mimo biologickou rodinu

Umístění dítěte mimo biologickou rodinu představuje jednu z krajních intervencí pracovníků OSPOD. V případě, že **selžou všechny ostatní intervence vedoucí k udržení dítěte v rodině, nastupuje toto mezní řešení situace, jehož cílem je ochrana dítěte a zajištění jeho výchovy a příznivého vývoje**. K umístění dítěte mimo biologickou rodinu vedou dva hlavní důvody:

- (1) problémové chování dítěte, které nedokáží rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte sami svými výchovnými metodami zvládnout

Pro většinu těchto případů analyzovaných v rámci tohoto výzkumu je společné, že problémové děti pocházejí z disfunkčních rodin. Primární problémy, které mohou mít následně vliv na chování dětí, je tedy nutno hledat v rodinném prostředí, nikoli jen u dětí. U většiny rodin, z nichž tyto děti pocházejí, se setkáváme alespoň s jedním (většinou i s více) z následujících problémů: dítě je v péči pouze jednoho z rodičů (po rozvodu či rozchodu rodičů); alkoholismus, násilné chování, trestná činnost, zdravotní/psychické problémy (jednoho z) rodičů; špatná sociální situace rodiny, nezaměstnanost, nedostatečná péče o dítě. Modelovým případem je rodina, kdy o chlapce pečuje pouze matka, otec alkoholik je (či byl) ve výkonu trestu, násilné chování používal i vůči své rodině, rodina je sociálně slabá a matka problémové chování v podobě záškoláctví, agresivity, trestné činnosti apod. u dítěte přestane zvládat.

- (2) problémový přístup k výchově a péči o dítě ze strany rodičů či jiných osob odpovědných za jeho výchovu (nezájem, zanedbávání, týrání, zneužívání)

Tyto důvody jdou mnohdy ruku v ruce se zdravotním postižením dítěte, špatnou sociální i bytovou situací rodiny, neúplností rodiny, zdravotními, resp. psychickými

problémy (jednoho z) rodičů či nízkým intelektem rodičů.

Mezi **iniciátory podnětu** k zahájení procesu, který posléze vyústí v umístění dítěte do zařízení ústavní péče, patří:

- **Pracovníci OSPOD na základě šetření v terénu** a dlouhodobějšího pozorování rodiny - špatná sociální situace rodiny, neschopnost pečovat o dítě z důvodu nevyzrálosti, mentálních a intelektových kapacit, patologického chování jak rodičů (či jiných rodinných příslušníků), tak dětí, případně nevhodných životních podmínek pro výchovu dítěte
- **Pracovníci OSPOD na podnět jiné instituce** - školy (zanedbávání výchovy, patologické chování dítěte, známky zneužívání a týrání), policie (trestní oznámení), zdravotnického zařízení (známky týrání a zneužívání dítěte)
- **Rodiče** - v případě nezájmu o výchovu, špatné finanční situace a materiálního zázemí, z objektivních důvodů nemoci, nástupu k výkonu trestu, neschopnosti korigovat patologické chování dítěte, nezvládnutí výchovy
- **Rodinní příslušníci a jiné blízké osoby** (v případě, že sami shledávají patologické faktory ve výchově v rodinách svých blízkých) - ve sledovaném vzorku případů se v této souvislosti poměrně často objevují také situace, kdy blízcí příbuzní zjistí drogovou závislost rodičů a sami proto podávají podnět na řešení situace ve prospěch dítěte. Ve většině těchto případů se pak tito příbuzní - prarodiče, tety, dospělí sourozenci - ujímají dohledu nad výchovou nezletilého
- **Anonymní osoba** - jde o případy, kdy je OSPOD kontaktován někým z blízkého okolí rodiny v případě, že existují indicie patologického charakteru výchovy v této rodině

Podněty k umístění dítěte do ústavní výchovy mohou kromě obecních úřadů s rozšířenou působností podávat také další aktéři působící v oblasti ochrany dítěte, zvláště pak další obecní úřady, krajské úřady a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v rámci svých kompetencí. O umístění dítěte do ústavního zařízení (na základě vydání předběžného opatření či nařízení ústavní výchovy) pak rozhoduje soud.

7.2 Práce s rodinou před umístěním dítěte do ústavní výchovy

Ve většině sledovaných případů, které vyústily v umístění dítěte do ústavní výchovy, lze pozorovat intenzivní snahu sociálních pracovníků o udržení dítěte v rodině. Tento postup je v souladu se soudobými trendy v oblasti výchovy nezletilých, které upřednostňují výchovu v rodině, případně v institucích charakterově podobných rodinnému prostředí před umístěním dítěte do ústavní výchovy (Barth, 2008; Matějček, 2009).

Snaha pracovníků OSPOD o odvrácení hrozby ústavní výchovy se promítá do jejich intenzivní spolupráce s rodinou, a to jak nukleární, tak širší. Tato spolupráce probíhá většinou formou **poradenství, doporučování různých institucí a služeb na podporu obnovy fungování rodiny, intenzivní komunikací a prací s rodinnými příslušníky** ve snaze přimět je ke změně rodičovského chování, s využitím opatření, jež umožňuje zákon - nejčastěji napomenutí a (soudní) dohled.²⁰ V rámci těchto

²⁰ Vyžaduje-li to zájem na řádné výchově dítěte, může soud, neučinil-li tak orgán sociálně-právní ochrany dětí, učinit tato opatření: a) napomene vhodným způsobem nezletilého, jeho rodiče a osoby, které narušují

opatření jsou pak dítěti, případně rodičům, ukládány podmínky, jejichž splnění by mělo vést k nápravě situace. V rámci (soudního) dohledu bývá rodinám nabízena intenzivnější spolupráce s dalšími odborníky (rodinní poradci, psychologové, psychiatři atp.) či je rozvíjena spolupráce rodiny s NNO specializujícími se na sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

V rámci snahy o udržení dítěte v rodině jsou pracovníci OSPOD s rodinou v častém kontaktu. Pokud docházejí na (kontrolní) návštěvy do rodiny, bývají zpravidla neohlášené.

„To bylo minimálně každý týden dvě, tři [návštěvy]. Jako těch bylo hodně. Protože tam to bylo složitý. Tam opravdu jako to bylo, tam se dá říct, že obden jako někdo v té rodině byl. (...) A zároveň teda jsme požádali o spolupráci [NNO poskytující sanační a sociálně-aktivizační služby], protože to v té nabídce jejich jako služeb vlastně jsme si mysleli, že by jí mohli, té rodině pomoci teda se zajištěním nějakého bydlení a já nevím, s tím doprovázením po úřadech, s vyřizováním sociálních dávek. (...) Jako aby opravdu ta [jméno dítěte] vlastně tam mohla zůstat.“ (P13)

Velmi často se jedná o spolupráci dlouhodobou (s rodinami se pracovalo i více než 10 let) a intenzivní, než jsou vyčerpány veškeré možnosti vedoucí k nápravě poměrů v rodině, kde hrozí odebrání dítěte z rodiny z důvodu neposkytování adekvátní péče a podmínek pro zdravý vývoj dítěte, popřípadě zbavení rodičů rodičovských práv. Ústavní péče je pak v těchto případech vnímána jako zdroj bezpečí a ochrany dítěte.

„...trvalo tři roky, že jsme s tou rodinou pracovali intenzivně, než došlo k umístění dětí mimo rodinu tím, že vlastně ty podmínky tam už dostaly se do fáze, že byly pro děti nevyhovující...“ (KV19)

Rovněž v případech dětí, které byly umístěny do ústavního zařízení z důvodu problémového chování, vyvíjeli sociální pracovníci poměrně značnou snahu o jejich nápravu a udržení v rodině. Mezi využívaná opatření lze řadit například časté výchovné pohovory s dítětem, snahu zapojit do nápravy problémového chování dítěte ostatní členy rodiny, využití preventivně výchovného pobytu či například pobytu na psychiatrii. Již ze samotného zařazení těchto případů do této kapitoly však vyplývá, že vyvíjená snaha zde bohužel nebyla úspěšná.

„Rozhodnutí vycházelo vlastně z konkrétní situace, kdy přestupkové jednání nezletilého je takovým výchovným vybočením mírného charakteru, kdy se snažíme posílit kompetence rodičů a ponechat jejich autonomii, rozhodování, kdy pouze máme potřebu nebo chceme jim pouze pomoci. Pokud se to stupňuje, snažíme se využít všech opatření, které se nám nabízí a které se nám jeví jako vhodné, abychom odvrátili další recidivu a agresivní chování, případně jakékoliv nežádoucí vlivy. A věc vlastně vrátili do původního stavu. (...) S odstupem času se domnívám, že jsme opravdu využili všechny možnosti, které máme vlastně od výchovného pohovoru, opakovaného výchovného pohovoru, pobytu ve středisku výchovné péče, před tím vlastně ještě následoval pobyt na psychiatrii... Takže si myslím, že opravu byly využity veškeré možnosti, které nám zákon umožňuje nebo ukládá.“ (O15)

jeho řádnou výchovu; b) stanoví nad nezletilým dohled a provádí jej za součinnosti školy, občanských sdružení v místě bydliště nebo na pracovišti; c) uloží nezletilému omezení, která brání škodlivým vlivům na jeho výchovu, zejména návštěvu podniků a zábav pro nezletilého vzhledem k jeho osobě nevhodných. Pro učinění těchto opatření orgán sociálně-právní ochrany dětí nepotřebuje schválení soudu. Měnit nebo rušit taková opatření může orgán, který je učinil (§ 43 zákona o rodině).

Jako klíčový faktor procesu rozhodování zda dítě umístit do náhradní péče či ponechat ve výchově v biologické rodině, se ukazuje **zájem rodičů o spolupráci s pracovníky OSPOD**. V rámci analýzy případů jsme se nesetkali se situací, že by tento faktor nebyl zohledňován v průběhu aktivit sociálních pracovníků směrem k rodinám. Současně jsme zaznamenali, že rodiče často nechtěli aktivně participovat na spolupráci s pracovníky OSPOD. Mezi limitující faktory spolupráce patřila nevyzrálost rodičů, jejich snížená mentální a intelektuální vybavenost, psychická labilita, psychiatrické diagnózy, závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Významným bylo v tomto ohledu také absolutní odmítání jakéhokoliv kontaktu a spolupráce plynoucí z nezájmu o výchovu dítěte a nedůvěra rodičů v adekvátní posouzení případu pracovníkem OSPOD. Setkali jsme se i s případy, kdy rodiče odmítali pomoc s přesvědčením, že péči o děti i přes všechny potíže zvládnou vlastními silami a pomoc z vnějšku tedy nepotřebují. Tento postoj mohl být podpořen i tím, že si nechtěli připustit možnost, že mohli určitým způsobem ve výchově dětí „selhat“.

V extrémních případech se setkáváme s neschopností rodičů vůbec přijmout jakékoliv cizí posouzení a s neadekvátním přeceňováním svých vlastních instinktů. Bojkot snahy pracovníků OSPOD o oboustranně prospěšné řešení situace dokládá následující citace.

„(...) pak už to prostě bylo neúnosný, tak jsem podala návrh na nařízení ústavní výchovy a teď začala ta peripetie velká, kdy teda návrh byl podaný, ovšem k nařízení ústavní výchovy došlo až téměř po roce (...), protože maminka stále uváděla, že chlapec teda když je doma v její péči, tak je bezproblémový, poslouchá je, škola si vymýšlí, OSPOD si vymýšlí, vymýšlí si samozřejmě paní psychiatricka, která už je spojená s OSPODem, vymýšlí si speciální pedagog. (...) Posléze nastoupil do těch [název zařízení], tam byl zkrácenou dobu, než měl být, protože když maminka za ním přišla, tak začal brečet, že se to tam nedá vydržet a prostě jako ta adaptace byla hodně špatná, tak ho maminka na revers vzala zase zpátky, nicméně u soudu pak uváděla, že ho musela vzít z finančních důvodů a popírala, že by ho vzala na revers. Tak pak se teda ta ústavní výchova nařídila a do toho se nám maminka opět odvolala ke krajskému soudu, takže chlapec tak nějak chodil a nechodil do školy, bylo to takový docela divoký, když jsem jim řekla, aby přišli ke mně na oddělení, tak maminka vždycky slíbila jo, jo, my přijdeme, pak zase nepřišla, do školy opět nechodil. Krajský soud nám potvrdil rozsudek, takže chlapec byl teda odvezen do diagnostického ústavu do [název města]“. (KV47)

V ojedinělých případech byla nařízena ústavní péče o dítě z důvodu jeho specifických potřeb, přestože podmínky pro výchovu tohoto dítěte v rodině nebyly patologické. Důvodem pro takové řešení byla neexistence služeb zacílených na podporu výchovy dětí s takovými specifickými potřebami, zatímco v doporučeném ústavním zařízení se s těmito potřebami dětí pracovalo. Z tohoto je patrná důležitost specifických služeb, které by mohly nabízet rodinám pomoc při zvládnání jejich životní situace. Tyto aktivity jsou často doménou NNO, které se zaměřují na praktický rozvoj rodičovských kompetencí a mohou sehrát významnou roli ve zvyšování sociálního fungování rodin, kde je ohrožena výchova dítěte.

Ještě před umístěním dítěte do ústavní péče je však pečlivě prověřováno, zda neexistují **možnosti alternativní péče** v kruhu rodinných příbuzných. V takových případech se většinou oslovují prarodiče dítěte, případně sourozenci rodičů, zletilí sourozenci dítěte či další členové širší rodiny.

„Hledali jsme, snažili jsme se samozřejmě najít prvotně pomoc ze strany té rodiny, ovšem tatínek nehodlal se do toho nějak zapojit z důvodu toho, že má

novou rodinu. A prarodiče už potom nezvládali dívku, nevěděli si s ní rady, nevěděli, jak ty problémy řešit. Takže už nebyl v rodině nikdo kromě tety vlastně a strýce, kteří bydlí v [název města], ovšem kteří si vzali do pěstounské péče její mladší sestru a taktéž řekli, že [jméno dívky] by nezvládli. Takže v podstatě už nebylo na koho jiného se obrátit." (O32)

7.3 Volba pobytového zařízení

V případě, že neexistují jiné alternativy řešení situace, se volba ústavního zařízení odvíjí především od typu případu dítěte, které má být umístěno mimo biologickou rodinu, ale také od dalších okolností. Roli v rozhodování hraje věk dítěte, vybavenost regionu těmito typy zařízení a také vybavenost dalšími službami, které podporují eventualitu návratu dítěte do rodiny. Sociální pracovníci považují při umísťování dítěte za nejdůležitější okolnost **udržení vazeb s biologickou rodinou** (je-li ovšem o toto zájem a je-li to ve prospěch dítěte vzhledem k okolnostem kauzy), a to zejména s ohledem na časové, finanční a materiální možnosti, ale také mentální a psychické schopnosti rodičů (případně příbuzných) zůstat s dítětem umístěným v ústavní péči v kontaktu. Příkladem toho, že ne vždy je tato snaha pracovníků OSPOD účinná (chybějící služby, neexistence ústavního zařízení se specifickým léčebným programem), je situace popsána sociální pracovníci v následujícím úryvku:

T: „Na základě diagnostiky se vyhledává ústav?“

R: „Zatím se vyhledává, aby byl co nejbližší k rodině. Aby neztratil kontakt s rodinou, aby byl co nejbližší k rodině. Zatím nám pět nebo šest, možná i víc, což máme tady zadokumentované, ústavů po předložení diagnostice chlapce odmítly. Všechny. A byl požádán i krajský úřad o pomoc v řešení této situace.“ (KV26)

Pokud se umísťují do ústavní výchovy **sourozenci**, zákon o SPO ukládá, aby OSPOD dbal na to, aby sourozenci byli v ústavní výchově umístěni společně. Ve všech sledovaných kauzách je společné umístění sourozenců v ústavní výchově, ale i v NRP, prioritou. Pokud i přes to nebylo možné sourozence umístit v rámci jednoho ústavního zařízení (např. vzhledem k věku), byla snaha řešit umístění dětí na základě kritéria minimální vzdálenosti mezi jednotlivými ústavními zařízeními a místem trvalého pobytu rodičů, případně zohledňována blízkost příbuzenských sítí pro možnost udržení kontaktu dítěte v rámci širší rodiny. V některých případech muselo z objektivních důvodů (např. potřeba specializované péče pro jedno z dětí) dojít k rozdělení sourozenců a jejich umístění v různých ústavních zařízeních až v průběhu výkonu ústavní výchovy.

Shrneme-li poznatky z případů, kdy děti byly umísťovány mimo biologickou rodinu v rámci zařízení pro výkon ústavní péče, ochranné výchovy, preventivně výchovné péče a zařízení sociálně-právní ochrany, pak můžeme důvody volby jednotlivých zařízení rozdělit dle následující typologie:

1/ Volba zařízení z důvodu problémového chování dítěte

- **Střediska výchovné péče (SVP)**

Internátní forma preventivně výchovného programu v SVP bývá v souladu s příslušnou právní úpravou (§ 16 zákona č. 109/2002 Sb.) volena u dětí s rizikem poruch chování či s již rozvinutými projevy poruch chování, u nichž není nařízena ústavní výchova

nebo uložena ochranná výchova. Zpravidla bývá doporučena v návaznosti na ambulantní speciálně pedagogické a psychologické služby v SVP, neměly-li ty samy o sobě již dostatečný účinek. Z hlediska strategie práce kurátora s dětským/mladistvým klientem bývá pobyt v SVP volen jako prevence dalšího vyhrocení problémů, jež by později mohlo vyústit v nařízení ústavní nebo dokonce ochranné výchovy.

V rozhodování o konkrétním zařízení (kromě spádovosti) hraje roli zejména:

- a) *Volná kapacita* - v zájmu účinnosti pobytu je žádoucí jeho co nejrychlejší zahájení jako bezprostřední reakce na jeho podnět (problém/prohřešek dítěte). Naplněná kapacita SVP však často bývá příčinou odkladu nástupu či volby vzdálenějšího zařízení (sociálně slabé rodiny pak mají ztíženou možnost kontaktu s dítětem).
- b) *Povinnost finanční spoluúčasti* osob odpovědných za výchovu dítěte na úhradě internátního pobytu dítěte. Pobyt v SVP je pro rodiny na rozdíl od jiných pobytových zařízení podstatně finančně nákladnější, což, jak se ukazuje, může pro sociálně slabé rodiny představovat zásadní překážku jeho využití, jako například v následující kauze. V ní měl vnuk nastoupit na preventivní pobyt do SVP, kam docházel ambulantně a kde s ním již byla navázána spolupráce. Prarodiče, kteří ho mají v péči, však z finančních důvodů tento pobyt odmítli. Vnuk na doporučení OSPOD i SVP proto absolvoval terapeutický pobyt v místní psychiatrické léčebně, který je dle vyjádření kurátorky ekvivalentem pobytu v SVP a přitom je hrazen z pojištění. Léčebna navíc sídlí přímo v místě bydliště - prarodiče tak ještě ušetřili výdaje za cestování do jiného města na návštěvy. (Ve dvou dalších případech jiný OSPOD řešil obdobné dilema, nakonec podpořil rodinu dávkou, aby pobyt v SVP byl dítěti umožněn.)

- **Ústavní zařízení (diagnostické ústavy, výchovné ústavy, dětské domovy se školou)**

Je-li dětem s problémovým chováním nařízena ústavní výchova, nastupují nejprve na (obvykle) dvouměsíční pobyt do diagnostického ústavu, který zpravidla bývá předstupněm další ústavní výchovy vykonávané povětšinou dětskými domovy (se školou) a výchovnými ústavu. S případy, kdy se problémové chování dítěte v průběhu diagnostického pobytu podařilo eliminovat natolik, že výkon ústavní výchovy již nebyl zapotřebí, jsme se v analyzovaných kazuistikách setkali jen výjimečně.

V analyzovaných případech jsme zaznamenali následující důvody podání návrhu na nařízení ústavní výchovy z důvodu problémového chování dítěte:

- a) Eskalace problémů v průběhu dlouhodobé spolupráce OSPOD s rodinou a dětským klientem
- b) Návrh na nařízení ÚV je OSPOD užíván jako další motivační prostředek ke změně chování klienta
- c) Doporučení ústavní výchovy externím odborným subjektem (SVP, psycholog apod.) na základě provedené diagnostiky, vzhledem k povaze klienta a kvalitě rodinného výchovného prostředí

V několika případech došlo v průběhu ústavní výchovy (a to i když dítě bylo umístěno z jiných důvodů, než je problémové chování) k přeložení dítěte/mladistvého

z dětského domova do dětského domova se školou/výchovného ústavu. Důvodem byla potřeba zařízení poskytujícího specializovanější péči (přítomnost etopeda, psychologa) či výchovného prostředí s větším důrazem na režim. Přemístění do dětského domova se školou bylo pracovníky OSPOD hodnoceno jako pozitivní zejména v případech záškoláctví žáků základních škol - umístění školy přímo v areálu domova přispělo k pravidelné školní docházce a zajištění dosažení (alespoň) základního vzdělání.

K návrhu na uložení ochranné výchovy došlo zpravidla na základě vážného deliktu (znásilnění, útok na jinou osobu, krádeže, zneužívání návykových látek), většinou u klientů, kteří v době spáchání tohoto trestného činu již byli umístěni v zařízení pro výkon ústavní výchovy.

Iniciátory případných změn zařízení v průběhu výkonu ústavní péče jsou ve sledovaných kauzách obvykle instituce, v nichž jsou děti/mladiství právě umístěni, a již ne OSPOD. Zdá se, že faktický vliv OSPOD na další osud dítěte po jeho umístění do ústavní péče klesá. Předpokládáme, že to je jednak proto, že zařízení přebírá zodpovědnost za další výchovu/terapii dítěte, ale také v důsledku nízké intenzity kontaktu s dítětem v průběhu výkonu ústavní/ochranné výchovy.

2/ Volba zařízení z jiných důvodů než problémové chování dítěte²¹

- **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**

V případech bezprostředního ohrožení dítěte v rodině bývají děti umísťovány v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a to obvykle z následujících důvodů:

- a) zjištěno týrání v rodině - umístění jako prevence dalšího týrání,
- b) sociální důvody, řešení situace akutní bytové nouze,
- c) rodič se nedokáže postarat o děti.

- **Dětské domovy (případně dětské domovy se školou)**

Je-li třeba předběžným opatřením umístit do zařízení pro výkon ústavní výchovy děti bez závažných výchovných problémů, zákon umožňuje jejich umístění bez nutnosti absolvování diagnostického pobytu v diagnostickém ústavu. Ve sledovaných kauzách byl tento postup pracovníky OSPOD využíván. Podnětem k podání návrhu na umístění do dětského domova na základě předběžného opatření či nařízení ústavní výchovy (z jiných než výchovných problémů) bylo nejčastěji²²:

- a) zanedbávání dětí a nevhodné bytové podmínky - zdraví a život ohrožující prostředí,
- b) týrání dětí,
- c) nevhodné, příznivý vývoj ohrožující rodinné prostředí (závislosti na návykových látkách, domácí násilí atd.).

²¹ Soud má „po posouzení všech aspektů ohrožení dítěte na výběr, zda uloží dítěti ústavní výchovu, či zda rozhodne o umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.“ (Speciánová 2005: 36)

²² Jednalo se o umístění dětí bez závažných výchovných problémů.

- **Kojenecké ústavy**

Pro děti velmi nízkého věku byly voleny kojenecké ústavy, do nichž byly děti umísťovány zejména z důvodu nezájmu rodičů či pro poskytování špatné péče v rodině, případně s ohledem na vážný zdravotní stav dítěte (zpravidla zjištěný již při narození).

7.4 Příprava dítěte na umístění do pobytového zařízení

Fáze přípravy dítěte na pobyt v ústavním zařízení je velmi citlivým obdobím, v rámci něhož jsou kladeny vysoké nároky na profesionální přístup sociálního pracovníka, který by se jí měl osobně ujmout, nebo ji zajistit prostřednictvím jiné osoby (např. psychologa). Jedná se o fázi v procesu řešení případu, která může být rozhodující pro další vývoj dítěte. Doporučuje se proto, aby pracovníci OSPOD byli na tyto situace připravováni, neboť jsou pro ně velkým zdrojem stresu, nejistoty a úzkosti. Ve fázi přípravy dítěte na odchod z rodiny nicméně nemusí být sociální pracovník jediným aktérem sdělování informace.

V případě kauz, kde byly řešeny výchovné problémy a problémové chování, byla hrozba umístění dítěte do zařízení (ať už SVP či ústavní péče) jednou ze strategií motivace ke zlepšení problémového chování dítěte. S těmito dětmi proběhly často výchovné pohovory, v rámci nichž byly děti upozorněny na možné důsledky svého problémového chování, včetně krajní varianty umístění do ústavní výchovy. K umístění došlo vždy v důsledku přetrvávání nebo ještě zhoršení problémového chování, dítě tedy vědělo, že se jedná o důsledek jeho vlastního chování a selhání.

„Ona takhle jakoby, když jedná s nějakou autoritou, a tím nemyslím rodiče, tak ona je taková jako vstřícná. Takže ona jako - ano, ona si uvědomuje, že to prostě, že měla možností spoustu. A když vlastně měla nastupovat na to předběžné opatření, tak já jsem jí tehdy říkala, že už jednou tam ta ústavka měla být tehdy. Jenom kvůli tomu, že se dušovala, že už se teda napraví, tak to nebylo. Ona si to uvědomuje, že prostě udělala chybu, ona se chce napravit, ona ví, že rodičům ubližuje, mamince ubližuje.“ (Z25)

Jak uvádí ve své výpovědi jeden z kurátorů pro děti a mládež, u mnoha případů z jeho praxe nicméně tyto preventivní pohovory dosahují pozitivních výsledků.

„Chlapec si vyslechnul takový ten běžný, neříkám, že standardizovaný, standardizované poučení, co se týká řešení výchovných problémů, co se týká vůbec jako zasazení jeho osobnosti do nějakého systému. Takže to si všechno vyslechnul. (...) Všechno odkýval, všechno mu bylo jasné, samozřejmě se vším souhlasil. Uvedl, že tomu rozumí, že si bude dávat pozor, že všechno teda bude dělat tak, jak jsme si řekli. A byl si vědom těch následků, které mu mohou nastat v případě, že teda tohle takhle to nebude dodržovat, že nebude chodit do školy, že bude užívat návykové látky, co se týká těch zdravotních rizik a tak dále. Takže o všem byl poučený, se vším souhlasil. Takže v podstatě dá se říci, že ve velkém procentu případů postačí nějaký úvodní rozhovor a úvodní povídání si o tom a ty děti potom nějakým způsobem fungují. V jeho případě, samozřejmě dostal šanci, aby dokázal, že to takhle bude taky. Bohužel to tak nebylo.“ (O40)

Ideální přípravu dětí s problémovým chováním na jejich umístění do ústavní výchovy výstižně shrnuje kurátor pro děti a mládež, který potvrzuje, že příprava dětí na tento krok je velice důležitá, a domnívá se, že by se na ní měla podílet rodina společně s pracovníkem.

„Takže vlastně a ty děti jakoby většinou jsou připravené, ne většinou, vždycky jsou, nebo měly by být, to by byl hrubý nedostatek myslím si sociálního pracovníka, kdyby prostě neměl jistotu, že ten kluk s tím je seznámenej. Já osobně k těm jednáním vždycky jezdím, kde prostě se to sdělí společně. Jo? Aby ten kluk věděl, že to stanovisko těch lidí, který prostě má kolem sebe a toho kurátora je jednotný, že to není prostě výmysl kurátora nebo... Jo? To si myslím, že jako tam, na to si musí člověk dávat velké pozor, aby to nebylo, že jo, nějaký jako rozhodování o někom bez někoho... Ty děti musej fakt na to bejt připravený a nebo se tomu musí dát čas jako, jo? Třeba i dvě návštěvy a mluvit o tom s nima.“ (P44)

V případech, kdy k odebrání dětí z jejich rodinného prostředí docházelo v důsledku zanedbávání, ze sociálních důvodů apod., byly děti na variantu umístění do institucionální péče připravovány více méně kontinuálně, formou odvíjející se od jejich věku.

T: „A řekli jste taky dětem, že to předběžko tam bude, věděly, o co se jedná?“

R: „Určitě, s dětmi jsme o tom mluvili. Děti byly připravované svým způsobem na to, že teda asi pudou do zařízení, že teda není vhodné, aby nadále teda zůstávaly v tomto prostředí. Takže děti byly na to připravovány.“

T: „Vy jste s nima mluvila?“

R: „Hm. Říkám, o samotě, v pokoji vždycky s dětmi.“ (Z13)

„On o tom věděl [o nástupu do diagnostického ústavu]. On věděl, on, my jsme právě, my jsme spolu byli i domluvený. My jsme nakonec potom ještě se domlouvali, protože on věděl, že s tou mámou se musí něco dít [matka závislá na návykových látkách]... Nicméně nečekal, že to bude ke konci prázdnin asi, že to bude tak rychle. To uteklo.“ (P15)

Příprava na umístění obvykle spočívá jednak v přípravě na skutečnost, že k umístění vůbec může dojít, a je-li již o umístění mimo rodinu rozhodnuto, pak v informování dítěte o okolnostech nástupu (datum nástupu) a o tom, co ho v zařízení čeká (praktické náležitosti, např. vyšetření lékařem).

T: „Byl na to vždycky nějak připravovaný nebo věděl, o co se?“

R: „Věděl o všem. Věděl o termínu, domluvili jsme se vždycky u nás tady na oddělení nebo já, když jsem k nim jela, takže věděl, co se chystá, za jak dlouho to bude, kdy ten nástup bude, věděl o všem. A neprotestoval.“ (Z8)

Když již dojde k rozhodnutí o umístění do ZDVOP či ústavní péče, sociální pracovníci/kurátoři obvykle uvádějí, že se snaží dětem i rodičům zdůrazňovat, že umístění je, popřípadě může být, jen dočasné, než se upraví poměry či podmínky v rodině, nebo dojde-li k nápravě v chování dítěte, a tak pomínou důvody k umístění.

V případech, že je dítě umístěné v zařízení a přechází do jiného, přípravu dítěte na přechod zpravidla zajišťuje zařízení, kde je dítě právě umístěno a ne sociální pracovník OSPOD.

„Oni v době ještě, když byli ten [chlapec] s tou [dívkou] tady v té léčebně, v tom centru, tak vlastně ta paní ředitelka (dětského domova, do něhož se děti po neúspěšné NRP měly vrátit) jim posílala jakoby, začala posílat jako, že se děcka, oni si ještě pamatovaly některý děcka, který byly, samozřejmě ty zaměstnance, takže oni s nima navázali znovu telefonický hovor, kontakty, nějakou videokazetu a to, takže ty děcka se de facto tak připravily.“ (Z9)

Důvodem, proč se v jiném konkrétním případě přípravy dětí na přechod do jiného zařízení neujala sama sociální pracovníce, je fakt, že se na tuto práci necítila dostatečně odborně připravená, což může poukazovat na jisté mezery v její kvalifikaci. Dokladem toho může být též skutečnost, že se pracovníci nepodařilo s dětmi navázat žádný „osobnější“ vztah, v rámci něhož by s dětmi o tak závažném tématu, jakým umístění mimo rodinu je, vůbec mohla hovořit. Komunikaci s dětmi tedy po konzultaci s pracovníky zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc zcela přenechala psychologovi.

„Je pravda, že já jsem jim to nikdy natvrdo nebo když jsem podávala podnět na ústavní výchovu, tak jsem s nima o tom nemluvila. A vlastně jsme to projednávaly s tou pracovnící v [ZDVOP], která s nima byla v dennodenním kontaktu a vlastně oni měli možnost i přes psychologa tyhle věci všechny vyřídit. A já jsem se do toho teda nepouštěla. Jo? Před tím nařízením ústavní výchovy. A jak vám říkám, při té poslední návštěvě to bylo i takový ... jako navázat vůbec kontakt. Jako prostě bylo to, oni mi řekli, že si na mě nepamatujou, vůbec že jsem tam kdy byla. Přitom jsem tam jezdila opakovaně, prostě bylo to takový, bylo to fakt neoborný tak nějak tydle věci, abych s nima projednala.“ (P33)

V některých výpovědích zaznává, že děti byly připravovány na možnost umístění sociální pracovnící (je pravděpodobné, že o této možnosti s dětmi hovořili i rodiče, to se však z rozhovorů nedozvíme) a sdělení o tom, že už k rozhodnutí soudu došlo, již bylo ponecháno na rodičích. V některých kazuistikách se naopak přípravy dítěte na odchod z rodiny ujali sami rodiče, neboť podnět na umístění do ústavního zařízení vzešel od rodičů. I v takových situacích zůstává otevřen poměrně velký prostor pro působení sociálních pracovníků, kteří mohou děti alespoň obeznámit s tím, co konkrétně je v ústavní výchově čeká. Zde je namístě zdůraznit, že jsou-li rodiče v této fázi ochotni spolupracovat, případně i dítěti smysl celé této situace vysvětlí, jsou odchody z rodiny pro ně méně stresující. Případné negativní reakce rodičů naopak tuto již tak obtížnou situaci ještě výrazně komplikují.

V některých případech, konkrétně dětí velmi malých či dětí se zdravotním či mentálním postižením, se stává, že komunikace pracovníka s dítětem je z objektivních důvodů nemožná. **Absence předchozí komunikace** s dítětem a jeho přípravy na odebrání z rodiny mohou být vysvětlovány rovněž naléhavostí situace. V akutních případech, kdy se situace v rodině neočekávaně vyhroťte, je zapotřebí okamžitého jednání. Předchozí dlouhodobější přípravu dítěte ze strany pracovníků OSPOD tedy nelze realizovat.

T: „Když se přemísťovala, umísťovala do toho diagnostického ústavu, jestli na to byla nějakým způsobem připravená? Jestli jste jí, o tom s ní nějak mluvili? Nebo...“

R: „To ne, protože to byla ta akutní vlastně fáze, kdy ona ten den utekla a někde byla prostě, někde neznámo kde. A najednou přišla ta máma, že chce podat to předběžko a mezitím volali z toho [název města], že jí prostě mají na policii v [název města], že běhala po silnici a stopovala kamióny a skákala pod auta. Jo? Takže my jsme to spíš jenom tak vyhodnotili. Ona byla, ona si byla sama sobě nebezpečná. Jo? Že, takže prostě jsme jí potřebovali teď někde prostě dát.“ (P22)

7.5 Reakce dítěte na oznámení o umístění do pobytového zařízení

Reakce dětí na oznámení o umístění do zařízení pro výkon ústavní výchovy, které sociální pracovníci/kurátoři popisují, jsou různé. Z hlediska našeho výzkumu jsme zaznamenali několik faktorů, které reakci dítěte na zprávu o jeho odchodu z rodiny ovlivňují. Jde například o věk, mentální vyspělost dítěte, hloubku citových vazeb v rodině, spolupráci rodičů s pracovníky OSPOD a důvody intervence do rodiny. Jednotlivé faktory se vzájemně doplňují, prolínají a v některých případech mohou dokonce působit všechny souběžně. Profesionální přístup sociálního pracovníka je přitom zásadní pro zvládnání problémů vznikajících v této fázi procesu.

Konkrétní reakce dětí lze zařadit na kontinuu znázorněném v níže uvedené tabulce a ilustrativních příkladech.

negativní, bouřlivě emotivní reakce
odmítavá reakce bez navenek projevovaných emocí
rezignace
lhostejnost
akceptace bez smlouvání
kladná, souhlasná reakce

Negativní, bouřlivě emotivní reakce

Nejdramatičtější reakce se objevovaly v kauzách, v nichž byly děti odebírány na základě výkonu předběžného opatření. Jedná se například o případ chlapce, u něhož poté, co všechna dosavadní výchovná opatření selhala (problémové chování dítěte, záškoláctví, nespokojenost matky), bylo vydáno předběžné opatření, na jehož základě mělo být dítě umístěno do ústavního zařízení. Na příchod soudního vykonavatele v doprovodu pracovníka OSPOD chlapec reagoval křikem, pláčem, smlouváním, sliby, schováním se pod postel...

T: „Jak to dítě reagovalo na tady tuto skutečnost?“

R: „No měl tendenci se třeba schovat pod postel, a že s náma prostě nepůjde. A matka taky nechtěla, aby teda se to uskutečnilo, ale potom soudní vykonavatel prostě mu řekl, že teda musí jít a on teda potom nakonec šel. Ale samozřejmě se to neobešlo bez nějakého křiku a smlouvání, že když nebude muset jít, že už bude chodit do té školy. Jenomže tam už to bylo po několikáté. Ty sliby tam byly pořád, takže prostě...“ (Z38)

Další případem spadajícím do této kategorie je kauza rodiny, v níž bylo odhaleno týrání dětí, které byly poté na základě předběžného opatření umístěny do dětského diagnostického ústavu. Jednalo se o opětovné odebrání dětí z rodiny, pro psychiku obou dětí velmi náročné - dívka ve snaze zabránit odebrání zatajovala týrání a došlo ke kolapsu, její psychický stav si vyžádal hospitalizaci.

„Byla vyslechnuta nezletilá, šlo se k lékaři, udělal se neodkladný úkon zrovna. Maminka po tom vyšetřování, protože [chlapec] byl v té škole na základce, tak vlastně maminka potom přišla, přišla, jak kdyby i na tom vyšetřování byla přizvaná. A tam už se to muselo řešit, to už jsme se domlouvali se službu konajícím soudcem, že tam se opravdu udělá zase to předběžné opatření. Ale ze

čtvrtka na pátek jsme nechali nezletilou hospitalizovat, protože na tom byla docela psychicky špatně, se souhlasem maminky. (...) Byla na tom strašně špatně, protože ona už věděla, znala mě, znala policii, znala ten postup, takže nám plakala, sesypala se nám. Uváděla, že teda ty léze má od komárů, od nikoho jináčího, že jí to nikdo prostě jiný neudělal. Takže došlo k opětovnému umístění v pátek, den na to, do zařízení." (Z24)

Častou prvotní reakcí dětí bývá lítost a pláč, pramenící mimo jiné ze strachu z neznámého.

T: „A jak nezletilá reagovala na tahleta sdělení?“

R: „Nejprve plakala, poté se s tím smířila.“

T: „A s čím konkrétně, proč konkrétně plakala? Před jakým opatřením plakala?“

R: „Nechtěla odejít s rodiny, nechtěla být vlastně ani u matky, ani u babičky, u otce nemohla být, tam momentálně jiné řešení nebylo.“

T: „Takže plakala před čím nebo proč? Že má být přijata do střediska výchovné péče?“

R: „Že má být přijata do střediska. ...Vlastně neznala situaci, nevěděla, kam jde.“ (O10)

Odmítavá reakce bez navenek projevaných emocí

Kromě negativních reakcí doprovázených bouřlivými emotivními projevy se u dětí umístovaných mimo biologickou rodinu můžeme setkat též s reakcemi, jež lze rovněž hodnotit jako odmítavé, které ale na rozdíl od předchozí skupiny vnějšími emocemi provázeny nejsou. Tuto reakci lze ilustrovat na příkladu dětí, které do zařízení očividně nechtěly, ale své emoce navenek neprojevovaly a jejich převoz proto proběhl klidně.

T: „A jak na to reagovaly? Když se to dozvěděly, že půjdou pryč?“

R: „Tak jak každé děti, samozřejmě že nechtějí, ale nebylo to nijakým způsobem zemocionované nějakým pláčem, křikem, nebo to, ne. Říkají, že prostě, že se maminka polepší, že teda už... Jo? Měly takové jako, že nechtějí, ale myslím si, že i ten převoz těch dětí nebyl nějak dramatický.“ (Z13)

Rezignace

U některých dětí se setkáváme s rezignací, jako např. u chlapce s problémovým chováním, jehož reakcí na oznámení o umístění do ústavní výchovy byla akceptace situace spojená s rezignací na jakoukoliv snahu o zlepšení svého chování.

R: „A já si myslím, že on už stejně byl v takové, on byl tak rozjetý, že on moc dobře věděl, že prostě to dobře nedopadne. Určitě to nebylo tak, že jako naivně žil v nějaké představě, že to bude v pohodě a my jsme mu to potom řekli a pro něho to byla rána z čistého nebe. To určitě ne.“

T: „Takže jak on na to reagoval?“

R: „No reagoval na to - no tak pojedu, tak pojedu, jako bude mi tam líp jak doma. Takové, jako nebyla to nějaká bouřlivá reakce, že by začal brečet nebo prostě prosit, že se zlepší, že tam nechce nebo tak. Vzal to prostě, jak to leží, běží a pak byl rezignovaný. Většinou mám teda vyzpozorované u těch děcek tak,

že když teda zjistí, že někam jedou, tak prostě rezignují, nemají nějak tendence ke zlepšení. Spíš prostě je pak jeden problém za druhým, protože si řeknou - no tak co, já už to mám spočítané, už stejně jedu. Ale nějaká snaha jako že by zabral nebo chtěl? Ne." (Z37)

Lhostejnost

Lhostejné reakce na oznámení o umístění v ústavním zařízení, a někdy částečně také rezignaci, jsme zaznamenali například v rodinách, v nichž bylo citové pouto mezi dítětem a rodiči oslabeno či přetrženo z důvodu jejich nezájmu, případně nedostatku rodičovské lásky, ztráty respektu, patologického chování dítěte apod. - „(...) matka neměla takovou autoritu, aby mu to přikázala, aby tam chodil, takže jsme se již tenkrát bavili o ústavní výchově (...) Přišel za mnou týden před tím jednáním a řekl mi, že chce do ústavu, že si uvědomuje, že doma nedostuduje. (KV9)

Lhostejnost chlapce z následující kauzy mohla být rovněž do jisté míry způsobena špatnými poměry v rodině.

„Tak nějak, nedokázala bych to popsat. Tak mi přišlo, že byl takový lhostejný k tomu, že i ta situace doma byla taková neutěšená, že on kolikrát vlastně třeba z těch peněz, co vlastně ukradl, tak si koupil jídlo nebo oblečení." (O8)

Pracovníci OSPOD obdobný typ reakce (lhostejnost) dítěte na danou informaci občas popisují i v případech mentálně postižených dětí.

Akceptace bez smlouvání

Akceptace bez dalšího smlouvání je reakce typická pro děti, kde hrozba umístění v zařízení byla dlouhodobě přítomna. Jednalo se o případy selhávání rodičů v jejich rolích (zanedbávání dětí, nepříznivé bytové podmínky apod.) nebo děti/mladistvé s problémovým chováním, kdy umístění do zařízení bylo přímým důsledkem (zhoršení) jejich vlastního chování a porušením podmínek dohod.

T: „Jak ty děti reagovaly tady vlastně na tu situaci?“

R: „Já si myslím, že ty děti v tu dobu, kdy jsem jim to říkala já, v tom neutěšeném prostředí, takže tomu v uvozovkách rozuměly, ale možná tušily, že si svým způsobem polepší. Takže tam nebyla z jejich strany nějaká reakce, že by plakaly nebo prostě že by to nebyly ochotné akceptovat.“

T: „Nějaká výrazná reakce nebyla.“

R: „Přesně tak. Takže myslím si, že v tu chvíli i se možná těšily na něco lepšího, protože tam strádaly. Jim bylo skutečně zima, spávaly oblečený v těch mrazech. Počůrávaly se, spávaly v mokřím, neměly pořádně co jíst. Takže asi to vyplynulo i bohužel z té situace, že až tak zastrašené tady tou změnou nebyly.“ (Z45)

T: „A chlapec si byl plně vědomý, že když něco nedodržel, tak stane se prostě to, co sám věděl, co sám do toho individuálního plánu napsal nebo se u něho objevovaly nějaké tendence ještě únikové, že „ještě ne?““

R: „Ne. Chlapec, musím říct, že byl ke všem férový, spolupracoval, vystupoval vždycky rozumně, stavěl se k tomu jako chlap.“ (Z23)

Kladná, souhlasná reakce

Specifickou (ovšem velmi málo početnou) skupinu tvoří případy, kdy samy děti shledají jako vhodnější řešení jejich situace ústavní výchovu nežli pobyt v rodině, kde z různých důvodů již dále být nechtějí. V těchto případech děti pochopitelně změnu výchovného prostředí prožívají klidně.

„Ona řekla, že chce jít do dětského domova, že nechce k otci, že s ním prostě nevychází, že nemá ráda ty svoje sourozence, že tam nechce, že chce do dětského domova.“ (P13)

„Při pohovoru sociální pracovníce dívka sděluje, že chce do výchovného ústavu, nechce zpět do rodiny.“ (P39)

Pozitivně na umístění reagují nejčastěji děti týrané, zanedbávané - děti z prostředí nenaplnujícího jejich základní tělesné, fyziologické a citové potřeby, pro něž je odchod z rodiny změnou k lepšímu či úlevou.

T: „A jak děti reagovaly? Nevíte?“

R: „Oni se hrozně těšily. To bylo hrozně zvláštní.“

T: „Pryč z domu, jo?“

R: „Pryč z domu. Já jsem u toho byla, protože oni mě požádali, že teda ta ředitelka toho dětského domova, že přijede s řidičem a se sociální pracovníci a myslím, že zdravotník, s nějakým zdravotníkem nějakým, že si pro ty děti přijedou, tak jestli bych u toho mohla být, takže tam byla vlastně primářka z toho oddělení, lékařka, která je měla na starosti, já jsem byla přítomná a ještě to vyšlo tak, že vlastně já jsem šla do té léčebny a oni zrovna přijeli, takže oni nás pouštěli zároveň. První šla paní ředitelka a oni otevřeli ty dveře a ten [chlapec] prostě skočil do náruče a - teto, teto. Takže už vlastně věděly, kde se vrací a vůbec tam nebylo jako, že by nějaký u toho, když jsme seděli. Oni si hrály a tak. A chystalo se to, že by třeba nějaký dotaz, vůbec.“

T: „Takže ty děti na to pozitivně reagovaly, že jdou pryč.“

R: „Pozitivně.“ (Z9)

T: „A ta holčička jak vypovídala?“

R: „Nechtěla v žádném případě domů. Teď jsme měli zprávu z diagnostického ústavu, že násilí bere jako normu. Protože tomu byla neustále vystavovaná a tloukl matku, tu roli převzala holčička jako výchovu těch dětí.“

T: „Jak reagovala holčička, když vy jste přijeli? Byla ráda?“

R: „Byla hodně ráda. Nechtěla rodiče vůbec vidět.“ (KV24)

Z pohledu respondentů reakce dětí při odebírání z rodiny ve sledovaných kauzách většinou nebyly dramatické, děti tento akt zpravidla více či méně očekávaly. Nejdramatičtější reakce se poměrně logicky objevovaly v kauzách, v nichž byly děti odebírány na základě výkonu předběžného opatření. Nepřítomnost výrazně emotivního projevu však neznamena, že dítě situaci niterně bouřlivě nevnímá a neprožívá, jak dokládá např. úryvek z výpovědi k případu, kdy děti oznámení o umístění do ústavní výchovy v přítomnosti sociální pracovníce statečně akceptovaly, rozplakaly se až o samotě s matkou.

„Ale nicméně potom, když jsem... samozřejmě jsem chtěla vědět od matky, jak tady toto proběhlo, tak samozřejmě ty slzičky, když jim to ta matka říkala, tak tam byly, takže určitě ten dozvuk to mělo.“ (Z45)

7.6 Pobyt dítěte v zařízení

Umístění dítěte mimo původní rodinu je bezesporu velmi závažnou a zatěžující událostí v jeho životě. V této souvislosti se nabízí celá řada otázek - mimo jiné do jaké míry mohou být děti mimo svou rodinu spokojené, zda a jak dítěti ústavní výchova prospěla či prospívá nebo například zda je daná ústavní výchova pro dítě dobrou volbou. Analyzované rozhovory o dětech umístěných mimo rodinu nám poskytují na tyto otázky do jisté míry odpověď. Zjištění následující kapitoly však nemohou být generalizována, protože se jedná o výpovědi pracovníků OSPOD založené na subjektivním a jednostranném hodnocení, jejich schopnosti analyzovat pocity dítěte spojené s jeho životem v ústavní péči a také jejich dostatečné angažovanosti v daném konkrétním případě. Zároveň je otázkou, do jaké míry dojmy o prospívání dítěte v zařízení, jež pracovníci OSPOD nabývají na základě obvykle čtvrtletní frekvence osobního kontaktu s dětmi (a komunikace se zařízením) skutečně odráží pocity a prožívání těchto dětí.

Nadekvátnost generalizace zjištění založené na subjektivních výpovědích souvisí také s otázkou výběru analyzovaných případů samotnými pracovníky, kdy se předpokládá, že s větší pravděpodobností nebyl vybrán případ, jehož analýza by mohla identifikovat nedostatky v postupu sociálního pracovníka. Je třeba též říci, že vyhodnocení přínosu ústavní péče pro umístěné děti by však vyžadovalo daleko důkladnější analýzu stavu založenou na hloubkových kvalitativních rozhovorech nejen s pracovníky OSPOD, ale také s pracovníky ústavního zařízení, odborníky v oblasti péče o dítě, profesionály v oblasti výchovy a vzdělávání, psychology, psychiatry, terapeuty a v neposlední řadě přímo s dětmi pobývajících v ústavním zařízení.

Z hlediska pracovníků OSPOD dítě v zařízení v zásadě prospívá, když mu pobyt svědčí - jeho psychický stav a projevy chování se nehorší, ale lepší; prospívá ve škole, školní docházka je pravidelná, v kontaktu s pracovníkem si nestýská, ze zařízení neutíká. Níže uvedená tabulka v pravém sloupci znázorňuje **pozitiva, kterým se dle respondentů dětem v péči zařízení dostává** a které přispívají k tomu, že dítě v zařízení prospívá a je zde i (přínejmenším v některých aspektech více či méně) spokojené. Levý sloupec tabulky představuje základní lidské potřeby, které tato pozitiva sytí.

potřeby	jejich naplnění
<ul style="list-style-type: none"> - základní tělesné a fyziologické potřeby - bezpečí a pocit jistoty 	<ul style="list-style-type: none"> - režimové prostředí (pravidelnost a řád) - péče (i zdravotní) - pravidelná strava - klid
<ul style="list-style-type: none"> - osobní rozvoj - seberealizace 	<ul style="list-style-type: none"> - podněty (kroužky; výlety, prázdninové výjezdy; kulturní, sportovní a společenské akce) - zájmové aktivity rozvíjející přirozené nadání a talent dítěte - materiální podmínky (ve smyslu hraček, sportovních potřeb a předmětů osobní potřeby)

1/ Děti umístěné do ústavní péče z důvodu na straně rodiny

Dítě přichází do ústavní péče mnohdy z velmi ohrožujícího, disfunkčního prostředí, jeho základní potřeby pak někdy mohou být naplňovány lépe mimo původní rodinu, dokonce i v zařízení ústavního typu:

T: „A tady tímto krokem svěřením do té ústavní péče, tak jste zamýšleli co pro toho chlapce?“

R: „Aby měl pravidelné jídlo, aby se dostal do školy, aby si splnil úkoly a měl ten režim, který nikdy nezažil.“

T: „Takže taková jako kdyby ta ochrana...“

R: „Byl v podstatě dítě ulice.“ (Z5)

Sociální pracovníci hovořili o euforii, jež se obvykle na počátku pobytu objevuje u těch dětí, které vnímají pobyt v daném zařízení jako zlepšení svých životních podmínek - většinou se jedná o děti v původním prostředí zanedbávané, týrané. Obvykle dochází k zlepšení jejich psychického stavu i školního prospěchu a zklidnění chování. Sociální pracovníci, kteří jsou v kontaktu s dětmi, poukazují v několika případech také na vhodnost ústavní péče pro budoucí vzdělanostní vývoj dítěte na vyšší úrovni, než by dítě mělo zajištěno v biologické rodině.

Jako příklad uvádíme případ sourozenců, kteří byli vytrženi z prostředí každodenních hádek, nadávek a domácího násilí, kde jejich základní potřeby byly zanedbávány a opomíjeny. V úryvku sociální pracovnice líčí pokroky dívky, u níž již po krátké době pobytu v dětském domově došlo ke zlepšení psychického stavu, prospěchu ve škole a zklidnění chování - dívka se pracovníci jeví jako uvolněnější, komunikativnější, veselejší, nadšená z podnětů, které jí nové prostředí skýtá:

„Podařilo se, děti jsou dneska spokojené, domů, když se s nima mluví v dětském domově, tak domů ani by nechtěly. Protože zjistily, že najednou mají klid, mají třikrát denně teplé jídlo. Jejich psychický stav se teda hodně zlepšil, kdy ta nezletilá [dívka] třeba, když jsme jezdili do rodiny, byla tichá, nemluvila, takový ten vyděšený výraz v očích. Jo? Těžko z ní bylo vymámit nějakou větu. Tam prostě ta [dívka] byla zakřiklá. Ta byla opravdu psychicky na tom špatně. A dneska, když za ní dojedete do domova, tak vám skočí kolem krku a povykládá vám, co a jak, jaké má kroužky, kde všude byli. Nadšená z toho, že byli na dovolené, v divadle. Takže dneska je to úplně jiná holka, která prostě spíš jí musíte říct, ať teda se trošku, ať dá slovo i [sestře], teda úplně jiné dítě. Máme samozřejmě radost, protože ta její psychika nejméně byla vidět u té [dívky], jak se teda zlepšila. (...) Takže děcka jsou to fakt šikovné a myslím si, že zatím teda to jim nejméně prospívá, co teda jsme viděli během těch let. Takže velké zlepšení.“ (Z13)

V některých případech prvotní euforie přetrvává (děti jsou dneska spokojené, domů, když se s nima mluví v dětském domově, tak domů ani by nechtěly (Z13)), jindy odezní, zvláště když děti pojí k rodiči/rodičům silné citové pouto a jako v tomto případě je naděje, že se podaří upravit poměry v rodině a umožnit návrat dětí domů: A mám teda i z těch kontaktů s těmi dětmi pocit, že v tu první chvíli, kdy měly pocit, že si pomohly, takže teď už začínají zase toužit po tom návratu domů, což je přirozené. (Z45)

Navzdory úspěšné adaptaci na pobyt v zařízení se v průběhu dalšího období mohou začít objevovat **projevy a obtíže, které souvisí s osobností dítěte a jeho psychickou zátěží z doby před umístěním:**

„A začaly se tam objevovat u něho výchovné problémy. Zase, ten svůj typický on projev prostě, hyperaktivita, on dřív jedná než si to prostě promyslí, teďka prostě musí být po mým a hotovo. Takové ty jeho výbuchy, prostě to jeho typické, ty jeho typické projevy chování, kdy on prostě chce měnit svět kolem sebe, ale ten svět zase chce měnit ho, takže se tam objevují tady toleto plus ty útky.“ (Z24)

„...a ze začátku prostě bylo takový prostě, vůbec nic, jo? Ani nemluvily, ani neřešily nic. A postupně potom se začaly jako svěřovat těm vychovatelkám nebo těm tetám v tom domově jako co bylo (týrání náhradními rodiči) a to. A začaly z toho nějaký i psychický problémy, ve škole, hlavně takový to ochraňování - toto je moje, jo? Přizpůsobovat si věci a to. Takže vím, že navštěvují ty děti i psychologa tam v [název města], někde jezdí a vlastně řešily to i tou asistencí v té škole.“ (Z9)

Z analýzy některých výpovědí můžeme identifikovat oproti výše zmiňované počáteční euforii naopak potíže a stavy frustrace v primárních fázích adaptace na nové prostředí a režim zařízení ústavní péče, které se však postupně ve fázi poznání a nových zjištění začínají u dětí měnit směrem k přijetí těchto podmínek a v některých případech až ke stavu spokojenosti.

V případě výskytu jakýchkoliv obtíží další vývoj případu do značné míry závisí na tom, dostane-li se dítěti vhodná pomoc - to se odvíjí především od ochoty zařízení problémy dítěte řešit, zajištění přesné diagnostiky a dostupnosti sítě kvalitních návazných služeb. Pozitivní vliv na chování a prospívání dítěte může mít i změna pobytového zařízení, jak tomu bylo například v případě přeložení dítěte z dětského domova do dětského domova se školou, který byl v daném případě složením odborného personálu (etopedi, psycholog) a vybavením zařízení (škola) lépe připraven poskytovat specializovanější péči odpovídající potřebám chlapce než dětský domov. U chlapce ale i jeho sestry, kterou bratr strhával k problémovému chování, posléze nastalo výrazné zlepšení, i když tedy za cenu rozdělení sourozenecké dvojice. V jiném případě záměrné rozdělení sourozenců, jejichž vztah poznamenaly následky týrání matkou, a jejich umístění do různých dětských domovů, spolu s ambulantní psychiatrickou péčí a podpůrnou medikací, umožnilo stabilizaci jejich psychického stavu. V závislosti na povaze problému může být zcela zásadní rovněž ne/ochota rodičů spolupracovat na jeho řešení např. účastí na rodinné terapii.

S volbou nevhodného zařízení, které mělo na dítě výrazně negativní dopad s dlouhodobými důsledky, jsme se setkali v případě mentálně postiženého chlapce, který v průběhu svého života prošel velmi vysokým počtem ústavních zařízení, z nichž některá byla s ohledem k psychickým potížím chlapce naprosto nevhodná. To pochopitelně mělo na chlapce velmi neblahý vliv a v důsledku těchto neustálých přesunů a neposkytnutí adekvátní péče došlo ke zhoršení zdravotního stavu dítěte prohloubenému nadměrnou medikací. Tento chlapec by ideálně potřeboval zcela jiný typ zařízení, které však v lokalitě není dostupné. Dle sociální pracovníce chlapci zároveň vzhledem k jeho neustálým přesunům mezi zařízeními chybělo stálé zázemí, v němž by si mohl zvyknout a nabýt tak potřebné jistoty, kterou skýtá pocit domova, což by mohlo eliminovat či zamezit jeho deprivaci a traumatům.

2/ Děti umístěné do ústavní péče z důvodu jejich výchovných problémů

U dětí umístěných mimo rodinu z důvodu jejich problémového chování velmi často dochází v průběhu pobytu v ústavním zařízení ke zlepšení jejich chování, školního prospěchu a studijních výsledků.

„Pobyt v tomto zařízení se pozitivně projevil na chování nezletilého, kdy nezletilý dokázal přijmout pravidla a opatření výchovného ústavu. Jeho chování se výrazně zlepšilo, jeho komunikace se zlepšila. Domníváme se, že to bylo vhodné opatření, které bylo ve prospěch dítěte.“ (O15)

V některých případech dětí umístěných do diagnostického ústavu jsme vysledovali určitý trend obtížnější adaptace dítěte na podmínky těchto zařízení v úvodní fázi. Děti se většinou těžko smiřovaly s nově nastaveným režimem v rámci svých každodenních povinností. Nicméně v další fázi pobytu, ve fázi návyku na podmínky ústavního života, se výchovné problémy těchto dětí začínají postupně eliminovat a děti jsou schopny vykazovat i značný prospěchový posun - „...že jsem za ním byla a tam už teda zjihnul, tam už se začal chovat jako úplně jinak, že si uvědomil, že prostě byl problémový a tak dále, tak jako jsem se i sama divila, že najednou změnil...“ (KV47). Po ukončení pobytu v diagnostickém zařízení bývají děti umísťovány do zařízení ústavní péče, kde je jejich adaptace na nové podmínky po mezidobí stráveném v diagnostickém ústavu méně konfliktní a rychleji zvládnutelná.

V několika kauzách pracovníci OSPOD shodně uváděli, že děti s poruchami chování pocházející z problematického výchovného prostředí **dokáží velmi dobře fungovat v režimovém prostředí zařízení** (ať již SVP či zařízení pro výkon ústavní výchovy) - problémové chování zde ustoupí, avšak po návratu do původního, rodinného prostředí, které postrádá pravidla, důslednost a řád, se znovu vrátí.

„Já z ní mám trochu pocit, že to je jako, že strašně, že je hrozně ovlivnitelná. Myslím si, teda takhle to popisují i jiní odborníci nebo odborníci psychologové z ústavu a podobně. Že dokud ona je v režimovém prostředí s nějakou autoritou, kterou respektuje, tak ona funguje naprosto bez problémů. Ona v ústavu nemá jediný problém, jediný prohřešek. V okamžiku, kdy se dostane sem, kde není režim od rodičů, kde opravdu oni jdou proti sobě úplně těžce, tak v ten moment ona si udělá, co chce, ona přijede semka na [region], ať už k otci nebo k matce, v momentě se nějak spojí s tou svou kamarádkou a už jí není. A prostě měsíc nikdo neví, kde je.“ (Z25)

Pokud jde o případy chronického záškoláctví, které pokračovalo i v průběhu pobytu v dětském domově, zde se v několika případech osvědčilo přeložení dítěte do dětského domova se školou - umístění školy přímo v areálu zařízení umožnilo zajistit pravidelnou školní docházku a dosáhnout alespoň základního stupně vzdělání.

Kromě nápravy problémového chování dochází u některých dětí v průběhu pobytu v ústavním zařízení ke zlepšení vztahu s rodiči (nebo některým z nich), případně ke znovuobnovení vztahu s rodičem, s nímž se dítě předtím příliš nestýkalo.

„Takže podařilo se uskutečnit, že opravdu se zlepšil vztah mezi dcerou a matkou. Dnes je situace taková, že komunikují, bydlí spolu, matka si v současné době na chování [jméno dívky] nestěžuje. Rovněž zpráva ze školy, tam je také hodnocena kladně. Podařilo se ještě navázat a pokračovat ve spolupráci s rodinnou poradnou, tam dochází dcera s matkou.“ (O10)

Ne vždy se však pobytem v ústavním zařízení podaří chování dítěte zlepšit, případně ke zlepšení dochází až po delší době. Na vině může být opět nevhodná volba zařízení, které dítěti takzvaně „nesedne“.

„V tom [název obce] není úplně spokojená a není to úplně zařízení, které by asi jí vyhovovalo. Nicméně beru v potaz i samozřejmě ty její výchovné problémy a to chování, které má, takže musíme velmi zvažovat a trošičku průměrovat to, kde by to, kde ta pravda skutečně je.“ (O31)

V kauzách dětí se závažnými výchovnými problémy se objevují časté **útěky** ze zařízení, ale i během propustek za účelem pobytu u rodičů. Útěky mají různé důvody, např. stesk po rodiči, nerespektování režimu zařízení nebo neexistence jiné možnosti, jak „legálně“ na delší dobu opustit zařízení, protože není nikdo, kdo by si dítě vzal na pobyt mimo zařízení. Dle vyjádření jedné pracovnice snadná možnost útěku ze zařízení dokáže zhatit účel nařízení ústavní výchovy, a to např. je-li důvodem umístění do zařízení záškoláctví a dítě je neustále na útěku, do školy tudíž stejně nedochází.

„Tam opravdu největší oříšek v tom celém je, že není problém utéct z toho výchovného zařízení, takže ty rizika vidím i opravdu v tom, že když tam ta ústavní výchova je nařízená, tak vlastně to děcko, když chce, tak prostě uteče. Tím pádem se to úplně zhatí. Takže v tomto je velké to riziko, že když se tam nařizuje ta ústavní výchova, tak nevíme, jak to bude vlastně, protože nevíme, jestli nebude utíkat a když bude chtít utéct, tak uteče prostě.“ (Z38)

Případné stížnosti dětí na podmínky ve sledovaných typech zařízení jsme ve výpovědích pracovníků OSPOD vůbec nezaznamenali, nebyly zmíněny. **Stížnosti klienta na podmínky zařízení** zazněly pouze v kauze mladistvého uživatele návykových látek ve vazební věznici (chování, respektive šikana dozorců, nedostatek stravy, režim):

„...on vlastně sděloval, že jsou tam hrozné podmínky pro něho, že je bachaři bijí, že prostě nesmí chodit k oknům, že je zbíjí, že vlastně chodí na dvorek, který je 2x2 metry, půl hodiny snad, já nevím, 2x půl hodiny denně. Nesmí chodit nikam do třeba těch posiloven, protože tam jsou ve vazebním i dospělí, že jo, nejenom mladiství, vazební věznice [město]. Takže tam mladiství mají zakázaný vstup, aby nedocházelo ke kontaktu s dospělými osobami. A tím pádem strašné jídlo, si stěžoval, prostě hrozně popisoval ten průběh odvykání. Stěžoval si na ukrutné bolesti hlavy.“ (umocněno abstinenčními příznaky) (Z30)

7.7 Kontakty sociálního pracovníka s rodinou po umístění dítěte do institucionální péče

Povinnost orgánu sociálně-právní ochrany dětí pracovat s rodinou po umístění dítěte do zařízení ústavní výchovy je právně zakotvena v § 12 odst. 2 zákona o SPO. Toto ustanovení koresponduje s ustanovením § 29 odst. 2 téhož zákona, kde se stanoví povinnost pracovníka OSPOD navštěvovat nejen dítě, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova, ale i jeho rodiče, a to v zákonem stanovených 3měsíčních lhůtách. Rodič nebo jiná osoba zodpovědná za výchovu dítěte má právo žádat o pomoc obecní úřad obce s rozšířenou působností po umístění dítěte do zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo pro děti vyžadující okamžitou pomoc (§ 9 zákona o SPO). Pomoc úřadu spočívá zejména v pomoci uspořádat rodinné poměry, které by umožnily návrat dítěte do rodiny, při řešení životní a sociální situace, včetně hmotné úrovně rodiny, v pomoci při spolupráci s orgány sociálního zabezpečení, úřady práce a dalšími státními a jinými orgány a za tím účelem také zprostředkuje rodiči pomoc poradenského zařízení (§ 12 odst. 2 zákona o SPO). „Smysl těchto ustanovení lze spatřovat v úsilí orgánu sociálně-právní ochrany dětí obnovit narušené funkce rodiny, a to tak, aby mohla opět plnit svoji funkci ve společnosti a dítě se mohlo, co možná nejdříve, vrátit zpět do svého přirozeného prostředí. Sanace přitom může

pomoci zejména rodinám, kde jsou zachovány citové vazby a rodiny mají zájem děti vychovávat."²³

Četnost kontaktu s rodiči **obvykle odpovídá zákonem stanovené tříměsíční lhůtě**. Nicméně je otázka, do jaké míry kontakt s rodiči v rozmezí čtvrtletí, nejsou-li zapojeny jiné služby, vůbec může naplňovat představy o efektivní práci s rodinou napomáhající její reintegraci. Intenzivnějšímu kontaktu nad rámec zákonné povinnosti brání **přetížení pracovníků počtem přidělených kauz**, které vede k tomu, že je-li pracovník právě vytížen akutním případem, ostatní kauzy jdou stranou. Ostatně pracovníci OSPOD sami sebe přirovnávají k hasiči, který hasí jen to, co zrovna nejvíc hoří. (Barvíková, Svobodová, Šťastná 2009)

Přesto v některých šetřených případech byla shledána velmi **intenzivní práce s rodinou**, kdy byli pracovníci s rodičem v kontaktu mnohdy i každý týden, v některých obdobích dokonce i častěji.

T: „Co matka? - Ta tam už nějakým způsobem nefiguruje nebo navštěvujete tu rodinu ještě v tuhleto chvíli?“

R: „Navštěvujem, protože tak, abychom i tu matku musíme trošku popostrčit, aby s tím [jméno dítěte] byla v kontaktu, aby...“

T: „Jak často jste s tou rodinou v kontaktu zhruba?“

R: „No, každý týden minimálně jednou... To bylo tak jednou, dvakrát do týdne určitě. Budťo teda byla matka tady nebo jsme byli my tam.“ (P31)

Intenzivní práce s rodinou v době umístění dítěte v ústavním zařízení probíhá především prostřednictvím pravidelného kontaktu s rodinou (případně rodinnými příslušníky) v domácím prostředí či na úřadě, poradenství, kontroly sociálních podmínek v rodině (v případě, že se rozhoduje o ukončení ústavní péče), podpory kontaktu rodiny s dítětem v ústavní péči, asistence při návštěvách rodičů v ústavních zařízeních, zprostředkovávání komunikace mezi rodinou a pracovníky ústavního zařízení, případně doporučováním dalších služeb. Obdobný přístup ke spolupráci uplatňují pracovníci OSPOD také v rámci širší rodiny v případě nezájmu či neexistence biologických rodičů. Kontakty jsou pak udržovány zejména s prarodiči a sourozenci rodičů a i v těchto případech je klíčovým cílem pracovníka OSPOD podpora kontaktu mezi dítětem a příslušníky širší rodiny - *„...nejprve navštívila holčičku babička, několikrát si holčičku vzala na víkendový pobyt, prázdninový pobyt, protože žijí v jednom domě, při pobytu holčička začala chodit k tetě a strýci a oni viděli jaká je šikovná, hezká, schopná, až se vztah vyvinul a na jaře myslím si začali brát holčičku teta se strýcem...“ (KV5).*

Výrazně lepší spolupráce je pochopitelně s těmi rodiči, kteří kontakt se sociálním pracovníkem sami vyhledávají a na nápravě situace jsou osobně zainteresovaní. Jedná se o rodiče, u nichž se projevuje zájem zlepšit své současné podmínky tak, aby mohli dostat dítě zpět do vlastní péče (viz následující citace), popřípadě o rodiče dětí s výchovnými problémy.

„Matka dochází na úřad pravidelně, ráda se chodí svěřovat.“ (P49)

„Ona v tom listopadu sem přišla proto, že potřebuje pomoc, že chce malou vrátit. Že má podmínky, ať se přijdeme podívat, že prostě tu (jméno) chce zpátky, že ji nenechá v tom dětském domově a od té doby začali jsme s ní pracovat, ještě ty na té ubytovně, (...) no a ta máma potom hned vlastně na Vánoce už projevila zájem, že by ji chtěla mít na pobyt, takže jsme napsali, oslovili jsme ten dětský

²³ Havigerová, J.: Sanace rodiny po nařízení ústavní výchovy. VIA IURES - Bulletin pro právo ve veřejném zájmu on-line (dostupné z <http://www.viaiuris.cz/index.php?p=msg&id=179> , citováno 5.12.2010)

domov, oslovili jsme OSPOD v Ostravě a vlastně začala ta máma si ji brát. Už se zrealizovalo se souhlasem vlastně, prošetřilo se a první ten kontakt proběhl na ty Vánoce a pak si ji brala už častěji, vždycky to bylo asi jednou za měsíc, postupně ta intenzita tam narůstala a podávali jsme, sepsali jsme ji návrh na předběžko, žádala [jméno] svěřit do výchovy a zároveň návratné zrušení ústavní péče, takže se to povedlo, nakonec dcera je u vlastní matky." (KV2)

Výše uvedená citace zřetelně dokládá charakter a časový postup aktivit sociálního pracovníka v rámci spolupráce při navrácení dítěte zpět do rodiny spočívající v kontrole podmínek vytvořených matkou, aktivní spolupráci s matkou, administrativní výpomoci, poradenství a zprostředkování kontaktu mezi matkou a jinými institucemi.

Četnější kontakt než v zákonem stanovené lhůtě bývá též např. určitý čas po umístění dítěte do zařízení a probíhá-li mezi rodičem a OSPOD intenzivní spolupráce na úpravě poměrů umožňující návrat dítěte do rodiny. V problémových kauzách si četnější kontakt vyžádá potřeba řešení nastalých problémů (útěky dětí apod.).

T: „Návštěvy v rodině, pokud jste tam docházeli? Jak často probíhali?“

R: „Po umístění dětí, tam je vlastně ta povinnost, co tři měsíce, ale docházeli jsme tam i častěji opravdu, když bylo potřeba, když jsme rodiče nezastihli, byli předvoláni a tak. Jako docházelo se tam častěji než jenom ty tři měsíce.“ (Z24)

Následující příběh dokládá rovněž značné úsilí sociálních pracovníků při práci s rodinou a jejich snahu motivovat rodiče k udržování kontaktu s dětmi. S rodiči se proto snaží stýkat poměrně často, někdy i mimo rámec plánovaných návštěv. Ani intenzivní a vytrvalá snaha sociálního pracovníka však nemusí slavit úspěchy a jeho záměry nemusejí být vždy naplněny. Obzvláště, pokud pracují s rodiči, kteří ne vždy spolupracují a na které se nedá spolehnout, jak tomu nezřídka bývá.

T: „No a u otce, to se taky chci zeptat. Tam mohlo proběhnout kolik šetření?“

R: „Hrozně moc. Jako každý šetření, když jsem vyrazila, minimálně každé měsíc, minimálně. Někteří měsíc i víckrát, když jsem tam jela třeba někam, tak jsem se stavovala. Problém byl v tom, že ne vždycky jsem otce zastihla doma. I když nepracoval, takže někdy jsem to potom musela už řešit tak, když jsem s ním nutně potřebovala mluvit, abych mu zatelefonovala a řekla prostě - budete doma, já tam pojedu. ... On je teď ve stavu, kdy odmítá pomoc. Je takovej docela popudlivej, když mi tam přijedeme, tak je na nás docela... Ještě, když ty děti měl, tak byl takovej, jako že se s ním dalo jednat. Teď ne.“ (P33)

Rodiče se sami někdy častějšímu kontaktu či intenzivnější spolupráci brání tím, že se kontaktu s pracovníkem vyhýbají. Důvodem bývá zejména nezájem o děti, jako v případě náhradních rodičů, kteří se osvojených dětí „vzdali“ poté, co bylo zjištěno jejich týrání. Sami požádali o ukončení kontaktu se sociální pracovníci a poskytování jakýchkoliv informací o dětech, které už zpět do své péče v žádném případě nechtějí, vůči dětem již plní jen svoji vyživovací povinnost. Pracovnice považuje kontakt s nimi za osobně nepříjemný a neúčelný, od pravidelného kontaktu s těmito rodiči bylo upuštěno na základě písemného prohlášení obou rodičů, že si další kontakt nepřejí.

„Protože jako když jsem je nezastihla, nechala jsem vzkaz, telefony nebrali. Potom to řekli, že teď nemůžou, tak jsem řekla, že mám ještě teda šetření v [obec], takže bych se tam vrátila. Když jsem se vrátila, už nebyli doma. Tak mně sousedi řekli, že je najdu v hospodě. Tak to už jsem teda docela byla z toho špatná, protože jsem říkala - prosím vás, tak jsme byli domluveni. A seděli v

hospodě prostě. Ve dveřích říkám - tak děláte si ze mě už srandu? Takže moc jako tam ta spolupráce, obtěžovalo je to. Vyložene je to obtěžovalo." (Z9)

V další kauze matka, které byly děti odebrány, protože je týrala, vinila za nastalou situaci sociální pracovníci, která podala návrh na umístění dětí do ústavní výchovy. Matka odmítala spolupracovat jak s pracovníci OSPOD a ústavním zařízením, tak i formou své participace na rodinné terapii, kterou posttraumatický stav dětí vyžadoval.

„S matkou spolupráce byla obtížná, matka obtížně spolupracovala s dětským domovem, obtížně spolupracovala s námi, necítila pocit viny, hledala viníka ve mně jako v sociální pracovníci za situaci, nevnímala to jako selhání své, ale instituce neprávem zasáhly." (Z34)

Matčiny manipulace měly vliv i na ochotu dětí ke kontaktu s touto pracovníci. Na základě této zkušenosti pracovníce dospěla k závěru, že v určitých případech **není vhodné, aby sanaci rodiny prováděla stejná pracovníce jako ta, která dala podnět k odebrání dětí z rodiny**. Její názor potvrzuje stanovisko Havigerové²⁴:

„V praxi však mnohdy dochází k tomu, že rodiny, kterým bylo odebráno dítě, jsou poznamenány nedůvěrou k sociálním pracovnícím OSPOD, jejichž činnost chápou spíše jako represivní, a na základě jejich špatných zkušeností vystupují více pasivně v procesu jejich sanace. Bylo by jistě vhodnější, kdyby s rodinou, které bylo odebráno dítě, pracovala jiná sociální pracovníce než ta, která podala návrh či podnět k nařízení ústavní výchovy a vystupovala jako opatrovník dítěte v řízení. Represivní a sanační kompetence by nejlépe měly být rozděleny mezi dva různé orgány a nemělo by tedy docházet k tomu, že by sanaci prováděla sociální pracovníce, která má kompetenci vydávat represivní opatření. Efektivním řešením by také bylo, kdyby orgány sociálně-právní ochrany dětí více spolupracovaly s pověřenými osobami a dalšími nevládními organizacemi, které by se podílely na sanaci rodiny a poskytly rodinám služby, které tento orgán vzhledem ke své kapacitě poskytnout nemůže. S účastí nestátních subjektů na výkonu sociálně-právní ochrany počítá i zákon o sociálně-právní ochraně dětí, který v §§ 48-50 upravuje výkon této činnosti osobami, které k tomu získají pověření.“

V realitě se ovšem může stát, že kontakt s rodiči může být z objektivních důvodů velmi problematický, zejména pokud rodiče změni místo bydliště a svou novou adresu na OSPOD nenahlásí nebo pokud bydlení ztratí úplně. V některých takových případech pak pracovníci kontakt s rodičem (po nějakou dobu) zcela ztratí.

„Od zbavení matky vlastně rodičovské zodpovědnosti a odstěhování z dané lokality vlastně o jeho matce nikdo neví." (O38)

Obecně lze říci, že **možnosti efektivní spolupráce** s rodiči a potažmo i sanace rodiny omezují osobní charakteristiky (intelekt, povahové rysy), vážné problémy (závislosti, zdravotní stav) a limity (špatné vzory v rodičovských rolích - transgenerační přenos) rodiče.

Záměry a formy spolupráce pracovníka OSPOD s rodiči lze na závěr shrnout do následujících čtyř základních oblastí:

- a) Spolupráce na úpravě poměrů umožňující návrat dětí do rodiny formou motivace ke změně, poradenství, podpory, pomoci (např. s hledáním náhradního bydlení);

²⁴ Havigerová, J.: Sanace rodiny po nařízení ústavní výchovy. VIA IURES - Bulletin pro právo ve veřejném zájmu on-line (dostupné z <http://www.viaiuris.cz/index.php?p=msg&id=179> , citováno 5.12.2010)

- b) Sledování péče rodičů o děti během jejich víkendových/prázdninových pobytů formou ohlášených i neohlášených návštěv - zejména v případech, kdy rodič sleduje navrácení dítěte do jeho péče
- c) Snaha o znovuoobnovení, či navázání vztahu mezi dětmi a členy jejich rodiny
- d) Spolupráce s rodiči v případech, kdy vzhledem k problémovému chování dětí a nevhodnému výchovnému prostředí (nedůslednost, žádná pevná pravidla a režim) návrat dětí z ústavního zařízení není pravděpodobný, nicméně mezi rodiči a dětmi je citová vazba. V těchto případech se rodiče často neumí přizpůsobit problémovému chování dítěte, ani mu předcházet či zamezit. Dosáhnout efektivní spolupráce s tímto typem rodičů je pro pracovníka OSPOD velmi obtížné, jejich přístup se vyznačuje značnou laxností.

7.8 Kontakty dítěte s rodinou po jeho umístění do institucionální péče

Kontakt dítěte s rodičem (neprobíhala-li jeho výchova v rodině za traumatických okolností) je významný pro jeho psychický vývoj i pro usnadnění procesu adaptace na podmínky ústavního zařízení, v některých případech je i zásadní. Pracovníci OSPOD se snaží rodiče ke kontaktu s dětmi motivovat a jejich kontakt podporovat, mnohdy však neúspěšně. Nejintenzivnější kontakt s dětmi udržují rodiče/rodinní příslušníci, kteří mají zájem, aby jim dítě bylo svěřeno (zpět) do jejich péče. Nezájem rodičů o dítě po umístění do ústavní výchovy je zaznamenáván u případů, kdy rodiče vykazovali známky sociálně-patologického jednání, nebo se jednalo o rodiče ve výkonu trestu, rodiče s drogovou závislostí, případně o rodiče s nižším stupněm mentálního vývoje. Pracovníci OSPOD však poukazují také na případy, kdy se spolupráce s rodinou nijak nevyvíjí a kontaktu rodiny s dítětem je preventivně zamezováno s ohledem na zdravý fyzický a duševní vývoj dítěte. V extrémních případech je kontakt rodiče s dítětem dokonce považován za nežádoucí a v souvislosti s tím se nedoporučují ani návštěvy dítěte, případně je možnost návštěv omezena a probíhá za asistence odborného dohledu ústavního zařízení.

Jakýkoliv kontakt rodičů (a dalších osob) s dětmi ovlivňují zejména tyto faktory:

Osobní a vztahové podmínky:

- vzájemná citová vazba,
- zátěž vztahu (např. syndrom zavrženého rodiče, problémové chování dítěte, CAN),
- osobnost rodiče (závislosti a zneužívání návykových látek, osobní problémy a charakteristiky),
- zdravotní stav rodiče.

Praktické podmínky/překážky:

- vzdálenost a dopravní dostupnost,²⁵
- ekonomická, materiální a sociální situace,
- bytové podmínky (v případě víkendových a dlouhodobých pobytů),
- výkon trestu odnětí svobody.

Vnější rámec tvoří stanovisko OSPOD²⁶ či pobytového zařízení v konkrétním případě (např. povolení pobytu) a interní návštěvní řád obecně upravující podmínky a režim návštěv v daném zařízení.

„Chlapec do rodiny dojížděl na dovolenky (víkendy, prázdniny). Souhlas s dovolenkami je však v zařízení podmíněn „bodovým systémem“. Někdy chlapec nemohl odjet (měl body těsně pod hranicí).“ (P27)

Jednou z nejvýznamnějších (a nejvíce zmiňovaných) překážek komplikujících kontakt mezi rodinou a dítětem v ústavní výchově je vedle nezájmu o dítě především výše zmíněná špatná ekonomická, materiální a sociální situace rodiny a s ní související vzdálenost (dostupnost zařízení) mezi ústavním zařízením, v němž je dítě umístěno, a místem trvalého pobytu rodičů. Je-li dítě umístěno v ústavním zařízení, jehož vzdálenost od místa trvalého pobytu rodičů je mimo jejich možnosti, intenzita kontaktů se snižuje a v určitém časovém horizontu dochází k omezování kontaktu s dítětem pouze na jeho pobyty v domácím prostředí, případně je kontakt omezen na informace o dítěti zprostředkované přes telefon.

²⁵ Ustanovení § 5 odst. 15 zákona o ústavní a ochranné výchově, kde je stanoveno, že dítě by mělo být umístěno co nejbližší bydlišti rodičů, není v praxi mnohdy naplňováno. (Havigerová)

²⁶ **Pobyt dítěte mimo ústav upravuje § 30 zákona o SPO takto:**

- (1) Ředitel ústavního zařízení může jen po předchozím písemném souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností povolit dítěti, které je v ústavním zařízení umístěno na základě předběžného opatření nebo rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy nebo kterému byla na základě rozhodnutí soudu uložena ochranná výchova, pobyt u rodičů, popřípadě jiných fyzických osob, a to nejvýše v rozsahu 14 kalendářních dnů při prvním pobytu u těchto osob. Tato doba, s výjimkou případů, kdy byla na základě rozhodnutí soudu uložena ochranná výchova, může být prodloužena, jde-li o pobyt u těchto osob, na základě písemného souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Bylo-li dítě umístěno v takovém ústavním zařízení na základě žádosti rodičů nebo jiných zákonných zástupců, lze povolit takový pobyt u jiných fyzických osob jen po předchozím písemném souhlasu rodičů nebo jiných zákonných zástupců, pokud získání tohoto souhlasu nebrání vážná překážka.
- (2) Písemný souhlas obecního úřadu obce s rozšířenou působností podle odstavce 1 musí obsahovat určení osob, u nichž bude dítě pobývat, délku pobytu dítěte mimo ústav, na kterou se souhlas vydává, a místo pobytu dítěte.
- (3) Při vydávání písemného souhlasu s pobytem dítěte mimo ústav podle odstavce 1 obecní úřad obce s rozšířenou působností přihlíží zejména k rodinnému a sociálnímu prostředí, v němž bude dítě pobývat. V případě pobytu dítěte u jiných fyzických osob než rodičů, prarodičů nebo sourozenců posuzuje se jejich bezúhonnost podle § 27 odst. 1 písm. e). Pro účely vydání souhlasu může obecní úřad obce s rozšířenou působností požádat krajský úřad o odborné posouzení fyzické osoby jiné než rodiče, u níž má dítě pobývat. Pro odborné posouzení platí § 27 přiměřeně. Za účelem doložení bezúhonnosti takové osoby si může obecní úřad obce s rozšířenou působností vyžádat podle zvláštního právního předpisu^{28a)} výpis z evidence Rejstříku trestů; o skutečnosti, že si vyžádal výpis z evidence Rejstříku trestů, tuto osobu bez zbytečného odkladu vyrozumí. Žádost o vydání výpisu a výpis z evidence Rejstříku trestů se předávají v elektronické podobě, a to způsobem umožňujícím dálkový přístup.
- (4) Krajský úřad je povinen odborné posouzení jiné fyzické osoby podle odstavce 3 provést.
- (5) Je-li místo trvalého pobytu dítěte odlišné od místa trvalého pobytu rodičů nebo jiných fyzických osob, u nichž má dítě pobývat, může obecní úřad obce s rozšířenou působností vydat písemný souhlas podle odstavce 1 jen na základě vyjádření jiného příslušného obecního úřadu obce s rozšířenou působností [§ 61 odst. 3 písm. c)].

„...Matka zpočátku se snažila ty dvě dcery navštěvovat, ale problematické to bylo tím, že byla z obce, kde ten autobus jezdí dvakrát denně, neměla dostatek peněz, takže ty návštěvy tam byly ze začátku jednou měsíčně a pak to začalo postupně upadat a potom ty návštěvy zcela přestaly, takže ta snaha z její strany byla, ale přestala mít zájem o ty dvě mladší děti...“ (KV31)

Špatná ekonomická situace v rodině však může být i důvodem pro omezené možnosti pobytu dítěte v domácím prostředí v rámci návštěv (např. pro neadekvátní bytové podmínky). Jako další možné příčiny omezeného kontaktu rodiny s dítětem v ústavní péči jsou uváděny také mentální a psychické, případně zdravotní problémy rodičů. Občasná, a v některých případech i nařízená, participace pracovníků OSPOD při návštěvách rodičů (rodinných příslušníků) v zařízení ústavní péče a monitoring rodiny v období pobytu dítěte v domácí péči jsou pak sociálními pracovníky vnímány jako jakási možnost predikce budoucího vývoje situace dítěte v prostředí biologické rodiny a napomáhají tak v procesu rozhodování o potenciálním ukončení ústavní výchovy.

Velmi složité situace musí pracovníci OSPOD řešit také v případech, kdy rodiče jeví o výchovu dětí v prostředí biologické rodiny výrazný zájem a k umístění dětí do ústavního zařízení byli pod vlivem okolností přinuceni proti své vůli (děti jim byly soudním nařízením odebrány). Tito rodiče zůstávají i nadále v intenzivním kontaktu se svými dětmi a podnikají veškeré kroky k tomu, aby jim byly děti navráceny zpět do jejich péče. Problémem ovšem je, že tito rodiče si nejsou vzhledem ke svému potenciálu schopni uvědomit důsledky svých výchovných postojů v kombinaci s neadekvátním sociálním zázemím pro bezkonfliktní vývoj svých dětí. Sociální pracovníci hovoří o tom, že jsou schopni empaticky vnímat jejich roztrpčení nad ztrátou svých dětí, nicméně ani intenzivní sociální práce s takovou rodinou nepřináší výsledky, jež by směřovaly ve prospěch zachování plnohodnotné rodiny. Ilustrativně na tomto místě uvádíme příběh rodiny, které bylo odejmuto z výchovy sedm dětí, o jejichž navrácení do své výchovy se již několik let usilovně snaží:

„Rodina kontaktuje, nebo rodiče říkají, že telefonují, někdy jezdili i na návštěvu děti byly propuštěny například na vánoční pobyt do rodiny, snažíme se, aby děti s rodiči měly kontakt. Ovšem například to propuštění dětí znovu vedlo k další tragédii, kdy rodiče neuhlídali a nezletilý narozený v roce 2008 byl opařen a byl převážen na kliniku popálenin [název nemocnice]. Čili pokaždé, když se snažíme, aby děti šly zpátky do rodiny, tak se vyvrbí něco, co se stane a svědčí o neschopnosti rodičů vychovávat. Ovšem i potom jsme se snažili v rámci toho, že rodiče žádali o zrušení ústavní výchovy, propustili jsme nezletilého na pobyty, bedlivě jsme sledovali péči rodičů, docházeli jsme do té rodiny, ovšem zjistili jsme opět, že rodina nemá vůbec žádné finanční prostředky, minimální množství jídla, proto musel být tento pobyt ukončen a dítě vráceno do dětského domova.“ (KV46)

V některých případech jsou rodiče zastoupeni či nahrazeni prarodiči, takže dítě je v kontaktu alespoň se širší rodinou a pro děti tak velmi důležité rodinné vazby zůstávají zachovány. Někdy tato širší rodina představuje též zprostředkovatele kontaktů mezi dětmi a jejich rodiči, ke kterým by jinak pravděpodobně nedocházelo.

„Matka do doby, než se jí hodně zhoršil zdravotní stav, tak o děti v domově pravidelně projevovala zájem, navštěvovala je, brala si je na krátkodobé pobyty. (...) Ale tím, že děti zůstaly v dětském domově v [název obce] a mají tady babičku, tak neztratily ty rodinné vazby. Babička si pro děti chodí, babička má tady řádné bydlení. Děti mohou být v kontaktu s matkou, pokud dnes není zdravotně na tom tak a není v psychiatrické léčebně, tak jí vidí na procházkách.“ (O6)

Kontakty (širší) rodiny s dětmi však současně mohou ovlivňovat i rodinné spory o děti, případně i spory, které se dětí přímo netýkají.

T: „A ten strýc a teta, u kterých děti chvíli pobývali, ty se stýkají s dětma?“

R: „Tam proběhl tedka při tom druhém umístění, tam proběhl dovolenkový pobyt u té tety, která o ně projevila zájem, ale došlo tam k tomu, to proběhlo jenom jednou, bohužel tam došlo k tomu, že přišla babička a že chce děti si vzít k sobě a hotovo. Že ona je prostě chce a je to. A teta už jí nebyla schopna vysvětlit, že teda ona má děti na starosti, že ona o ně pečuje, že ona chce vědět, kde jsou a že je chce mít na večer k sobě, u sebe. Jo? Takže tam došlo prostě k hádce v té rodině, jak jsou ty vztahy takové vyostřenější, tak...“ (Z24)

7.9 Kontakty sociálního pracovníka s dítětem po jeho umístění do institucionální péče

Zákon o SPO stanoví pracovníkům OSPOD povinnost navštěvovat děti do zařízení pro výkon ústavní výchovy minimálně jednou za čtvrt roku (viz kapitola 7.7). Povinnost navštěvovat děti v jiných typech zařízení - zařízení sociálně-právní ochrany (ZDVOP) a preventivně výchovné péče není právně nijak upravena.

Kontakty pracovníka s dítětem mají **formu** návštěvy v zařízení, v období pobytu dítěte v rodině ohlášené/nehlášené návštěvy v rodině (zejména formou kontroly v kauzách, kdy rodič usiluje o návrat dítěte do jeho péče) či osobní návštěvy dítěte na úřadě.

T: „V kontaktu s dítětem jste, jak jste uváděla. V zařízení ze zákona ty čtvrtletní.“

R: „Hm. Ted' zrovna, když je v ústavu, tak ano. Ted' zrovna u ní kolikrát i častěji, podle toho, když se chytne na policii, tak to tam jako kontakt tam je. Nebo když tady na té dovolence je, tak když je tu na dyl zrovna tady tahle [dívka] a nic nevyvede, tak to chci, aby sem třeba přišla jenom se jako ukázat, když je to třeba ta týdenní dovolenka, tak to jo. Ale jinak obecně vzato těch čtvrt roku, pokud není jiný problém.“ (Z25)

Kromě osobních návštěv se pracovníci o některých dětech informují telefonicky prostřednictvím pracovníků zařízení. Iniciátorem kontaktu ovšem nemusí být jen pracovník, ale v případě potřeby to může být i samo dítě.

„No a je domluvené, že kdyby on cokoliv potřeboval, takže může vlastně kdykoliv třeba zatelefonovat, což párkrát udělal, ale bylo to teda vždycky kvůli dovolence, že by chtěl na dovolenku, tak to volal.“ (Z38)

Z hlediska **četnosti** kontaktů je **nejběžnější pravidelný čtvrtletní kontakt**. Vykonával-li pracovník OSPOD sociální práci s dětmi nad rámec svých pracovních povinností, šlo většinou o složité případy, případy problematického chování dítěte, ale také případy, ve kterých byl pracovník více citově zaangažován (vznikl hlubší vztah mezi pracovníkem a dítětem) nebo jen z důvodu zvýšené schopnosti empatie.

V některých případech, kdy se podařilo s dítětem navázat důvěrnější a těsnější osobní vztah, se dítě na návštěvy sociálního pracovníka těší, neboť je mnohdy vůbec jedinou osobou, která jej navštěvuje.

„Vzhledem, zase znovu, k jeho postižení a k tomu, že my jsme byli vlastně jako jeho rodina, tak zhruba 2x nebo jednou za dva měsíce, že jsme tu lhůtu zkrátili, takže při cestě, když jsme jeli třeba do [název obce A] nebo do [název obce B] nebo jel kolega, který tam měl umístěný dítě, tak vždycky jsme se snažili ho nějak navštívit. Promluvit s ním. A on se na ty návštěvy víceméně těšil. On vždycky už od rána byl čistě oblečený a čekal a seděl u dveří.“ (O38)

Setkali jsme se i s případem, kdy sociální pracovnice udržovala kromě zákonných návštěv intenzivní kontakt s dítětem též prostřednictvím vzájemných dopisů.

Někdy jsou častější návštěvy dítěte se strany sociálního pracovníka realizovány jen v určité fázi případu, například z počátku po umístění dítěte do ústavního zařízení. Nicméně obecně lze intenzivnější kontakt vzhledem k vytížení pracovníků a vzdáleností zařízení obtížně realizovat.

T: „Takže teďka bych se ještě vrátila k tomu dítěti. Jste v nějakém kontaktu teďka a jak často?“

R: „V kontaktu jsme určitě. Přiznám se, že podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí máme povinnost co tři měsíce navštěvovat jak dítě, tak rodiče, což teda já dodržuju. Já si to hlídám. Je pravda, že se mi teda nepodaří tam jet dřív, že teda bohužel dodržuju fakt ty tříměsíční návštěvy. To nejsem schopna zrealizovat. A teď ho mám dál a tím, že je v těch [název zařízení], tak zase máme auto, takže je to rychlé. Takže v kontaktu určitě jsme.“ (Z37)

V zájmu úspory svého pracovního času se pracovníci OSPOD snaží pro kontakt s dítětem využívat období případného pobytu dítěte v místě nebo poblíž bydliště (návštěvy rodiny, tábory).

„Do 18 let, což je teda dost náročný, protože když si vezmete každého čtvrt roku, zrovna zítra se tam chystám, o půl sedmé vyjždím a v sedm se vracím. Takže to je kilometrů a kilometrů. Pokud ty děti třeba byly tady teď po dvakrát, letos teda se to nepodařilo, tak jsem si tu jednu návštěvu udělala, když byly tady na tom táboře, že jsem je navštívila, promluvila s nima. Takže jsem si to, jednu tu návštěvu de facto jakoby zkrátila tu cestu. Ale bohužel, tak to je nastavený, tak se nedá nic dělat. Plus teď vlastně jestli bude probíhat ten soud v [město], tak to budou ještě navíc. Takto to je časově náročný, protože ten čtvrt rok, to uteče strašně rychle.“ (Z9)

Nicméně někdy není častější kontakt realizován pro nedostatek vnitřní motivace, neboť z pohledu pracovníka zodpovědnost za dítě převzalo zařízení, které díky bezprostřednímu kontaktu s dítětem může lépe reagovat na jeho potřeby.

„Tak děti byly v tom zařízení, už v dětském domově, takže tam máme ze zákona povinnost co tři měsíce za nimi dojíždět, takže tam už si to vlastně v podstatě přebere ten dětský domov, protože ten je v nejužším kontaktu s těmi dětmi, ví konkrétně, co potřebují a podobně.“ (Z24)

Pro návštěvu dítěte při dvouměsíčním internátním pobytu v SVP není stanovena zákonná povinnost, v rozhovorech se zmínka o návštěvě dítěte v zařízení tohoto typu objevila jen výjimečně, běžnější je spíše získávání informací o prospívání dítěte telefonickým kontaktem s odborným personálem zařízení.

Méně časté návštěvy než 1x za čtvrt roku jsou výjimkou a pokud je sociální pracovník v rozhovoru přízná, odůvodní je objektivními okolnostmi, jako je například nepřítomnost dítěte v ústavu z důvodu útěku nebo komplikací na straně zařízení (karanténa).

Pro **efektivní spolupráci** mezi pracovníkem a dítětem má klíčový význam **kvalita jejich vzájemného vztahu**. Vedle profesních dovedností pracovníka, věku, osobnosti klienta a okolností případu zde nicméně hrají roli i vzájemné osobní sympatie.

R: „On teda jako, já si troufám říct, že my ten vztah spolu jako máme. Já se snažím s těma děckama nějakým způsobem vyjít. Někde ten vztah navážu rychle a dobře, ale mám i případy, kdy prostě si nesesednem, kdy prostě oni mě neberou a jako - já se s váma bavit nebudu.“

T: „Takže do budoucna vidíte tam?“

R: „Ale ten [chlapec] jako jo. Já si myslím, že on je schopný a i když bude plnoletý třeba za mnou přijít a ukázat se. Je to zas můj názor. Nevím, co by řekl na to on, kdybyste s ním mluvili. Ale myslím si, že my ten vztah jako navázaný máme. A nelámu nad ním hůl, věřím tomu, že jako když bude chtít, tak je schopný nějakým způsobem fungovat.“ (Z37)

Intenzivnější vztah mezi pracovníkem a dítětem bývá navazován v průběhu kurátorské práce, neboť ještě před nařízením ústavní výchovy bývá kontakt s dětským/mladistvým klientem velmi častý. Ve výpovědích mnohdy zaznívá přijetí klienta a původ výchovných problémů pracovník mnohdy přičítá spíše kvalitě výchovného rodinného prostředí. Při soudních jednáních jsme zaznamenali tendenci pracovníků zasazovat se spíše o mírnější výchovné opatření (pouze ústavní namísto ochranné výchovy) či trest.

„Je to teda jeho první trestná činnost coby mladistvý, takže snad by to mohlo eventuelně skončit podmíněným zastavením trestního stíhání, pokud teda bude splňovat podmínky.“ (Z37)

7.10 Vize návratu do rodiny

Z hlediska možnosti návratu dítěte z institucionálního pobytového zařízení zpět do původní rodiny se vydělují v analyzovaných kazuistikách tři hlavní skupiny:

1) Dítě se do původní nukleární biologické rodiny již vrátilo nebo se pravděpodobně v budoucnu vrátí

Do této první skupiny lze zařadit většinu z případů spadajících z hlediska základní typologie do skupiny „problémové chování dítěte“ (kam řadíme například záškoláctví, útoky z domova, drobnou kriminalitu, agresivitu dětí apod.), u nichž je ústavní zařízení voleno z důvodu nápravy chování nezletilého. V rámci této skupiny lze konstatovat, že ačkoli tyto děti mnohdy pocházejí z disfunkčních rodin, v rámci nichž se i sami rodiče potýkají s řadou problémů, kontakty s dětmi bývají udržovány a pokud by se chování dítěte zlepšilo, možnost návratu do původní biologické rodiny (resp. alespoň k jednomu z rodičů) je reálná. V řadě analyzovaných případů se nicméně prozatím výchovné problémy v ústavní výchově nedaří eliminovat natolik, aby byl návrat možný. Předpoklad, resp. načasování návratu je tedy prozatím nejasné, přičemž nebývá ani vyloučeno setrvání dítěte v ústavu do dosažení zletilosti. Do této skupiny lze tedy zahrnout i případy, kdy vztah rodičů k dítěti je v podstatě funkční, ovšem záleží pouze na výsledcích, jakých bude ústavní výchovou u dítěte dosaženo.

V případech, kdy je dítě umístěno mimo biologickou rodinu z důvodu problémů vyskytujících se na straně rodičů, otevírá se velký prostor pro působení pracovníků

OSPOD. Jejich vliv na rodiče bývá rozhodující zejména tehdy, pokud jsou rodiče nerozhodní a s nápravou situace a rodinných podmínek váhají či ji z různých důvodů odkládají. V těchto případech tedy hraje velice důležitou roli přetrvávající zájem rodičů o děti, podpořený intenzivní prací sociálních pracovníků s rodinou.

V řadě případů z této první skupiny, v nichž by se v blízké budoucnosti mohlo podařit dosažení návratu dítěte do jeho rodiny, pracovníci současně vnímají značné riziko, podaří-li se rodině péči o dítě vůbec zvládnout. Z toho vyplývá potřeba intenzivního následného monitoringu a další spolupráce s rodinou po návratu dítěte do rodinného prostředí. Případně se v praxi osvědčuje (zejména u dětí s problémovým chováním) možnost využít nejprve podmíněného propuštění z ústavní výchovy.

2) Dítě si vzal nebo pravděpodobně vezme do péče některý z příbuzných

V některých z analyzovaných případů, u nichž došlo k umístění dítěte do ústavního zařízení, se návrat dětí do péče biologických rodičů jeví (v dohledné době) jako nereálný, ovšem péči je ochoten a schopen, případně by pravděpodobně byl schopen, poskytovat někdo z širší rodiny - nejčastěji prarodič či teta/strýc dítěte. Toto řešení se jeví v mnoha případech jako velmi vhodné a žádané, neboť členové širší rodiny jsou v konkrétních případech schopni poskytnout dítěti lepší výchovné podmínky a vhodnější prostředí než samotní rodiče, děti k nim mají vybudované citové vazby a především mohou sami podporovat kontakt dítěte s biologickými rodiči. Je tedy velmi důležité, aby pracovníci OSPOD při řešení případů dětí, o které se nestarají či nemohou starat jejich biologičtí rodiče, zaměřili pozornost na širší rodinu a její potenciál.

3) Návrat dítěte do nukleární či širší rodiny je velmi nepravděpodobný či nereálný

V řadě případů, ve kterých bylo nutno umístit dítě mimo biologickou rodinu, však z pohledu OSPOD není reálný předpoklad návratu dítěte do nukleární rodiny ani možnost umístit dítě do péče jiných příbuzných. Důvody nemožnosti návratu zpět do rodiny bývají takové, že rodiče buď zcela ztratili o dítě zájem (často se jedná o děti vážně zdravotně postižené) nebo alespoň jeden z rodičů zájem sice projevuje, ale návrat dětí je přesto nereálný, neboť rodiče by péči nebyli schopni zvládnout (např. z důvodu duševního postižení či nízké mentální úrovně rodiče). V případech, kdy se rodiče nejsou schopni o děti starat, bývají na vině nedostatečné rodičovské kompetence, které jdou mnohdy ruku v ruce s neadekvátním zázemím či dokonce jeho absencí (rodiče se ocitli bez domova) či například závislostí rodiče na návykových látkách. V některých z kauz spadajících do této skupiny byli rodiče (resp. matka) zbaveni rodičovské zodpovědnosti. Mezi další překážky na straně rodičů patří: špatná finanční situace, zdravotní stav, výkon trestu odnětí svobody či jen pohodlnost. V některých případech totiž rodiče sice zájem o návrat dítěte deklarují, ale z určitého důvodu jim současný stav vyhovuje (např. finanční situace, bytové poměry), a proto nečiní žádné kroky směřující k úpravě podmínek, které by umožnily návrat dítěte zpět do rodiny. Dlouhodobé či trvalé překážky návratu dítěte do jeho rodiny nicméně mohou být i na straně samotného dítěte, které se do rodiny vrátit nechce. Příčinou bývá většinou narušení citové vazby, které má původ v historii vztahu - např. v syndromu CAN či zavrženého rodiče.

7.11 Náhradní rodinná péče²⁷

Náhradní rodinná péče jako forma péče o děti, které nemohou být z nejrůznějších důvodů vychovávány ve vlastní rodině a při které je dítě vychováváno „náhradními rodiči“ v prostředí co nejvíce se podobajícím životu v přirozené rodině (Pěstouni..., 2007), představuje vhodnou a žádoucí alternativu k péči ústavní. Jedná se zejména o adopci (osvojení) a (v námi analyzovaných rozhovorech pak především) o pěstounskou péči. Z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že sociální pracovníci OSPOD jsou si této skutečnosti vědomi a při práci s dítětem se o možnost umístění do náhradní rodiny snaží, či ji do budoucna plánují. V některých rozhovorech týkajících se dětí umístěných mimo biologickou rodinu, u nichž je návrat do původní rodiny vysoce nepravděpodobný či nereálný, téma náhradní rodinné péče explicitně zaznělo. Některé z dětí jsou již do náhradní rodinné péče svěřeny, některé jsou navrženy do evidence dětí vhodných do NRP, v ostatních případech je o náhradní rodinné péči do budoucna uvažováno.

„Z naší strany potom tam byl vlastně podán podnět nebo návrh na zbavení matky rodičovské zodpovědnosti, kdy matka teda byla zbavena té rodičovské zodpovědnosti a dále byly také děti zařazeny do evidence náhradní rodinné péče, která jim teda byla zprostředkována a v současné době jsou v péči budoucích pěstounů.... V podstatě tedka v rodině pěstounů dá se říct jsou děti spokojené, šťastné, prospívají tam.“ (Z47)

Velmi významným momentem, který hraje důležitou roli v případě pěstounské péče, je nesouhlas biologických rodičů s umístěním dítěte do jiné rodiny. Pozitivním zjištěním je, že pracovníci se odmítáním NRP ze strany rodičů nenechávají odradit a o nalezení vhodné pěstounské rodiny přesto usilují nebo usilovat chtějí. Udržování kontaktů s biologickými rodiči je nicméně jedním z principů pěstounské péče a nemělo by tedy být opomíjeno a v žádném případě považováno za nežádoucí. Naopak by mělo být neustále počítáno s potenciální možností návratu dítěte do původní rodiny. Zkušenost následující sociální pracovnice tedy odporuje principům pěstounské péče, přesto se v realitě pravděpodobně nezřídka objevuje.

„Já jsem to nabízela i otci, že bysme se pokusili jako najít třeba nějakou rodinu a on to odmítl. Čili já si myslím, že i teď, pokud ty děti nebudou mít nějaký závažný problém a šly by to dětskýho domova, že bychom se jim snažily jako najít někoho. Že by se dostaly do rodiny, to si myslím, že by bylo jako bezvadný. (...) Protože takhle, i ten otec se bude domáhat stále kontaktu s těma dětma, že jo, čili to je další problém, kdy ty pěstouni nechtěj moc ty rodiče nebo prostě si představují, že budou mít děti bez těch rodičů. Ale tady je potřeba najít pěstouny, který budou si vědomi toho, že ten otec za těma dětma bude jezdit. A to samozřejmě narušuje ten asi, jako tu péči v tý rodině. To asi není taky úplně ideální. Ale on se o to hlásit bude, to jsem o tom přesvědčená. A to by ty pěstouni museli zvládnout.“ (P33)

V případech některých biologických rodičů, jejichž zájem o děti i po umístění do náhradní rodiny nadále přetrvává, nelze vyloučit návrat dítěte zpět do původní rodiny. S takovými rodinami je zapotřebí intenzivně pracovat a zajistit například též zapojení podpůrných služeb.

²⁷ Poznatky v této kapitole vycházejí především z analýzy rozhovorů v Pardubickém a Olomouckém kraji, kde se informace o náhradní rodinné péči mimo širší rodinu dítěte vyskytovaly relativně často. V kraji Karlovarském se naopak objevovaly jen výjimečně a Zlínském dokonce vůbec.

Reálnou komplikaci při hledání vhodné náhradní rodiny může představovat **zdravotní či mentální postižení dětí nebo závažné poruchy chování**. Pokud je navíc kombinováno s **menšinovou etnicitou**, šance dětí na umístění do náhradní rodinné péče se ještě více snižují. Stejně tak se může snižovat šance pro větší **sourozeneckou skupinu** nebo **děti staršího věku**. Tyto důvody mohou dokonce vést v některých případech i k tomu, že tyto děti ani do registru dětí vhodných do NRP zařazeny nejsou.

Převládající názor na přání a představy většiny žadatelů o pěstounskou péči (nejedná-li se o příbuzenskou pěstounskou péči) výstižně shrnuje jedna z dotazovaných pracovníček.

„Když oni většinou i ti pěstouni si představují dítě, který je naprosto zdravý, krásný, chytrý a nejsou s ním žádný problémy. A nestýká se a hlavně se nebude stýkat s rodičema. No, jenomže to jako u té pěstounské to vůbec nejde, tam jako je těch problémů víc než u toho osvojení. Tam se může předpokládat ten styk s těma rodičema tak, aby se chtěli stýkat. Jsou tam i děti, který jsou jako víc zdravotně postižený než ty děti, co budou osvojení.“ (P4)

Vhodným řešením (nejen) situace dětí, u nichž lze předpokládat přetrvávající kontakt s biologickými rodiči, který může být doprovázen určitými problémy, či dětí se zdravotními postiženími by dle této respondentky byla profesionální pěstounská péče.

T: „Takže třeba jako lepší příprava pěstounů, profesionální pěstounská péče, která by vlastně...“

R: „Spíš ta profesionální, protože ta příprava, já si myslím, že ta příprava těch pěstounů jako že probíhá jako dobře, že toho mají jako dost, té přípravy.“

T: „Ale vzhledem k tomu, že se brání styku s jakoby biologickou rodinou.“

R: „Oni se nebrání, ale oni ti pěstouni jako... asi ne, tak oni by chtěli, chtějí dítě, aby bylo jejich. Tak to je jasný. Jenže oni je na to připravujou. - Jako tady v těch přípravách, jako oni to mají, jako já si myslím, že tam už to není jako, tam spíš chybí opravdu ty profesionální rodiny, který by byly schopný jakýkoliv to dítě přijmout, že? Protože normální ti pěstouni i do té rodiny, do té klasické, tak ty přece jenom mají takovou určitou představu jako. Často z ní sleví, ale není to úplně tak jako... - Menší zdravotní vada nebo tak. - Takže tam spíš ta profesionální rodina, která by byla schopná takový dítě jako postižený přijmout.“ (P4)

I když se pro děti podaří najít náhradní rodina, nemusí být tato péče vždy úspěšná. Určitou roli zde může kromě jiného hrát i práce sociálního pracovníka s touto rodinou a její intenzita. I zde se opět setkáváme s přetížením sociálních pracovníků a nedostatkem času na terénní práci, který může bránit intenzivní práci s rodinou, jež by mohla selhání náhradní rodinné péče v některých případech zabránit.

„V době, kdy to dítě bylo u těch poručníků, myslím si, že v případě, že kdyby ti poručníci bydleli blíže našemu pracovišti, že bychom tam jezdili určitě častěji, možná bych tu rodinu navštěvovala každý měsíc, ale s ohledem na to, že ta cesta byla daleká, nebylo možné k té rodině, i když jsem zjistila, že to tam není ideální, že se tam něco schyluje, tak prostě jsem neměla možnost jim věnovat tolik času, přestože jsme s poručníky byli v telefonickém kontaktu, jako nebylo to ono.“ (O21)

7.12 Následný monitoring rodiny po návratu dítěte z ústavní výchovy

Po návratu dítěte z ústavní výchovy zpět do rodiny zůstávají spisy v evidenci OSPOD až do zletilosti dítěte. Obecně lze říci, že dle výpovědí pracovníků OSPOD bývají tyto rodiny dlouhodobě sledovány a kontrolovány (zejména v oblastech, v nichž rodiče před umístěním dětí mimo rodinu selhávali), případně jsou následně přijímána opatření, která reagují na nová zjištění. Mimo to vyžaduje-li to situace, jsou již zpočátku zapojeny terénní asistenční služby, které mají usnadnit rodině péči o děti anebo chod domácnosti zvládat, jsou-li ovšem v místě k dispozici.

„Finance, ona teda moc neumí hospodařit s financema, takže to už jsme požádali teď tam ty sociální pracovnice, aby pokud tam děti skutečně budou, aby tam jezdily a zjišťovaly, jak to tam funguje, aspoň ze začátku, aby tam byly nějaké pravidelné a intenzivnější intervaly.“ (Z29)

Pokud by se nicméně situace v rodině stabilizovala a případ nadále nepatřil mezi „živé“ případy, mohou pracovníci aktivní monitoring v rodině ukončit (pochopitelně pouze do doby případných dalších problémů v rodině).

T: „A takže pro vás vlastně tímhle tím ten jakoby případ jakoby je uzavřenej, že už jakoby není aktuální?“

R: „Pokud se nám sem [jméno dítěte] nevrátí, tak aktuální už nebude. Tak bysme ho tímhle tím jejím odjezdem vlastně uzavřeli.“ (P13)

V některých případech se stává, že se děti po návratu z ústavní výchovy odstěhují do jiného bydliště spadajícího pod jiný místně příslušný OSPOD. Pokud rodinu převezme do evidence nový OSPOD, role sociálního pracovníka, který měl rodinu do té doby na starosti, v tu chvíli skončí. Nemusí tomu tak ovšem být vždy. Pokud je pracovník na případu osobně zainteresován natolik, že ho osud dítěte zajímá i nadále, ve výjimečných případech se stává, že se o dítě zajímá i po jeho přestěhování nebo si spis dokonce ponechá a s rodinou i nadále pracuje. Dokladem toho je následující příběh.

„Teďko o tom sama přemýšlím, nechce se mi předávat jakoby spis zase zpátky. Není to jakoby povinnost, už zase s nima jakoby jsem rok, už jsem si zvykla na matku, matka na mě, [jméno dítěte] taky, takže přemýšlím o tom, že si spis nechám, protože [město A] a [město B] nejsou zas tak daleko. Ta dojezdnost je, není obtížná. Takže si tam asi budu jezdit. Ještě se domluvíme s [městem B], ale uvidíme, jak na to budou ještě koukat oni, ale pokud nebudou mít nějaký námitky, tak bych si ho nechala. Chtěla bych to tam dokončit.“ (P29)

V případě dětí, které byly z rodiny odebrány z důvodu jejich problémového chování, nad nimi po propuštění z ústavní výchovy probíhá až do jejich zletilosti dohled, pokud nedojde k jeho zrušení.

„Tam bude jenom, bude tam probíhat stále ten dohled, zřejmě do té zletilosti. Neplánuju, že bych dávala návrh na zrušení, protože ta minulost byla problémová dlouhodobě, nebylo to jenom, prostě to vyvrcholilo takhle u nás na rychlo, ale ty problémy se tam vyskytovaly několik let zpátky, takže raději asi ho tam necháme doběhnout ten dohled. [Jméno dítěte], ona trošku je vidět, že trošku potřebuje nad sebou takovej ten dozor.“ (P29)

V několika sledovaných kauzách se v minulosti navzdory provádění následného monitoringu nepodařilo podchytit rizika případu a přijmout včas žádoucí opatření (zejména v podobě zapojení terénních asistenčních služeb a poradenských služeb), situace pak vyústila v eskalaci problémů nebo dokonce v CAN a v opětovné umístění dětí do zařízení ústavní výchovy. S tímto se setkáváme zejména u kauz, kde došlo k předání případu jinému pracovníkovi či OSPOD. Příčina byla současným pracovníkem spatřována v nedostatečné intenzitě monitoringu a četnosti návštěv v rodině ze strany předchozího pracovníka - zde je na místě uvést, že důvodem nemuselo být jen podcenění či zanedbání případu, nedostatečná četnost kontaktů s rodinou mohla být důsledkem přetížení OSPOD nápadem případů na pracovníka.

I přes intenzivní monitoring vzbuzují některé případy u sociálních pracovníků obavy ohledně budoucího vývoje, které však nemusejí pramenit pouze z problémů uvnitř rodiny, ale mohou být do značné míry podmíněny též vnějšími okolnostmi (nedostupnost sociálního bydlení, služeb, předsudky či nízká míra tolerance většinové společnosti například vůči romskému etniku). Příkladem může být těžko řešitelná situace sociálně slabé rodiny, která skončila na ulici poté, co vypršela nájemní smlouva v azylovém domě. Děti byly následně umístěny v ZDVOP, a protože ani s pomocí OSPOD se po čtyři měsíce nedařilo sehnat náhradní/azylové bydlení, zůstaly zde po celou dobu. V současné době matka s dětmi žije v azylovém domě, kde však s nimi nemůže žít otec. Dalším cílem je pomoci rodině najít pronájem. Vzhledem k příjmové situaci rodiny, její početnosti a romskému původu otce se však nedaří sehnat jiné než azylové bydlení - situace, že rodina nebude mít kde bydlet, se tak může kdykoliv opakovat.

„Ale pořád se snažíme jakoby najít nějaký, pro nás jako pro OSPOD není reálné najít jim podnájem, takže rodina spolupracuje s asistentkami sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětma, které jim jakoby tady v tomhle můžou pomoc. V tom najít to ubytování. Ale teďka v podstatě si myslím, že další kroky budou, budou teda takové, že prostě se budeme snažit najít dále ubytování, ale je to teda, obávám se jako nereálné.“ (Z31)

7.13 Shrnutí

➤ **Intenzivní snaha sociálních pracovníků o udržení dítěte v rodině**

Pracovníci OSPOD se snaží o spolupráci jak s nukleární biologickou, tak širší rodinou, ve snaze udržet dítě v rodině. Spolupráce s rodinou je klíčovým momentem, který ovlivňuje rozhodnutí sociálního pracovníka. Mezi nejzávažnější limitní faktory spolupráce patří nezáměr ze strany rodičů plynoucí z nezáměru o výchovu dítěte a z nedůvěry ve správnost úsudku pracovníka OSPOD.

➤ **Intervence využívané sociálními pracovníky při práci s rodinou**

Ve snaze udržet dítě v rodině se sociální pracovníci snaží rodinu kontaktovat v jejím domácím prostředí, zprostředkovávají komunikaci mezi rodinou a ostatními odborníky a institucemi (psychologové, psychiatři, školy, NNO, policie ...), poskytují poradenství a celkově se snaží pracovat s rodinou (s využitím výchovných opatření upravených v rámci zákona o SPO), aby děti nemusely být umístěny mimo biologickou rodinu.

➤ **Preference náhradní rodinné péče v širší rodině**

Při umísťování dítěte mimo biologickou rodinu sociální pracovníci nejprve kontaktují a prověřují příbuzné z širší rodiny. Ta je vždycky upřednostňována před umístěním

dítěte do pěstounské péče náhradní rodiny či do ústavní péče, a to i ve fázi výkonu ústavní výchovy.

➤ **Faktory ovlivňující reakci dítěte na jeho umístění mimo biologickou rodinu**

Reakce dítěte je dle výpovědí pracovníků ovlivněna například, intenzitou citových vazeb v rodině, mírou spolupráce rodičů s pracovníky OSPOD, důvody intervence pracovníků do rodiny či věkem dítěte.

➤ **Volba ústavního zařízení**

V případě, že má být dítě umístěno v ústavní péči, snaží se sociální pracovníci, aby tento ústav byl co nejbližší biologické či širší rodině, aby byl možný co nejpravidelnější kontakt rodičů s dítětem. Volba je ovlivněna také snahou, aby byly zachovány sourozenecké vazby v případě, že musí být umístěno více dětí z rodiny.

➤ **Hodnocení pobytu dětí v ústavní péči**

Pracovníci OSPOD hodnotí pobyt dětí umístěných v ústavní péči (v dětských domovech) povětšinou jako prospěšný pro vývoj dětí. Zdůrazňují, že oproti dalšímu setrvání v biologické rodině mají tyto děti mnohem lepší podmínky k životu. Nechceme však toto zjištění generalizovat s ohledem na výběr analyzovaných případů, který zcela podléhal volbě pracovníka OSPOD.

➤ **Práce s rodinou po umístění dítěte**

Pracovníci mají zákonnou povinnost spolupracovat i nadále s rodinou umístěného dítěte. Významnými faktory, které se do této spolupráce promítají, jsou angažovanost sociálních pracovníků, kterou však může do značné míry ovlivňovat jejich časové vytížení za stávajících personálních kapacit OSPOD, a ochota rodičů nadále spolupracovat. Spolupráce je intenzivnější v případě rodičů, kteří kontakt se sociálními pracovníky sami vyhledávají.

➤ **Snaha sociálních pracovníků o návrat dětí z ústavní péče do biologické rodiny**

Pracovníci se snaží podporovat kontakt rodiny s dítětem a zároveň se snaží s rodinou pracovat, aby se děti mohly vrátit zpět ke svým biologickým rodičům.

➤ **Nezájem o spolupráci s pracovníkem OSPOD je často doprovázen nezájmem o kontakt s dítětem**

Snaha sociálních pracovníků udržovat kontakt s biologickými rodiči dítěte je však často komplikována nezájmem ze strany rodičů. Ve sledovaném souboru je mnohdy tento nezájem navíc doprovázen i nezájmem biologických rodičů o kontakt se svým dítětem.

➤ **Překážky kontaktu rodičů s umístěným dítětem**

Jednou z nejvýznamnějších překážek je vedle nezájmu ze strany rodičů především špatná ekonomická a sociální situace rodiny a s ní související špatná dostupnost ústavního zařízení pro rodiče, pokud se zařízení nachází ve větší vzdálenosti od jejich bydliště. Cena jízdného a špatná dostupnost může být příčinou snížení intenzity přímého kontaktu, který se posléze může omezit na pouhý telefonický kontakt či na občasný pobyt dítěte v rodině. Návštěvám dítěte v rodině mohou též zamezit nevhodné bytové podmínky rodičů, neboť nezabezpečí-li rodič pro pobyt dítěte vhodné podmínky, OSPOD jej nepovolí.

➤ **Nízká dostupnost služeb podporujících sociální fungování rodin**

S ohledem na vytíženost pracovníků OSPOD je žádoucí podpora spolupráce s NNO, které pracují s rodinami potřebujícími asistenci při zajištění péče o děti (sociálně-aktivizační služby). Dle výpovědí pracovníků OSPOD by v případě lepší dostupnosti těchto služeb některé děti nemusely končit v ústavních zařízeních.

➤ **Nedostatek odborné podpory pro pracovníky OSPOD v zátěžových situacích**

Sociální pracovníci jsou při umísťování dítěte a práci s problémovými rodinami pod velkým tlakem, čelí řadě mezních situací, které jsou spojeny s nejistotou, zda jsou jejich rozhodnutí správná. V těchto zátěžových situacích mají sociální pracovníci málo zdrojů opory, zvláště pak považujeme za problematické, že nebývá dostupná supervize.

Doporučení:

- Navýšení personálních kapacit OSPOD
- Zavedení supervize u pracovníků OSPOD
- Zvyšování odborných kompetencí sociálních pracovníků pro práci s rodinami
- Větší spolupráce mezi pracovníky OSPOD a externími subjekty např. v podobě případových konferencí
- Zintenzivnění spolupráce mezi NNO a pracovníky OSPOD
- Podpora dostupnosti terénních asistenčních služeb
- Vyšší důraz na podporu sociálního a azylového bydlení

8. Závěry

Tato část studie vycházející z hloubkových rozhovorů se sociálními pracovníky a kurátory na odděleních sociálně-právní ochrany dětí byla zaměřená na otázky, jakým způsobem je realizována sociální práce v rámci sociálně-právní ochrany dětí, jakých možností mohou při práci s rodinami pracovníci SPOD využívat a na jaké limity mohou narážet. Předkládané **závěry analýzy jsou zaměřeny výhradně na identifikované limitující faktory**, které ovlivňují činnost pracovníků OSPOD. I na tomto místě je však nutné opět zdůraznit, že jedním z významných charakterových rysů identifikovaných v rámci analýzy je velká angažovanost pracovníků v řešení případů. Právě v tomto osobním přístupu pracovníků a pracovníc jdoucím často i nad rámec jejich pracovních povinností je možné spatřovat velký potenciál, který mají sociální pracovníci OSPOD ve vztahu ke svým klientům.

Velký mandát pracovníků a nejistota postupu

Sociální pracovníci mohou významně ovlivňovat životy ohrožených dětí i jejich rodinných příslušníků, neboť k tomu mají zákonem daný mandát. Nicméně zjištění ukazují, že jsou si nejistí v postupech práce s rodinou a mají pouze málo opor, které by jejich nejistotu eliminovaly.

Nejistota postupu a spoléhání se na intervence odborníků jiných profesí

U sociálních pracovníků našeho výzkumného vzorku jsme zjistili, že v případě nejistoty, jak mají postupovat, se velmi často obracejí na jiné odborníky (psychology, psychiatry), a to i tam, kde by vlastní činnost a uvědomělé rozhodování měly být plně v kompetenci sociálních pracovníků.

Nejistota v rozmanitosti úkolů sociálních pracovníků OSPOD

Pracovníci OSPOD musí při řešení úkolů vykonávat mnoho činností a vstupovat do rozličných rolí (koordinátor, mediátor, vyjednavač atp.). Ne vždy k tomu však mají potřebné kompetence (znalosti a dovednosti), případně dostupné opory (návody, metodiky...).

Preference obecně formulovaných doporučení ke zlepšení, nikoliv specifické vedení

Ať již v rámci terénní práce či během kontaktu pracovníka s klientem na úřadě, je velmi často pomoc poskytovaná pracovníkem OSPOD ve formě jednoduchého udílení rad či doporučení bez možnosti vést klienta k jejich uskutečnění. Klienti však potřebují pomoc, v rámci níž by se mohli naučit konkrétním dovednostem např. v oblasti péče o dítě, vedení domácnosti, finanční gramotnosti apod.

Pracovníci se při práci spoléhají především na vlastní intuici, profesní a osobní hodnoty či zaběhlou praxi na pracovišti.

Řada pracovníků se při posouzení životní situace klienta neopírá o metodiky či standardizované postupy. Pracovníci považují za legitimní ukotvit práci s klientem v intencích vlastních pocitů, postojů, „zdravého rozumu“ či zaběhlé praxi na pracovišti. Tento přístup pracovníci legitimizují odkazem na neexistenci metodik a stěží předvídatelný vývoj většiny případů. Tento přístup však může být poněkud rizikovým, neboť neumožňuje řešit případ v kontextuálních souvislostech, což má negativní dopad na celý průběh práce s klientem.

Ambivalence vykonávaných rolí někdy vede k neefektivní intervenci případu

Pracovníci musejí vykonávat činnosti, které v sobě zahrnují výkon autority, dohled, pro klienta nepříjemná rozhodnutí či (z hlediska rodičů) často přímo represivní opatření. Na druhou stranu je úkolem stejných pracovníků věnovat se sanaci rodiny. Dilema dvojí role - jako napomínajícího dohlížitele a zároveň pomáhajícího - vnímají pracovníci OSPOD jako naléhavou výzvu ke změně (např. zapojení dvou pracovníků v případě, alespoň v odůvodněných případech).

Nedostupnost metodik práce s klienty

Pracovníci až na výjimky hovořili o tom, že pro posouzení případů nemají k dispozici žádnou metodiku. Při své práci často postupují podle osvědčených metod a na základě svých zkušeností. Někteří pracovníci by viděli jako přínosné vypracovat metodiku posouzení pro specifické cílové skupiny. Nicméně se mezi pracovníky vyskytují i takoví, kteří nevnímají důležitost metodik a spíše než na ně se chtějí spoléhat na vlastní úsudek při řešení případu.

Neexistence metodik a standardů práce je často suplována přílišnou osobní angažovaností, která však může být v některých případech kontraproduktivní

Angažovaný přístup až výrazně nad rámec povinností či pracovní doby byl zaznamenán v různých typech případů, v různých kontextech a lišily se hlavně výsledky, které takto zvýšeně angažovaný přístup přinesl. Byly zaznamenány totiž i případy, kdy angažovanost sklouzla v přílišnou emoční zainteresovanost sociálního pracovníka, která byla spíše kontraproduktivní - ať již výsledkem bylo úplné zahlcení konkrétním případem či přílišná benevolence vůči zjevně nebezpečnému klientovi, případně osobní zklamání pracovníka, které mohlo vyvrcholit až syndromem vyhoření.

Pracovníci ne vždy umožňují participativní přístup klienta na řešení jeho problému

Zaznamenali jsme případy, kdy pracovníci neseznamují klienty s postupy a plány, které budou v rámci řešení jeho případu realizovány. Tento přístup považujeme za rizikový z hlediska motivace klienta podílet se aktivně na změně vlastní situace.

Absence plánů řešení případů

U případů až na výjimky povětšinou nebývá vytvářen písemný plán dalšího postupu řešení případu. Pokud je činnost pracovníků OSPOD plánována, pak má plán

písemnou podobu pouze výjimečně. Některými pracovníky je považováno plánování intervence ve prospěch klienta za zbytečnou agendu, na kterou nemají čas.

Absence průběžné evaluace a věcného přezkoumání řešení případu

Evaluace a věcné přezkoumání řešení případu není, až na výjimky, standardní součástí práce sociálních pracovníků. Průběžná evaluace probíhá neformálně formou konzultací v rámci týmu. Ke zpětnému přezkoumání řešení případů dochází téměř výhradně na základě stížnosti na postup OSPOD.

Absence supervize na pracovišti

Analýza ukazuje na nezbytnost kvalitní supervize, která by pro pracovníky mohla být významným zdrojem opory, a to jak z hlediska jistoty postupu práce s klientem (případová supervize), tak také jako zdroj podpory a emocionální opory.

Týmová práce kompenzuje absenci supervize

V rámci jednotlivých OSPOD bývají případy konzultovány se (zkušenějšími) kolegy, což pracovníci považují za přínosné. Tyto konzultace však mnohdy probíhají spíše neformálně, v rámci běžné zastupitelnosti pracovníků pro případ nepřítomnosti. S vedoucím oddělení je obvykle možné kauzy v případě potřeby rovněž konzultovat, ke vzájemnému sdílení názorů a zkušeností za účasti vedoucího však dochází zejména ve složitějších kauzách.

Poddimenzování počtu pracovníků OSPOD může negativně ovlivňovat jak pracovníky, tak jejich klienty

Analýza ukázala na to, že sociální pracovníci se v důsledku přetížení věnují především naléhavým případům. Je zde riziko, že i z těch méně akutních se díky nižší frekvenci sledování stanou případy akutní, které budou vyžadovat dlouhodobější intervenci. Někteří pracovníci poukazují na vztah mezi vlastní přetížeností a rozvojem syndromu vyhoření.

Málo prostoru pro práci s klienty v terénu

Výzkum poukázal na to, že terénní práce nezbytná pro pozitivní změnu v životě klientů ustupuje ve prospěch administrativy, která tvoří velký objem práce pracovníků OSPOD. Přesto ji sociální pracovníci považují za velmi důležitou. Přetíženost množstvím řešených případů spolu s jejich administrativní náročností jim neumožňuje věnovat se klientům v terénu tak, jak by to bylo dle jejich vyjádření žádoucí. Nedostatek času na práci s klientem v terénu vidí jako faktor, který může v důsledku negativně ovlivnit výsledek řešení případu. Východiskem z tohoto problému však není redukce rozsahu administrativy, ale snížení počtu případů na pracovníka.

Omezená znalost sítě podpůrných služeb

Analýza odhalila u sociálních pracovníků omezenou znalost informací o fungování sítě sociálních služeb, což výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb i volbu intervencí při řešení problémů rodin, ve kterých je ohrožena výchova a

vývoj dítěte. Malá znalost sítě služeb, které by mohly být zapojeny do řešení případu sociálními pracovníky, zhoršuje dostupnost těchto služeb i pro klienty. Byly identifikovány také případy, kdy pracovníci nedisponují teoretickou znalostí o typu služeb, se kterými se ve své praxi nesetkávají, ale které by mohly napomoci řešení daného typu případu. Proto vznik služby ve svém regionu ani nepoptávají.

Zhoršená dostupnost odborných a podpůrných služeb

Nedostupnost služeb je zvláště významně pociťována ve fázi rozhodování o umístění dítěte mimo rodinu, kdy pracovníci potřebují intenzivně pracovat s rodinou. S ohledem na jejich vytíženost by byla vhodná spolupráce s NNO, které pracují s rodinami potřebujícími asistenci při zajištění péče o děti (např. rodinná asistence). Byly identifikovány prostorové, časové a finanční bariéry dostupnosti služeb. Rozhovory s pracovníky OSPOD ukazují na to, že jednou z příčin vyšší míry umístování dětí do ústavní péče, je snížená dostupnost či úplná absence odborných a podpůrných služeb.

Nedostatečná spolupráce OSPOD s NNO

Přestože pracovníci vědí o svých limitovaných možnostech pracovat s klientem v jeho domácím prostředí, jen zřídka využívají k této činnosti NNO, které mohou klientům OSPOD poskytovat sociálně-aktivizační služby. Pracovníci OSPOD vyjadřují potřebu spolupracovat s NNO zvláště v oblasti terénní práce, avšak aktivně tuto spolupráci nevyhledávají. V některých případech vyjadřují obavy z této spolupráce, konkrétně že externí organizace bude negativně zasahovat do samotné práce OSPOD, obavy z narušení důvěry mezi pracovníkem OSPOD a klientem, obavy z přenášení kompetencí externích organizací na pracovníky OSPOD a osobní předsudky.

Překážky v koordinaci případové práce s klientem

Roli koordinátora v praxi mnohdy komplikuje či znemožňuje absence a rezistence externích subjektů. Překážkou je také absence komplexního přístupu ke klientovi, vzájemná neinformovanost a rozdílné pracovní cíle zainteresovaných subjektů, to platí zejména pro NNO. Spolupráce mezi subjekty, které vstupují do řešení problému, má spíše nahodilý charakter a neprojevuje se u ní snaha o systematický postup při řešení případu. Případové konference se ve všech analyzovaných krajích vyskytují pouze sporadicky.

Chybějící subjekty k externí spolupráci

Pracovníci OSPOD nejvíce pociťují absenci mediačních služeb a podpůrných terénních služeb formou intenzivního provázení a osobní asistence pro klienta. Z odborníků - specialistů pak postrádají zejména psychology a dětské psychiatry. Nedostatkové jsou dle jejich zkušenosti také služby, které by se více zaměřovaly na partnerské vztahy a komplexní práci s rodinným systémem formou rodinné terapie. Ve všech krajích byly rovněž kritizovány nedostatečné kapacity SVP (dlouhé čekací lhůty), a tudíž omezená možnost okamžité reakce na problémy klientů.

Nedostatečná nabídka azylového a sociálního bydlení

Sociální pracovníci spatřují jako tristní naprostou nedostupnost azylového, sociálního a cenově dostupného nájemního bydlení pro ohrožené rodiny. Ve všech sledovaných krajích byly identifikovány případy, kdy děti musely být umístěny do institucionální péče pouze z toho důvodu, že rodina neměla vyhovující bydlení.

Neochota rodin ke spolupráci na řešení situace

Jedním z velmi limitujících prvků ovlivňujících řešení případu je neochota ke spolupráci ze strany klienta. Výsledky analýzy poukázaly na to, že nízká spolupráce mezi pracovníky a klienty je ovlivněna nezájmem rodičů o dítě a nedůvěrou ve schopnosti sociálního pracovníka. Oba faktory významným způsobem souvisí s činností sociálních pracovníků. První z nich se vztahuje k možnosti pracovníků OSPOD motivovat rodiny ke zlepšení jejich péče o děti, druhý je vztažen k nárokům na odborné znalosti a dovednosti sociálních pracovníků pracovat s rodinou. Poměrně častá je též neochota klientů spolupracovat s externími organizacemi, což představuje pro pracovníky OSPOD při řešení případu významnou bariéru v jejich práci.

Malá motivovanost klientů podílet se na řešení situace

Přestože by tato oblast stála za podrobnější zkoumání, doporučovali bychom, aby při úvahách o úspěšnosti systému péče o ohrožené děti bylo vzato v potaz, že motivace klienta a jeho postoj k řešení vlastního problému může být ovlivněn také sociálním pracovníkem. Např. jeho přístupem ke klientovi, posouzením klientovy situace, schopností zvažovat problémovou situaci v kontextu, uplatňování participativního přístupu ve všech fázích procesu atp.

Překážky kontaktu rodičů s dítětem umístěným v institucionální péči

Jednou z nejvýznamnějších překážek je (vedle nezájmu ze strany rodičů) špatná dostupnost ústavního zařízení pro rodiče, pokud se zařízení nachází ve větší vzdálenosti od jejich bydliště, a to především v případech špatné ekonomické a sociální situace rodiny. Cena jízdného a špatná dostupnost může být příčinou zmenšení intenzity přímého kontaktu, který se posléze může omezit na pouhý telefonický kontakt či na občasný pobyt dítěte v rodině. Návštěvám dítěte v rodině nicméně mohou zamezit nevhodné bytové podmínky rodičů.

Nezájem soudů využívat institutu pěstounské péče v širší rodině

Častá neochota soudů využívat pěstounskou péči v širší rodině v případech, kdy je to doporučováno pracovníky OSPOD na základě znalosti rodinné situace. Tento postup je sociálními pracovníky mnohdy interpretován jako rozhodnutí, které jde proti nejlepšímu zájmu dítěte.

Nedostatek odborné podpory pracovníků OSPOD v zátěžových situacích

Sociální pracovníci jsou při umísťování dítěte mimo rodinu a práci s problémovými rodinami pod velkým tlakem, čelí řadě mezních situací, které jsou spojeny s nejistotou, zda jsou jejich rozhodnutí správná. V těchto zátěžových situacích mají

sociální pracovníci málo zdrojů opory, zvláště pak považujeme za problematické, že nebývá dostupná supervize.

Možnosti řešení:

- Navýšení personálních kapacit OSPOD
- Větší podpora terénní sociální práci
- Zavedení supervize u pracovníků OSPOD
- Důraz na vzdělání sociálních pracovníků, které reflektuje nutnost praxe ukotvené v odborných poznatcích práce s klienty, včetně průběžného vzdělávání
- Podpora vzdělávání ve specifických znalostech a dovednostech pracovníků OSPOD
- Zvyšování odborných kompetencí sociálních pracovníků pro práci s rodinami
- Vypracování metodik práce s klientem, zvláště pak pro specifické cílové skupiny a průběžné školení pracovníků v těchto metodikách
- Zvyšování informovanosti o síti sociálních služeb v daném regionu a zlepšení její provázanosti na činnost pracovníků OSPOD
- Podpora větší spolupráce mezi pracovníky OSPOD a externími subjekty např. v podobě případových konferencí
- Zintenzivnění spolupráce mezi NNO a pracovníky OSPOD
- Podpora dostupnosti terénních asistenčních služeb
- Vyšší důraz na podporu sociálního a azylového bydlení

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Část II. této studie se zabývá výsledky několika šetření, která byla provedena v pobytových zařízeních systému sociálně-právní ochrany dětí spadajících do tří rezortů: Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva zdravotnictví. Stěžejní kapitoly (část 1.) této části jsou věnovány analýze případů dětí umístěných v těchto zařízeních (podrobněji uvedeno dále). Část 2. shrnuje výsledky pozorování, které bylo paralelně provedeno v týchž zařízeních a zaměřovalo se hlavně na kvalitativní stránku péče, jak se jeví v náhledu na běžný den dětí v institucích.

Protože část II. je poměrně obsáhlá a někde zachází do velmi dílčích podrobností, jsou zde nejprve předsazena základní zjištění plynoucí z analýzy.

1. Shrnutí hlavních poznatků o pobytových zařízeních a o situaci v pobytových zařízeních

Materiální předpoklady fungování institucionální péče:

- Pokud jde o **budovy** sledovaných institucí, jsou až na jednu výjimku v dobrém až velmi dobrém technickém stavu, v podstatě architektonicky a funkčně vyhovují kolektivní péči o děti. Respektují prostorové potřeby dětí, požadavky na zdravé prostředí a poskytují dostatečný prostor pro vzdělávání i trávení volného času. V prostorovém rozvržení budov je uplatňována snaha zabezpečit v mezích možností soukromí dětí, ač tyto meze nejsou nijak široké. V uvedeném existují nezanedbatelné rozdíly mezi různými zařízeními, které však neovlivňují zásadně kvalitu ubytování. Typické je spíše dodržování nepsaného standardu než zavádění nových prvků rozšiřujících spektrum nástrojů pro seberealizaci a socializaci dětí a jejich začleňování do společnosti (ojediněle existují startovací byty, jinak bývá považováno za dosažení nadstandardu, když se daří mít v zařízení např. hřiště či tělocvičnu, nicméně jsou součástí zařízení poměrně často).
- Do budov byly v posledních letech vynaloženy velké **investice**, což přispívá k dobrému standardu budov. Investováno bylo v průměru 13 milionů korun na budovu, avšak s velkými rozdíly mezi budovami i kraji. Provoz budov je většinou dostatečně finančně zabezpečen, ale 5 ze 40 zařízení deklaruje nedostatek finančních zdrojů. V naprosté převaze jsou finanční požadavky na investice i provoz zajišťovány z veřejných zdrojů.
- **Materiální vybavení** institucionálních zařízení, počínaje hračkami a vybavením pro sport až po výpočetní techniku, odpovídá spíše vybavení majetnějších rodin. Jakkoliv to dětem svým způsobem usnadňuje sžití s ústavním prostředím a podporuje jejich rozumový a tělesný vývoj atd.,²⁸ může to i budit zdání o „lepší“ prostředí pro ohrožené děti ve srovnání s domovem rodičů, protože děti z velké části přicházejí ze sociálně slabých rodin. Takový dojem z pobytového zařízení může mít důsledky v přístupu některých rodičů (možná i sociálních pracovníků) k řešení návratu dětí do rodiny.
- **Kapacita** sledovaných zařízení je dostačující, protože jen výjimečně je aktuálně plně využita. Nejmenší „rezervy“ mají zařízení ve Zlínském kraji.

²⁸ Ale naopak to také může podporovat nežádoucí orientaci na materiální hodnoty u dětí, i proto, že často citově strádají.

- **Dostupnost zařízení pro rodiče** je z hlediska vzdálenosti zařízení od hromadné dopravy bez (velkých) problémů. Z hlediska vzdálenosti zařízení od bydliště rodičů nebo širšího příbuzenstva je situace podstatně horší, dost častá je vzdálenost více než 50 km. To spolu s náklady na dopravu (veřejnou nebo autem) zřejmě přispívá k nedostatečně udržovaným kontaktům dětí s rodinou, neboť se mnohdy jedná o rodiny s materiálními a finančními potížemi. V udržování spojení s dítětem se ve většině typů zařízení nejvíce angažují matky (často jako osamělí rodiče), takže zejména ony nesou tíhu komplikací s dojížděním. Většina zařízení je rodičům otevřena neomezeně, ale na základě předchozí domluvy s personálem. Výjimečně o návštěvách rozhoduje vedení ústavu, ale záleží i na důvodech umístění (platí to spíše tam, kde jsou děti s problémy s chováním).
- **Propojenost se sociálním prostředím a dostupnost služeb**, tj. zejména škol, kulturních zařízení a zdravotnických zařízení, je z hlediska vzdáleností až na malé výjimky bezproblémová. Data však nepostihují, jak je „spojení s běžným životem“ prakticky dosahováno.

Personální předpoklady fungování institucionální péče:

- Co do **početnosti odborného a pečujícího personálu** absolutně i ve vztahu k počtu dětí jsou pobytová zařízení, jež byla objektem šetření, vybavena dostatečně. V 39 zařízeních, o kterých máme příslušné údaje, pracuje celkem 1 170 pracovníků v profesích věnujících se přímo nějaké formě péče o děti.²⁹ V průměru jsou v zařízeních 3-4 děti na jednoho vychovatele bez velkých rozdílů podle typů zařízení (počítáno z celkové kapacity, ve vztahu k aktuálním počtům dětí je poměr příznivější).
- Sledovaná zařízení, která poskytla danou informaci, dále zaměstnávají dohromady 35 pracovníků v **administrativě**³⁰ (uvedlo 24 institucí, takže průměr je 1,5 a medián 1 pracovník) a 43 zaměstnanců v **ekonomických odděleních** (uvedlo 32 institucí, průměr je 1,3 a medián 1). Vedle toho v nich pracuje 320 **pomocných pracovníků** (uvedlo 35 zařízení, průměr činí 9,1 a medián 6).
- Zaměstnanci pobytových zařízení mají vesměs **kvalifikaci** odpovídající jejich pracovní pozici. Celkově pouze necelých 5 % pracovníků mělo kvalifikaci nevyhovující požadavkům a 10 % mělo jinou než požadovanou, ale vyhovující kvalifikaci.
- **Typy zařízení se** z hlediska odbornosti personálu **zásadně neodlišují**. Zaměstnanci bez vyhovující kvalifikace se nacházejí především mezi pomocnými vychovateli, vůbec naopak nejsou mezi odborníky, jako jsou lékaři a terapeuti. Z hlediska typu zařízení měla dle deklarací pracovníky s nedostatečnou kvalifikací některá zařízení pro zdravotně postižené a výchovné ústavy v případě nočních vychovatelů.
- Základní forma **zvyšování kvalifikace** či prohlubování specializace formou školení se realizuje prakticky ve všech zařízeních. Ve většině zařízení se provádí roční vyhodnocování pracovních výsledků. Jiné formy existují sporadicky. Ačkoliv data poskytují přehled o obsahové stránce dalšího vzdělávání pouze v obecných konturách, poukazují na rozmanitost témat a zaměření spíše na aktualizaci znalostí než na specializaci dovedností. Nezdá se (ale je to hypotéza), že by existující vzdělávací programy dávaly dost podnětů pro to, aby se zaměstnanci snažili měnit

²⁹ To znamená bez ekonomického oddělení, administrativy a pomocného personálu (uklízeček, lidí v prádelnách, řidičů atd.).

³⁰ uvedeny vždy fyzické osoby

dosavadní praxi v péči o děti a zabezpečování jejich potřeb a zájmů a měli zájem aplikovat dobré zkušenosti nebo nové odborné poznatky ve své práci.

- Požadované tematické rozšíření dalšího vzdělávání poukazuje spíše na co do pestrosti omezenou nebo kvantitativně nedostačující současnou nabídku vzdělávání, než že by byly postrádány znalosti o nových přístupech k práci s ohroženými dětmi ve světě.

Dlouhodobost pobytu v konkrétních zařízeních a v systému institucionální péče:

- Mnohé **děti zůstávají** po umístění v ústavní péči **v zařízeních** poměrně dlouho, a to většinou déle, než by nutně vyžadovalo řešení jejich případu. Důvody je třeba hledat jak v systému práce s dětmi v zařízeních, tak v malém podílu služeb a NNO na řešení případů ohrožených dětí a v neposlední řadě v nedostatečné spolupráci mezi různými subjekty systému SPOD.
- Existuje mnoho případů, kdy **děti projdou několika zařízeními**, než se vrátí do své biologické rodiny nebo je jim nalezena NRP. Nemalá je četnost přechodů mezi zařízeními téhož typu (otázkou je, nakolik to má „objektivní“ příčiny). „Funkční“ přecházení zdůvodněné specializovanými funkcemi jednotlivých typů zařízení nebývá v konkrétních případech optimálním řešením a zřejmě existují pro dané případy alternativní řešení, více zohledňující zájmy dítěte.
- K dlouhodobému pobytu v ústavní péči přispívá do značné míry to, že se během prvního umístění v jednom zařízení nedaří (z různých důvodů) řešit případ dítěte návratem do rodiny nebo zprostředkováním NRP a děti tak posléze přecházejí mezi ústavu. Tato **„setrvačnost“ pobytu v systému** je nejvyšší u dětí s problémy v chování (klienty VÚ a DÚ,³¹ ale i DD) a u dětí zdravotně postižených.
- **„Návratnost“ do institucionálního systému** (opakované umísťování dětí z rodiny do nějakého pobytového zařízení) je u diagnostických ústavů, jež jsou častou „vstupní branou“ do systému ústavní péče, vysoká. Tento fakt ilustruje neúspěšnost práce s problémovými rodinami a dětmi a měl by proto inspirovat další zkoumání, co je toho příčinou, stejně jako ne zcela malé odlišnosti mezi kraji v tomto ohledu. Obojí poukazuje na **systémové nedostatky**.
- Děti dlouhodobě pobývajících v zařízeních jsou tam často umístěny z „frekventovaného“ **důvodu sociálně-ekonomicky nepříznivých rodinných poměrů**.³² Zdá se, že tato příčina je chápána, jako by se vymykala z „popisu práce“ působení sociálních pracovníků, a tedy zůstává dlouho neřešena s důsledky na pobyt dětí v zařízení. Nejde však zřejmě o nezáměr sociálních pracovníků tyto případy řešit, ale o to, že nemají dost možností za existujících podmínek je řešit (nedostupnost sociálního bydlení, omezená nabídka azylového bydlení, nerozvinutost spolupráce více složek systému sociální ochrany atd.).
- **Zdravotně postižené děti**, zvláště těžce postižené, jsou odkázány na obzvlášť dlouhodobé pobyty v institucionální péči; přitom nejčastěji jsou „předávány“ z KÚ do DOZP, kde z velké části zůstávají i po dosažení dospělosti. Tento problém je

³¹ Diagnostické ústavy jsou ovšem svým posláním určeny k rozhodování o dalším řešení případů dětí, vč. (a vlastně převážně) umísťování dětí do ústavní péče.

³² V některých zařízeních až 90 % dětí má v „anamnéze“ nedostatečné sociálně-ekonomické podmínky v rodině. Jako jediný uvedený důvod k umístění dětí se v závislosti na typu zařízení tato okolnost objevuje v 1-35 % aktuálně umístěných klientů.

obtížně řešitelný právě vzhledem k tomu, že do DOZP jsou s naprostou převahou umísťovány těžce zdravotně postižení jedinci.

- Z již uvedeného a v souvislosti s důvody umísťování dětí do pobytových zařízení lze vyvodit, že jednou z příčin toho, že se nedaří zkracovat délku ústavní péče, jsou **mezery v nabídce pěstounské péče**.
- V některých zařízeních se délka pobytu dětí v nich **liši podle krajů**. Může to být způsobeno některými rozdíly v klientele pobytových zařízení a OSPOD, ale také jinými systémovými a organizačními podmínkami v krajích.

Adekvátnost umístění do ústavní péče

- Podle názorů řady odborníků by neměly být do ústavní péče zařazovány **děti do 3 let věku**. Podle našich šetření se takto malé děti nacházejí v KÚ a ZDVOP, výjimečně v DOZP, kde bývá umístění podloženo lékařskou diagnózou. U dětí v KÚ (a těch málo dětí v DD) je v naprosté většině možné hledat jiná řešení vzhledem k tomu, že téměř u všech dětí je součástí zdůvodnění umístění „sociálně a ekonomicky slabé rodinné prostředí“ (druhým nejčastějším důvodem je však matčina závislost na alkoholu nebo návykových látkách). Na mezery v práci s rodiči (mohou být způsobeny jak jejich nezájmem, tak nerozvinutými nástroji či absencí vhodných subjektů pro tuto práci) poukazuje to, že až čtvrtina z nich souhlasí s pobytem dítěte v zařízení (původně umístěného převážně na základě předběžného opatření).
- Mezi důvody **umísťování** dětí do pobytových zařízení se velmi často vyskytují **sociálně-ekonomické důvody** (sociálně slabá rodina, finanční problémy, bytové problémy - podle typu zařízení v 17-93 % jako jediný nebo jeden z více důvodů umístění), které na jedné straně mohou být druhotné (např. důsledek drogové závislosti rodiče) nebo naopak nemusí nezbytně indikovat zásadně nevhodnou výchovu dítěte. Ačkoliv se argumentuje kumulovanými důvody (sociálně-ekonomická situace nebývá jediným), větší důraz na řešení těch příčin ohrožení dětí, které jsou více spjaté s uspokojováním vlastních zájmů dítěte, by byl podnětnější pro hledání jiných forem pomoci, než je ústavní péče.
- Podobná je situace s velmi častým výskytem **důvodů „záškoláctví“ a „útěků“**, byť v kombinaci s „nezvládnutím výchovy rodiči“. I zde se nabízí možnost hledání jiných cest nápravy, za předpokladu spolupráce různých subjektů v systému SPOD.
- Nejčastěji uváděné důvody umísťování dětí do ústavní péče poukazují na jistou bezradnost sociálních pracovníků v řešení problémových situací dětí, které nejsou vždy zapříčiněny selháním rodičů v jejich rodičovských rolích, ale neschopností ekonomicky zabezpečit rodinu. **Selhává zde nabídka služeb pro rodiny** v obtížné ekonomické situaci. Řešení takových situací by mělo probíhat „mimo dítě“, nikoliv „přes dítě“ jeho umístěním do ústavu.
- **Rodinné zázemí dětí** pobývajících v pobytových zařízeních se po formální stránce (žijící oba rodiče, formální typ soužití rodičů) zásadně neliší od běžné populace, byť jsou zde rozdíly podle typu zařízení a jejich klientely.³³ Sociálně-právní situace ukazuje, že se za tímto „formálním standardem“ skrývají různě nepříznivé rodinné poměry. Přesto se tu zdá být nevyužitý potenciál pro sanaci rodiny v zájmu

³³ Např. sirotci nebo polosirotci se vyskytují ojediněle, oba žijící rodiče má 75 % (KÚ) - 90 % (DD) dětí podle typu zařízení, zhruba polovina rodičů dětí z DD a DÚ žije jako manželský nebo nesezdaný pár, zatímco děti v ZDVOP pocházejí převážně z neúplné rodiny. Alespoň jednoho žijícího rodiče mají všechny děti ve VÚ a 99 % dětí v DD (v zařízeních s největšími počty dětí). Avšak např. o 17 % otců dětí v KÚ (ojediněle v dalších zařízeních) nejsou informace zda, a jak žijí.

ponechání nebo brzkého návratu dítěte zpět do biologické rodiny nebo alespoň k jednomu z rodičů.

- Ve většině zařízení a ve většině sledovaných souvislostí umístování dětí do pobytových zařízení se neukázala být důležitá **etnická a národnostní příslušnost**. Počty dětí jiného než většinového nebo romského etnika jsou ojedinělé, podíly dětí romského a poloromského etnika jsou významné zejména v kojeneckých ústavech. Podíly romských dětí jsou dost vyrovnané - okolo pětiny dětí v jednotlivých typech ústavů. Tento samotný fakt vypovídá o jejich častějším zařazování do ústavní péče. Po přijetí do zařízení je pak jednáno s romskými a ostatními dětmi obdobně, pokud se nejedná o rozdíly na etnikum vázané (např. na počet sourozenců). Existují ovšem výjimky.³⁴ Především se do zařízení, konkrétně výchovných ústavů a zařízení pro zdravotně postižené děti, dostávají romské i poloromské děti podstatně častěji z důvodů sociálně slabého rodinného prostředí než děti ostatní. Naopak, u nich méně často žádají o umístění rodiče.
- V některých zařízeních existují **rozdíly mezi kraji** ve zdůvodňování umístění dětí do ústavní péče, což může signalizovat odlišné systémové a organizační podmínky pod krajským metodickým vedením, ale nelze vyloučit odlišné individuální přístupy pracovníků OSPOD.

Dopady umístování dětí do institucionální péče:

- **Ukončení pobytu** v ústavní péči jen částečně znamená, že se změnila podmínka v rodině a dítě se do ní může vrátit nebo že byla nalezena náhradní rodinná péče. Druhá možnost je obvyklá u dětí z KÚ a ZDVOP či SVP, ale naopak v případě VÚ a DD je velmi zřídka. Šance na návrat do biologické (jiné) rodiny se zásadně liší podle typu instituce, v níž je dítě umístěno. Podíly dětí odcházejících do biologické rodiny se pohybují od 85 % v SVP, 60 % v ZDVOP či 23 % v DD až do 10 % v DOZP.
- **Děti v zařízeních sice většinou nejsou úplně izolovány od rodiny**, ale týká se to hlavně rodičů, případně jednoho z nich (ač většinou žijí oba); ve vztahu k sourozencům je situace horší (a tedy velká možnost odcizení) a ještě horší je to ve vztahu k širší rodině. Nízká frekvence a ne vždy vhodná forma kontaktů dětí s rodinou mohou narušovat rodinné vazby, zvláště při dlouhodobém pobytu v zařízení.
- Souvislost mezi **četností kontaktů dítěte s rodinou a vzdáleností** mezi bydlištěm rodičů/dalších příbuzných není plně prokázána, mj. proto, že situace se v různých konkrétních zařízeních i typech zařízení liší. Malá je četnost kontaktů ve VÚ, kde vzdálenost mezi bydlištěm a zařízením je dlouhá, ale těsnější je zde závislost kontaktů na vzdálenosti v případě dalších příbuzných. Také v DOZP se zdá být jednou z příčin omezených kontaktů délka případného dojíždění, a to i u nejbližších příbuzných.
- Ač jsou konkrétní formy **rozdělení sourozeneckých skupin** různé, a to mj. v závislosti na typu zařízení, jedná se o vážný zásah do života a vývoje dítěte, bez ohledu na četnost výskytu tohoto problému. Přitom takové rozdělení v různé formě zažívají např. zhruba 4/5 dětí, které tráví část života v dětských domovech. Jak lze vzhledem k praxi práce s dětmi v ústavech očekávat, takové rozdělování většinou

³⁴ Mezi ty „drobnější“ patří, že např. v dětských domovech zůstávají děti romského původu o něco déle, děti poloromského etnika mají méně kontaktů s rodinou, což ale bude způsobeno spíše ze strany rodiny. Slabší kontakt s rodinou mají romské děti v DOZP.

eliminuje kontakty mezi sourozenci. Společné soužití sourozenců je nejvíce respektováno v DD (nicméně do dalších zařízení bývají častěji děti umísťovány z důvodů vázaných na jediné dítě, zatímco do DD a KÚ častěji dochází k umísťování z důvodů vázaných na celou rodinu³⁵).

Vzájemná provázanost dílčích složek systému SPOD:

- **Spolupráce se sociálním pracovníkem** OSPOD probíhá po formální stránce v hranicích právních předpisů, především v tom smyslu, že nejčastější frekvence kontaktů odpovídá minimálně zákonem stanovené četnosti (podrobněji o této problematice pojednává kvalitativní část projektu).
- Podíly dětí přicházejících do pobytových zařízení **z náhradních rodin** jsou sice relativně nízké, nicméně i tak se jedná o nezanedbatelný ukazatel selhávání náhradní péče. Do DÚ odtud přichází až 9 % dětí, do DD 6 % a do KÚ 2 %. K této problematice je třeba také zaměřit pozornost.
- Do **náhradní rodinné péče** bylo předáno nejvíce dětí z KÚ (45 %) a jednoho ZDVOP (65 %). Pro děti z jiných typů zařízení bývá toto řešení uplatňováno méně často (v DD je to 11 %). Někde se obtížně hledají náhradní rodiče pro určité skupiny dětí, což je zvláště markantní u těžce postižených v DOZP. V případě dětí v DÚ a VÚ je to do jisté míry zapříčiněno neexistencí profesionální pěstounské péče.
- Data SFA neumožňují hodnotit spolupráci institucí s organizacemi poskytujícími služby pro rodiny a s NNO, ani přímo, ani společně s OSPOD. Z poznatků lze jen **nepřímo odvodit slabou provázanost** s tímto „třetím sektorem“ systému SPOD. Ani analýza sféry služeb ve třetí části této studie nepřinesla poznatky o významnější spolupráci poskytovatelů služeb s pobytovými zařízeními. Přitom lze předpokládat, že když už se nedaří eliminovat umísťování dětí do těchto zařízení (mj. z důvodu omezené nabídky služeb), větší provázanost pomoci ze strany poskytovatelů služeb a pobytových institucí by mohla pomoci zkracovat dobu pobytu dětí v ústavní péči.

Rozdíly mezi kraji:

- **Není možné**, byť jen zjednodušeně, říci, že v některém ze zkoumaných krajů je systém péče o ohrožené děti, konkrétně systém odebrání dětí z rodin a jejich umísťování do pobytových zařízení, **více rozvinut ve směru omezování institucionální péče oproti druhým krajům**. V různých ukazatelích (tj. v délce pobytu, adekvátnosti pobytu konkrétním problémům dítěte, následném umísťování dětí atd.) vykazují jednotlivé kraje různou míru úspěšnosti v řešení případů problémových dětí s ohledem na minimalizaci rozsahu ústavní péče.
- Rozdíly mezi kraji existují spíše **v dílčích aspektech** systému SPOD nebo ještě přesněji v konkrétních situacích či praktických opatřeních (blíže k tomu v kapitolách věnovaných jednotlivým typům zařízení) než v systémových otázkách závislých na metodickém vedení krajského úřadu. Některé rozdíly zřejmě plynou i z odlišností v demografické a sociálně-ekonomické skladbě obyvatel sledovaných krajů.

³⁵ Děti v KÚ však mívají méně sourozenců než děti v DD, takže tam problém rozdělení sourozeneckých skupin není tolik závažný jako v DD.

Takové rozdíly mezi kraji, které je třeba dále zkoumat, protože by mohly poukazovat na odlišnosti systémové a organizační, byly identifikovány v těchto oblastech (zmíněných v předchozích bodech): opakované umísťování dětí z rodin do ústavní péče, délka pobytu a důvody umísťování (většinou se to týká jen některých zařízení).

2. Analýza individuálních případů dětí umístěných v pobytových zařízeních

Úvod

V této části předkládáme souhrn analýz případů dětí umístěných ve všech osmi typech pobytových zařízení, tzv. stock and flow analysis (dále SFA), čili analýzy situace a změn. Ta vychází z popisu jednotlivých případů dětí se zaměřením na okolnosti příchodu, pobytu a odchodu dětí ze zařízení. Měla by ve svém konečném cíli zhodnotit systém ústavní péče, zejména adekvátnost umístování dětí do pobytových institucí, vhodnost poskytované péče a doby pobytu dětí v instituci a úspěšnost této péče měřenou okolnostmi odchodu a dalším směřováním dítěte. Jakkoliv nelze popsat a zhodnotit celý systém ústavní péče v jednom výzkumu, je zde snahou vystihnout stěžejní problémy a možné změny v ústavní péči. Řešení každého případu ohroženého dítěte umístěného do zařízení závisí na jeho konkrétní životní situaci, na práci kompetentních osob a subjektů, které se podílejí na řešení jeho situace, na rodinném zázemí dítěte a dalších okolnostech. Dotazník, který je základem SFA, se dotýká všech těchto stěžejních oblastí, nicméně nutně jen útržkovitě.

V každém zařízení byl výzkum zaměřen jak na děti, které v něm aktuálně přebývaly, tak na stejný počet dětí, které v posledních letech ukončily svůj pobyt v zařízení. Všechny kapitoly, věnované konkrétním typům zařízení, se dělí na část o „dětech pobývajících v zařízeních“ a „dětech, které ukončily pobyt v zařízeních“. Pracovně byl soubor dětí aktuálně přítomných nazván „příchody“ a soubor dětí již odešlých byl nazván „odchody“ a tyto zkrácené termíny se v kapitolách věnovaných SFA v jednotlivých zařízeních, objevují, ač jsou vlastně nepřesné.

Tato rozsáhlá část se skládá jednak z úvodní shrnující kapitoly 2.1 a dalších sedmi kapitol (2.2-2.8), které jsou věnovány jednotlivým typům zařízení. V kapitole 2.3 byly spojeny výchovné ústavy (dále též VÚ) a dětské domovy se školou (dále DD se školou) do jednoho souboru, protože DD se školou byly zastoupeny jen dvěma zařízeními a poslání obou typů zařízení je v zásadě shodné, lišící se v podstatě věkovým vymezením cílové skupiny (v jednom případě šlo o společné zařízení VÚ a DDŠ). V kapitolách, které popisují výsledky SFA v jednotlivých typech zařízení, jsou předloženy všechny relevantní výsledky (sledované ukazatele) v základní popisné formě doplněné o vybrané analýzy souvislostí a determinant sledovaných jevů. Rozsah a hloubka analýz se nevyhnutelně liší v závislosti na tom, kolik zařízení daného typu vstoupilo do šetření, a také na počtu dětí v příslušných zařízeních.³⁶ Mnohde lze srovnávat pouze konkrétní zařízení, která pak nelze úplně chápat jako reprezentanty kraje v daném typu služby.

V úvodní kapitole, která shrnuje stěžejní poznatky SFA, se věnujeme jen vybraným oblastem, důležitým z hlediska cílů transformace systému ochrany ohrožených dětí. Jsou jimi:

- důvody umístování dětí do pobytových zařízení a délka pobytu, vč. přechodu mezi zařízeními,

³⁶ V některých zařízeních jsou tak malé počty dětí, že ani v souhrnu za všechna zařízení to neumožňuje hlubší analýzy souvislostí.

- rodinné zázemí, ze kterého jsou děti „přemísťovány“ do zařízení, spolu s vybranými ukazateli kontaktů dětí s rodinou během pobytu v zařízení,
- práce sociálního pracovníka a pracovníků zařízení z hlediska dítěte,
- ukončení pobytu dítěte v zařízení.

Důsledná analýza by měla prozkoumat všechny možné souvislosti vstupu dítěte do systému SPOD, práci s dítětem v systému a příp. úspěšné vyřešení jeho životní situace a situace jeho rodiny. Zde je dán rozsah analýzy obsahem použitého dotazníku a jeho zaměřením na základní aspekty poskytování ústavní péče z hlediska konkrétních případů dětí. Největší soubory dětí, které umožňují hlubší analýzu, jsou v dětských domovech a výchovných ústavech. V ostatních zařízeních jsou i v součtu za tři kraje (někde jen za dva) pouze malé četnosti, takže analýzy na základě dalších třídění nemají potřebnou spolehlivost.

2.1 Souhrnné vyhodnocení systému péče o děti v ústavních zařízeních³⁷

2.1.1 Věk dětí (při příchodu do a odchodu ze zařízení) a délka pobytu

Věk dětí při příchodu do zařízení

Věk dětí je do značné míry určen tím, jak si různé typy zařízení a sama jednotlivá zařízení definují své cílové skupiny. Věkovou skupinu mají dost přesně vymezenou zařízení typu KÚ a také VÚ. V prvním případě jde o typ zařízení určený obecně pro nejmenší děti (obvykle do tří let), v druhém případě definují věkovou skupinu většinou jednotlivá zařízení (převážně jsou určena jen pro mládež od 15 let věku, zatímco mladším dětem s obdobnými problémy a důvody umístění jsou určeny dětské domovy se školou - viz kapitola 4 v úvodní části studie).

Z hlediska žádoucí eliminace umísťování dětí do tří let do ústavní péče (jedním ze záměrů transformace systému SPOD je zabezpečit pokud možno pro všechny tyto děti jinou než ústavní péči) je tedy zásadní otázkou existence zařízení typu KÚ. Zajištění ústavní péče (také) o děti do tří let tehdy, když nelze zajistit péči jinou a kdy se předpokládá, že taková situace je jen dočasná na velmi krátkou dobu, mají poskytnout ZDVOP. Především tyto dva typy zařízení je tedy třeba podrobně vyhodnotit z hlediska jejich funkčnosti v systému SPOD i aktuálních požadavků na naplňování vlastních zájmů dětí a dodržení jejich práv. Pokud jsou děti do tří let věku vůbec umístěny v zařízeních pro zdravotně postižené, což je však výjimečný případ, je tak obvykle učiněno na základě zdravotní diagnózy identifikující závažné zdravotní postižení a hledání jiných řešení má specifické zdravotnické aspekty. U ostatních typů zařízení v podstatě není problém (ne)umísťování dětí do tří let věku relevantní. Zařízení zajišťující ochrannou a ústavní výchovu jsou určena pro děti starší tří let, stejně jako dětské domovy (s výjimkou těch, které fungují v rámci rezortu zdravotnictví).

³⁷ Omlouváme se čtenářům za používání zkratk názvů zařízení v této části textu. Protože však je strukturován podle různých typů a názvy se tam často opakují, považujeme to za vhodnější než stálé vypisování celých názvů, některých dost dlouhých. Seznam zkratk je na konci studie u obsahu a věříme, že si na ně čtenář rychle zvykne.

V **KÚ** je průměrný věk dětí³⁸ v době příchodu 1,7 let, avšak věkové rozmezí je široké - od méně než půl roku po 6 let (výjimečné případy). Přitom nejvyšší je průměr ve Zlínském KÚ a nejnižší v zařízení Karlovarském (2,9 roku, resp. 0,9 let). Úplně nejmladší děti jsou přijímány ve všech zařízeních mezi těmi, u nichž jsou jako důvod přijetí udány některé sociální důvody, a také v případě opuštění dítěte rodičem. U ostatních důvodů přijetí se vliv věku při přijetí neprojevuje. Nejmladší děti přicházejí přímo z porodnice. V nejvyšším věku se do KÚ dostávají děti ze ZDVOP či péče příbuzných. Etnická příslušnost zde nehraje žádnou roli.

Děti průměrně odcházejí z KÚ ve třech letech, což je dáno podílem těch, které přecházejí do dalších zařízení. Nemalý podíl dětí odchází v době do dosažení jednoho roku a tyto děti se buď vrací do biologické rodiny nebo jsou přijaty do pěstounské péče či osvojeny. Děti odcházející v nejvyšším věku pokračují ústavním pobytem v dětském domově, přecházejí do péče příbuzných nebo jsou umísťovány do adoptivní rodiny v zahraničí.

Do **ZDVOP** přichází téměř polovina dětí do tří let svého věku. Zde máme data jen za dvě zařízení ze dvou krajů, takže zjištěné údaje nelze spolehlivě generalizovat. Průměrný věk je 4,8 roku (medián 4 roky), ale nejčastější věk je méně než půl roku (pětina všech dětí). Věkové rozpětí je zde opět velmi široké, od necelého půl roku do 17 let, ale naprosto převažují velmi malé děti. Nejstarší děti sem přicházejí z pěstounských rodin, kdy se zřejmě jedná o neúspěšnou či problémovou pěstounskou péči. Vzhledem k příliš velkému podílu nejmladších dětí i k dalším zjištěným charakteristikám dětí v těchto zařízeních, jejich rodin a jejich pobytu v zařízení (potenciální ohrožení dítěte charakterizující hlavní důvody přijetí, sporadické kontakty s rodinou, závislosti rodičů na návykových látkách apod.) je zřejmé, že je třeba hledat jak cesty zkvalitnění jejich služeb, tak zejména možnosti koordinace jejich služeb s dalšími formami podpory rodin a dětí. Zájemem je dosáhnout maximálního možného zkrácení doby pobytu dětí v ZDVOP i zvýšení efektivity řešení nepříznivé situace dětí jak vzhledem k potřebám a právům dětí, tak vzhledem k definovanému poslání ZDVOP (srv. Dvořák, 2007, s. 18). Děti se ze ZDVOP nejčastěji, tedy v průměrném věku 5-6 let, vrací do biologické rodiny a v podobném věku k příbuzným. Do pěstounské péče odcházejí spíše děti starší.

Do **DD** přicházejí v průměru děti okolo devátého roku věku (při mediánu 9 let), nejčastěji v 7 letech a věkové rozmezí je zde ze všech zařízení nejširší - od dětí mladších dvou let až po děti starší 16 let. Rozdíly ve věku dětí při odejmutí z rodiny mezi sledovanými kraji zjištěny nebyly. Vzhledem k naprosté převaze většinového etnika a podobně převaze biologické rodiny jako místa, odkud děti přicházejí, neexistují ani u těchto charakteristik statisticky významné souvislosti s věkem nástupu do zařízení.

Průměrný věk dětí při jejich odchodu z DD je 15,5 roku. V nejvyšším věku (po dosažení plnoletosti) odcházejí děti nejčastěji „do samostatného života/bydlení“, ale některé také do DOZP. Do své rodiny (což je druhé nejčastější místo, kam směřují) se vrací děti v průměrném věku 14 let. Zhruba v tomto věku se odehrávají další relativně časté přechody, a to v rámci ústavní péče, směřující do jiného DD nebo do VÚ (tam v průměru v 16 letech). Jen nejmladší děti a v malém počtu jsou umísťovány do náhradní rodinné péče (v průměrných 6-11 letech, do pěstounské péče průměrně jedenáctiletí).

Děti a mládež ve **výchovných ústavech** jsou s ohledem na zákonem dané poslání těchto zařízení (zákon 109/2002 Sb. v platném znění) oproti oběma dříve

³⁸ Šetření proběhlo celkem ve třech zařízeních, v každém kraji v jednom.

zmíněným typům starší. Přicházejí sem v průměru ve věku 15,6 let, tedy téměř na dolní hranici základního věkového vymezení, modus je však 17 let. Rozpětí věků dětí při příchodu je zde 11-19 let. Zařízení sledovaná v Olomouckém kraji poskytovala péči i dětem mladším čtrnácti let, a proto je zde věkový průměr nejnižší, zatímco ve Zlínském kraji je nejvyšší. Klienti VÚ také odcházejí ze zařízení až v poměrně vysokém věku - 6 % po dosažení plnoletosti a 63 % po dosažení patnácti let věku. Věk při odchodu se v podstatě neliší podle toho, kam dítě přechází. Do **diagnostických ústavů** se děti dostávají nejčastěji ve věku okolo 16 let, který se vzhledem k převaze krátkých pobytů neliší od věku při odchodu. Podobně je tomu v případě **SVP**, jen věk je trochu nižší, v průměru 14,5 roku.

Do **DOZP** přicházejí děti nejčastěji ve věku mezi třetím a desátým rokem, ale nezávisle na věku zde zůstávají nejdéle ze všech pobytových zařízení. Jejich věk při odchodu je nejčastěji dán dosažením plnoletosti, ať se vrací do biologické rodiny nebo, častěji, se dostávají do péče DOZP jako dospělí jedinci. V mladším věku ukončují děti pobyt v tomto typu zařízení úmrtím.

Délka pobytu v zařízení

V této části se věnujeme jednomu ze základních ukazatelů charakteru a kvality ústavní péče. Vycházíme především z dat o dětech, které ukončily pobyt ve sledovaných institucích, u nichž tedy známe konečnou délku pobytu. Nicméně i zde se podíváme na dosavadní délku pobytu u dětí, které jej ještě neukončily. Zatímco věk dětí při příchodu do zařízení závisí na mnoha systémových, ale i náhodných vlivech a reflektuje legislativně vymezené role jednotlivých ústavů, o práci s dětmi více vypovídá doba, kterou děti s různou „sociální diagnózou“ stráví v pobytových zařízeních, a také to, kolika zařízeními během řešení jejich případu projdou. I délka ovšem závisí na typu zařízení a jejich poslání.

Nejdéle zůstávají v ústavech děti zdravotně postižené, umístěné v **DOZP** proto, že rodiče/rodina nezvládají péči o tyto děti. Je to v průměru 68 měsíců, tedy více než 5,5 roku. Přitom rozložení různé délky pobytu je rovnoměrné (medián 64 měsíců), pohybující se mezi zcela přechodnými pobyty (minimum je necelý měsíc) po dlouhodobé - maximum ve sledovaných institucích bylo 168 měsíců (14 let, ale není vyloučeno ještě delší setrvávání v DOZP po dosažení dospělosti, což vlastně znemožňuje délku spolehlivě sledovat - viz kapitola 2.6 v části II.). Těžce zdravotně postižené děti (které v DOZP převažují) bývají „odloženy“ do této péče až do dospělosti a přecházejí do péče o dospělé postižené. Snaha vrátit je do rodiny je velmi omezená zřejmě i ze strany rodičů. Intenzita jejich kontaktů s rodiči nesouvisí s délkou pobytu dětí. Vliv nemá ani např. etnická příslušnost a nebyly zjištěny rozdíly mezi kraji.

Jen o málo kratší bývá délka pobytu dětí v **dětských domovech**. Průměrně se jedná o 54 měsíců (u dětí umístěných v době šetření, tedy těch, co ještě neukončily pobyt v DD, to bylo 50), tj. zhruba čtyři a půl roku. Časté sice bývá setrvávání v ústavní péči okolo jednoho měsíce, ale délka dosahuje i přes 200 měsíců (vlastně celé dětství). Polovina dětí v DD tam pobývá po dobu do tří let trvání pobytu, pětina dětí déle než 8 let a desetina přes jedenáct let. Poněkud déle pobývají v DD romské děti (rozdíl je v průměru 6 měsíců). Z hlediska sociální situace rodiny nejdéle pobývají v DD děti opuštěné rodiči, děti rodičů závislých na návykových látkách nebo alkoholu a také děti, u nichž se kumulují nepříznivé charakteristiky rodinného zázemí. U dětí velmi dlouho setrvávajících v ústavním pobytu je často indikována sociálně slabá rodina, což ale bývá spojeno s drogovou závislostí rodičů, někdy s bytovými problémy.

Tyto skutečnosti naznačují, že po odebrání dítěte z rodiny, která má z jakýchkoliv příčin sociálně-ekonomické problémy, se zřejmě nezvyšuje snaha o řešení situace rodičů v zájmu navrácení dítěte do rodiny. Nebo jsou to případy obzvláště komplikované a těžko řešitelné. Ke zkrácení pobytu přitom prokazatelně přispívá častější kontakt se sociálním pracovníkem, čili intenzivnější práce s dítětem (a nejspíš i s rodinou). Z našich dat to nelze ověřovat, ale lze předpokládat, že zásadní změnu by mohla přinést podstatně intenzivnější práce s rodinou a poskytnutí pomoci k řešení finančních a bytových potíží.

Nejkratší dobu pobývají v DD jedinci s problémy v chování, u nichž je otázkou, zda relativně kratší pobyt není způsoben jen tím, že dítě přechází do jiného pobytového zařízení. Tomuto vysvětlení nasvědčuje fakt, že průměrná délka pobytu je u dětí přicházejících z jiných typů ústavů o něco kratší než u dětí přicházejících z biologické rodiny nebo od příbuzných (rozdíl průměrných délek pobytu je zhruba jeden rok). Zajímavé je, že pokud žije jenom matka (nebo to o otci není známo), bývá dítě v zařízení kratší dobu, než když žijí oba rodiče nebo jenom otec. Ti ovšem nemusí nutně žít spolu (jako manželé), jenže souvislost s typem (ne)soužití zjištěna nebyla.

Nejkratší pobyty v DD jsou také spojeny s úspěšnou změnou podmínek v rodině nebo u dítěte tak, aby se mohlo vrátit do domácího prostředí. Takové šťastné případy však jsou v podstatě výjimečné a lze dovodit, že se jedná o děti, které již „na příchodu“ měly vyšší šance na efektivnější řešení jejich případu, a tím i na krátkodobý pobyt. Podstatně častější jsou velmi dlouhé pobyty, jejichž ukončení je spojeno s formálními záležitostmi, jako je věk zletilosti a ukončení školní docházky. Častý je případ dětí s relativně velmi dlouhými pobyty, které odcházejí z důvodu špatného chování. To v podstatě znamená přechod do výchovného zařízení. V takových případech ústavní výchova selhává a nabízí se pochybnost, zda by nebylo třeba hledat vhodnější alternativní formy pomoci dítěti a rodině.

Vzhledem k tomu, že **DÚ, VÚ a DDŠ** jsou zařízení určená především pro děti s problémy s chováním nebo s rodiči nezvládajícími výchovu a má v nich probíhat intenzivní odborná diagnostická a výchovná práce s dětmi, lze předpokládat, že jde o oblast, v níž by měla poskytovaná péče být efektivnější a pobyt dětí zde relativně kratší, neboť intervence státu zde má tradici, není v principu zpochybněna, a tedy by měla mít rozvinuté a ověřené metody. To platí zejména o diagnostických ústavech, které jsou určeny pro co možná rychlé rozhodnutí o následné formě poskytnuté pomoci dítěti a rodině (viz kapitola 4 v úvodní části).

V **DÚ** lze při průměrné délce pobytu pod 4 měsíce a mediánu 3 měsíce tušit snahu splnit svůj úkol v krátké době (v relaci k zákonem stanovené obvyklé době 8 týdnů), ale v řadě případů se to nedaří. Jen dvě pětiny dětí v námi sledovaných ústavech odcházejí jinam do dvou měsíců od příchodu, desetina je tam déle než devět měsíců. Nízké celkové počty dětí však neumožňují spolehlivou analýzu, co může být příčinou tak dlouhého setrvání.

Délka pobytu ve **výchovných ústavech** dosahovala v průměru 17 měsíců, tedy skoro rok a půl. Maximální doba setrvání v ústavní péči byla podstatně delší, až 61 měsíců. V takových případech je otázka o vhodnosti a efektivnosti použitých metod výchovné péče dost naléhavá. Nápadnou odlišnost Karlovarského kraje ilustruje fakt, že na rozdíl od dvou ostatních zde většina dětí pobývá po dobu do jednoho roku, čtvrtina do půl roku. Lze hypoteticky předpokládat souvislost s faktem, že v tomto kraji děti podstatně častěji „pocházejí“ z fungujících rodin (u nichž by mohlo být snazší intervenovat ve prospěch dítěte), ale rozhodně to není postačující vysvětlení. Ve Zlínském kraji je zase nápadně vyšší podíl klientů VÚ s problémy s drogovou závislostí, kteří vyžadují dlouhodobější péči. Je tedy dále třeba zkoumat, nakolik je délka pobytu

ovlivněna charakteristikami umístěných jedinců, nakolik (spolu)prací pracovníků zařízení a OSPOD. V Olomouckém kraji desetina a ve Zlínském pětina dětí pobývá ve výchovném ústavu 3 a více let. Při vědomí, že téměř tři čtvrtiny dětí přicházejí do VÚ již po pobytu v DÚ, tvoří ústavní péče v životech těchto dětí významnou až stěžejní část jejich života, a to se všemi důsledky, jež to přináší v jejich psychosociálním vývoji, socializaci atd.

Délka pobytu je jinak determinována v **SVP**, kde je poskytována především ambulantní a celodenní péče, ale i péče internátní. V obou sledovaných institucích poskytujících tyto služby nastoupily všechny děti, které byly klienty v době šetření, krátce před jeho konáním. U sledovaných dětí, které pobyt v internátní péči SVP ukončily, byla délka udána u všech dětí v jednom ze dvou zařízení a výjimečně přesahovala jeden měsíc.

2.1.2 Umísťování dětí do pobytových zařízení

Při udávání hlavních důvodů přijetí dítěte do ústavních zařízení bylo možno uvést současně několik možností. Většinou byla tato nabídka využita, a tak když dále píšeme o frekvenci udávaných důvodů, většinou se nejedná o jediný, hlavní. Nicméně i tak už sama četnost výskytu vypovídá o tom, jaká závažnost je sociálními pracovníky při rozhodování o umístění dítěte danému důvodu přikládána. Současně ovšem vypovídá o výskytu dané problematiky v populaci ve spádových územích těch OSPOD, které o umísťování dětí rozhodují. Jak bude dále uvedeno, lze zde vytušit souvislost s charakterem populace, když např. v Karlovarském kraji je častější výskyt sociálních problémů rodin, což odpovídá vyšší míře nezaměstnanosti a nižším průměrným příjmům v tomto kraji oproti ostatním.

Data o **DD a KÚ** potvrzují, že hlavním deklarovaným důvodem umísťování dětí do těchto zařízení jsou nevyhovující sociálně-ekonomické podmínky v rodině, ať jsou definovány jako nepříznivá sociální situace (v DD 57 % a 47 %;³⁹ v KÚ 75 % a 67 %; v ZDVOP 37 % a 33 %), bytové problémy rodiny (v DD 45 % a 30 %; v KÚ 65 % a 55 % a v ZDVOP 33 % a 22 %) nebo finanční potíže rodiny (v DD 38 % a 28 %; v KÚ 60 % a 53 %; v ZDVOP 11 % a 22 %). Bližší analýza ukazuje, že může jít o důsledek omezených rodičovských schopností např. v souvislosti s drogovou/alkoholovou závislostí rodičů.⁴⁰ Vysokou četnost sociálně-ekonomických důvodů tedy nelze přikládat pouze „zjednodušujícímu“ hodnocení případu v praxi sociálních pracovníků nebo vysoké míře chudoby.

Právě v **kojeneckých ústavech**, kde jsou nejmenší děti, potřebující individuální, ideálně rodičovskou péči, hrají tyto sociálně-ekonomické důvody nejčastěji velkou roli při umísťování dětí. Když porovnáme sociálně-právní situaci rodiny a hlavní důvod přijetí, ukazuje se, že nepříznivá sociální situace provází nejspíš často neurované vztahy mezi rodiči nebo samotnou nekompetentností rodičů (majících problémy „sami se sebou“, např. s drogovou závislostí). Lze předpokládat, že některé děti se narodily jako neplánované, příp. i nechtěné. Předejít umístění do kojeneckého ústavu by se u

³⁹ U všech zařízení uvádíme nejprve údaj za soubor „příchodů“ a pak za soubor „odchodů“. Podíly za jednotlivé instituce nelze sčítat, protože respondenti mohli uvést více důvodů a celek tedy netvoří 100 %. Protože rozlišování údajů za podsoubory dětí aktuálně umístěných (soubor příchodů) a již odešlých (soubor odchodů) z ústavů by text příliš komplikovalo, bude v dalším textu analyzován v těch otázkách, které jsou shodné u „příchodů“ a „odchodů“, pouze soubor „příchodů“ a ze souboru „odchodů“ budou počítány ukazatele zjišťující délku pobytu, okolnosti ukončení ústavní péče apod.

⁴⁰ Např. v KÚ existuje korelace mezi závislostí matky na alkoholu/drogách a udáním finančních problémů rodiny jako důvodu převzetí dítěte do ústavu.

velké části dětí dalo podporou rodiny v oblasti zajištění její materiální situace (zaměstnání rodiče/ů, zpřístupnění dostupného bydlení atd.), ale v mnoha případech by bylo třeba současně vést rodiče k zodpovědnějšímu rodičovství, učit je rodičovským kompetencím apod.

Druhou nejčastější příčinou umístování dětí do KÚ je drogová závislost matek, dále opuštění dítěte matkou a drogová závislost otce. Jde tedy o případy, kde sanace rodiny je obtížná, ne-li (téměř) nemožná. V souhrnu se tyto tři důvody týkají 64 % dětí. Jak bylo řečeno, takové problémy rodičů se promítají do materiálních a životních podmínek rodiny.

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc jsou specifická největším výskytem zanedbávání výchovy rodiči (z různých důvodů). Do ZDVOP se dostávají více než jinde děti opuštěné rodiči a s podezřením na zanedbávání/zneužívání (24 % a 17 %). Umístování sem se také odlišuje menším podílem sociálně-ekonomických důvodů. V dětských domovech je zanedbávání výchovy také významným důvodem a dokonce je tam oproti ZDVOP častější prokázané zanedbávání/zneužívání (u 15 % prokázané, u 10 % s podezřením).

Jinak specifická je situace z hlediska důvodů umístování dítěte do institucionální péče u **zařízení pro zdravotně postižené děti**. Je třeba upozornit, že se tam nacházejí převážně děti s nejvyšší mírou postižení. Proto je nejčastějším důvodem umístění nezvládnutí rodičovské role - konkrétně nezvládnutí výchovy rodiči z důvodu postižení dítěte. Podstatně méně než jinde se tu vyskytují socio-ekonomické důvody, ale i zde jsou na třetím místě, a to s podobnou frekvencí výskytu jako opuštění dítěte rodičem/i. Oba tyto důvody nejspíš většinou s tím prvním úzce souvisejí. V těchto případech by alternativou k umístění dítěte do zařízení byla dost rozsáhlá a intenzivní pomoc služeb pro zdravotně postižené, ale i psychologických, zdravotnických služeb a také finanční kompenzace pracovních příjmů, které by přinejmenším jeden z členů rodiny nemohl získávat. Zde se nejedná o početnou skupinu, ale pomoc rodině zvnějšku je u zdravotně postižených dětí smysluplná, je-li velmi intenzivní.

Výchovné ústavy, diagnostické ústavy, střediska výchovné péče a DD se školou už svým posláním předurčují hlavní důvody umístování dětí. Převládají mezi nimi poruchy chování (celkem 75 %) a potažmo nezvládnutí výchovy rodiči (necelých 50 %). Za pozornost stojí, že mezi výchovnými problémy jsou významně zastoupeny „lehčí“ formy jako záškoláctví a útěky. Jednak by to měly být problémy řešitelné „ambulantní“ formou, tj. pomocí podpůrných služeb, a hlavně ne důvody pro dlouhodobé setrvání v ústavní péči.

Nejvyšší soud v prosinci 2010 rozhodl, že „majetková nedostatečnost rodiny (zejména rodičů) projevující se především nevhodnými nebo nedostatečnými podmínkami k bydlení“⁴¹ nikdy nemůže být sama o sobě takovou závažnou skutečností, která opravňuje orgány sociálně-právní ochrany k odebrání dítěte z rodiny. „Sama tato okolnost“, podle Nejvyššího soudu, „totiž nenaplnuje žádný ze zákonných předpokladů, které mohou být důvodem pro nařízení ústavní výchovy“. V praxi bývá ovšem nepříznivá sociální situace buď spojena s dalšími nepříznivými podmínkami pro vývoj a rozvoj dítěte nebo dokonce jejich důsledkem, jak potvrzují data našeho šetření.

⁴¹ Stanovisko Nejvyššího soudu zní: „Důvodem pro nařízení ústavní výchovy dítěte nemohou být samy o sobě materiální nedostatky rodiny, zvláště pak její špatné bytové poměry.“ (Rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. Cpjn 202/2010) http://www.nsoud.cz/JudikaturaNS_new/judikatura_prevedena2.nsf/WebSearch/7192A82A46AA71DCC12577AD00437465?openDocument

Proto se zde podíváme blíže na to, jaký podíl dětí je umísťován do jednotlivých typů pobytových zařízení z důvodů problémové sociálně ekonomické situace rodiny. Dotazník tuto její charakteristiku zjišťoval dvojným způsobem vzhledem k tomu, že nepříznivé materiální podmínky mohou být spojeny s dalšími nepříznivými okolnostmi. Sociálně-ekonomické podmínky byly sledovány jednak v rámci zjišťování deklarovaných důvodů umístění dítěte do zařízení (tabulka č. 1) a jednak v rámci popisu sociálně-právní situace rodiny v době odebrání dětí (tabulka č. 2). Rozdělili jsme v obou charakteristikách případy, kdy životní úroveň rodiny byla jediným důvodem umístění dítěte do zařízení, příp. jedinou nepříznivou charakteristikou, a případy, kdy byla kombinována s dalším ukazatelem problémovosti rodiny, a to buď s jedním, nebo s více. V součtu všech těchto možností hraje materiální standard rodiny největší roli u dětí v kojeneckých ústavech a také ve střediscích výchovné péče (v obou případech, ale zejména v druhém, však narážíme na problém malých četností, které nezaručují očištění od náhodných vlivů, tedy spolehlivost poznatků). V kojeneckých ústavech je toto zjištění podloženo tím, že dítě bývá právě v souvislosti s chudobou či bytovými problémy opuštěno rodiči nebo rodiče nejsou schopni zvládnout péči o (velmi malé) dítě. V KÚ jsou velké podíly případů, kde sociálně-ekonomická situace je důvodem umístění dětí, způsobeny těmi případy, kde jde o kombinaci důvodů a tato situace je jen jedním z nich. Tato situace je jak příčinou, tak důsledkem dalších okolností zdůvodňujících umístění (v prvním případě jde např. o nezajištění hmotných potřeb dětí, v druhém o vliv drogové závislosti). Vysoký podíl dětí umístěných z důvodu nebo v souvislosti s materiálním strádáním rodiny je také v dětských domovech a ZDVOP. V druhém případě je zarážející vysoký podíl kauz, kde toto strádání je jediným důvodem, nicméně posláním tohoto zařízení je řešit akutní problémy, tedy se dá předpokládat, že je reagováno na opravdu kritické případy materiální nedostatečnosti (na rozdíl od jiných zařízení, do nichž se dostávají děti s dlouhodobějšími problémy). Současně lze namítnout, že ZDVOP by měly řešit hlavně jiné druhy ohrožení dětí.

Tabulka č. 1 **Sociálně ekonomická situace (SES) rodiny jako důvod umístění dítěte do pobytového zařízení*** – podíl dětí umístěných z důvodu nepříznivé SES v %

	typ zařízení						
	KÚ	DD	DÚ	VÚ a DDŠ	SVP	ZDVOP	DOZP
jen SES	8,7	14,4	6,3	1,0	15,0	34,8	3,8
SES + další důvod	40,2	20,8	7,9	2,0	35,0	10,9	8,9
SES + více dalších důvodů	43,4	16,3	17,5	15,0	40,0	2,2	3,9
celkem	92,5	51,5	31,7	18,0	90,0	47,9	16,6
N	60	375	64	192	20	46	59

*pojem Sociálně ekonomická situace (SES) zde zahrnuje souhrn tří důvodů: nepříznivá sociální situace, bytové problémy rodiny a finanční potíže rodiny/dluhy

Pozn.: V některých souborech jsou velmi nízké četnosti, a přesto uvádíme relativní čísla v %, je však třeba toto zít při hodnocení v úvahu.

Význam nepříznivé materiální situace pro umísťování dětí do pobytových zařízení lze poznat také ze srovnání této okolnosti coby důvodu umístění a coby charakteristiky rodinného zázemí. V případech některých zařízení je evidentní nesoulad v dvojném smyslu. V prvním smyslu je to např., když se navzdory vysoké incidenci nepříznivých materiálních podmínek rodiny tato okolnost objevuje jako důvod umístění dětí v dětských domovech méně často, než by odpovídalo podílu dětí z rodin s

nedostatečnou životní úroveň v této skupině (podle toho by nedostatečná materiální úroveň nebyla tak „nadužívána“ jako důvod umístění do zařízení, jak se obvykle kritizuje). Podobně je tomu u dětí ve výchovných ústavech a v domovech pro zdravotně postižené, které ovšem mají „své specifické“ klienty - děti s poruchami chování, resp. se zdravotním postižením. V druhém smyslu je tu „nesoulad“ např. u kojeneckých ústavů v tom, že problémovou sociálně-právní situaci často indikuje pouze „sociálně slabá rodina“, ale mezi důvody umístění se tato okolnost vyskytuje daleko častěji jako součást komplikovanější diagnózy.

Ve všech případech je podíl zohledňování materiálních podmínek rodiny nicméně vysoký a těžko slučitelný s uvedeným nálezem ústavního soudu. Zejména závažná je situace v ZDVOP, kde třetina dětí je umístěna pouze z tohoto důvodu, ale také v KÚ a SVP, kde je polovina dětí umísťována vlastně na základě toho, že rodiče nezvládají materiálně zabezpečit děti vzhledem k dalším problémovým okolnostem (nejčastěji kvůli závislosti na návykových látkách), příp. chudoba omezuje schopnost rodičů zvládat výchovnou a zabezpečovací roli.

Tabulka č. 2 **Sociálně právní situace rodiny - podíl dětí, u nichž v charakteristice sociálně-právní situace rodiny byla „sociálně slabá rodina“ (SPS)**

	typ zařízení						
	KÚ	DD	DÚ	VÚ a DDŠ	SVP	ZDVOP	DOZP
jen SPS	38,3	27,0	18,8	33,3	10,0	28,3	41,8
SPS + další charakteristik	25,0	28,1	14,1	17,3	10,0	17,4	1,3
SPS + více dalších charakteristik	30,1	15,8	3,2	4,0	0,0	0,0	0,0
celkem	93,4	70,9	32,1	54,6	20,0	45,7	43,1
N	60	375	64	192	20	46	59

Pozn.: V některých souborech jsou velmi nízké četnosti, a přesto uvádíme relativní čísla v %, je však třeba toto vzít při hodnocení v úvahu.

Pro základní vhléd na to, na čem závisejí okolnosti umísťování dětí do pobytových zařízení, se zaměříme hlavně na rozdíly podle etnika, kraje a toho, odkud děti do pobytových zařízení přicházejí.

Velký podíl dětí se dostává do pobytových zařízení z biologické rodiny: v DD je to 57 %, v KU 48 %, protože sem přichází 47 % přímo z porodnice. Do ZDVOP se dostává 78 % dětí z biologické rodiny. Děti v dětských domovech formálně mívají „normální“ rodinné zázemí (viz další část této kapitoly), v ostatních zařízeních převažují děti z narušeného rodinného prostředí jak „po formální stránce“ (tj. od osamělých rodičů, rodičů nežijících společně nebo mají jen jednoho/žádného žijícího rodiče), tak po stránce kvality výchovy, způsobené neschopností rodičů zvládat výchovu nebo tím, že rodiče mají vlastní problémy (ne)řešené na úkor výchovy dětí. Zařízení pro výkon ústavní výchovy se z hlediska „původu“ svých klientů liší od ostatních institucí v souvislosti se svým posláním ve stávajícím systému sociálně-právní ochrany dětí. Do výchovných ústavů (VÚ) přicházejí děti především z diagnostických ústavů (70 %). Tyto ústavy se zaměřují na pokračování ústavní výchovy u dětí, u nichž na základě vyšetření v diagnostickém ústavu byla nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Ve VÚ je řada dětí, které se dlouhodobě „pohybují“ v ústavní péči - téměř 30 % dětí sem přichází z jiných ústavů, v tom skoro 15 % z jiných VÚ. Pozornost si zaslouží, byť nevelký, podíl dětí přecházejících do VÚ z dětských domovů. Tam by teoreticky měly

mít péči, která vylučuje výchovné problémy. Tyto děti by si zasloužily v dalších analýzách zvláštní zájem, ale to platí o všech dětech přecházejících mezi ústavy.

Souvislost mezi důvody umístování dětí do pobytových zařízení a jejich *etnickou příslušností* je obtížné prokázat vzhledem k převaze majoritní národnostní a etnické příslušnosti dětí ve všech institucích spolu s tím, že v těch typech ústavů, kde je malý počet dětí, tento fakt neumožňuje získat validní poznatky. Nicméně prokazatelně platí, že u romského etnika hraje výraznější roli socioekonomická situace. U dětí v DD se s romským etnikem pojí problémy s chováním nezvládané rodiči. Lze se domnívat, že tyto problémy jsou už odrazem jiných „znevýhodnění“ romské populace. Projevuje se to i v případě VÚ, kde romské děti s problémy v chování častěji pocházejí (soudě podle udávaných důvodů institucionální péče) ze sociálně slabého prostředí.

Rozdíly mezi kraji jsou nevýrazné. Frekvence jednotlivých důvodů umístění dětí jsou ve všech krajích podobné, ale konkrétní podíly nejčastějších důvodů (viz výše) se ve Zlínském kraji v případě DD poněkud liší (podrobněji kapitola 2.2). Dají se nicméně vysledovat např. souvislosti mezi socioekonomickými charakteristikami kraje a „uznávanými“ (rozuměj ve spisech udávanými) důvody umístění dětí do zařízení. Sociální slabost rodiny je v některých typech zařízení v Karlovarském kraji čtenější důvodem umístění než v obou moravských krajích. V případě KÚ, ZDVOP, DOZP i DÚ je hledání mezikrajových odlišností obtížnější než v ostatních zařízeních, protože byly sledovány vlastně jednotlivé ústavy, ne vždy ve všech krajích a s nevelkým celkovým počtem dětí. Významné rozdíly mezi kraji byly zjištěny u důvodů institucionální péče v případě klientů výchovných ústavů (podrobnosti v kapitole 2.3).

S tím, jaké důvody jsou uznávány pro odebrání dětí z rodin, souvisí i požadovaná právní forma tohoto aktu. Na základě předběžného opatření přichází do diagnostických ústavů 2/3 dětí a podobně je tomu u DD a KÚ. Se soudním verdiktem „nařízená ústavní výchova“ se dostává do výchovných ústavů 77 % dětí a v okamžiku šetření se tam nacházelo 89 % dětí. Přitom třetina dětí ve VÚ a o něco méně v KÚ přichází se souhlasem rodičů. Ochranná výchova se vyskytuje ve všech typech zařízení podstatně méně.

V ústavech pro zdravotně postižené jsou děti umístovány podle soudního rozhodnutí spíše okrajově, zatímco tam hraje rozhodující roli přání rodičů (přes polovinu případů).

Na základě předběžného opatření zůstávají děti v DD v průměru 27 týdnů (mediánová hodnota je 17,5 týdne) a ve výchovných ústavech 8 týdnů. V případě DD pokud rodiče s umístěním v době odebrání dítěte nesouhlasili, pobývalo dítě v ústavu déle, a to průměrně 46 týdnů. Pokud souhlasili, bylo to 17 týdnů. Při zohlednění aktuální „právní kvalifikace“ pobytu v zařízení tam jsou tak děti pobývající v něm „dobrovolně“ v průměru 40,8 týdne, tedy nejdéle. U dětí s následně nařízenou ústavní výchovou činila průměrná délka pobytu dětí před rozhodnutím o ústavní výchově 26,7 týdne. Zatímco v DD nebyly zjištěny rozdíly v soudních rozhodnutích mezi kraji, v případě výchovných ústavů je lze nalézt. Jednak je v Olomouckém kraji aplikováno méně předběžných opatření a jednak ve Zlínském kraji byla zjištěna nejdelší doba mezi předběžným opatřením a rozhodnutím o ústavní výchově.⁴² Z uvedených nekomplexních poznatků lze shrnout jednak to, že děti pobývají v zařízeních nesporně příliš dlouho v situaci jejich nevyjasněných případů (zřetelné zejména v DÚ a ZDVOP), a jednak, že spolupráce s rodinou podporuje rychlejší řešení případu.

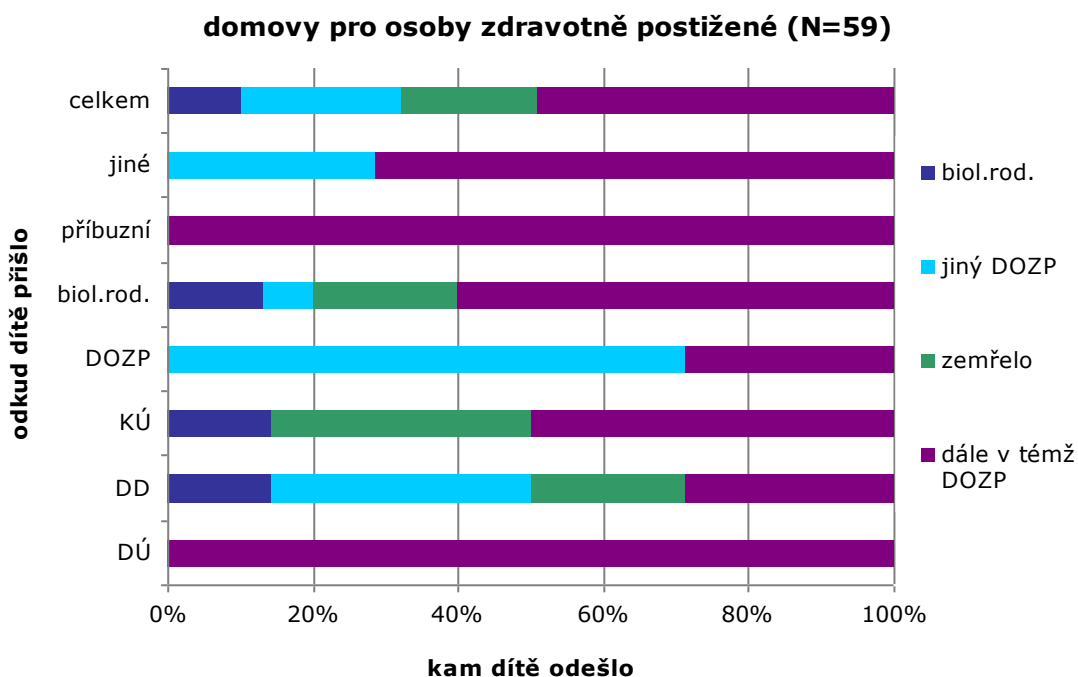
⁴² V dalších zařízeních byly údaje o době mezi nařízením předběžného opatření a nařízením ústavní výchovy nedostatečné.

Přechody dětí mezi zařízeními

Systém pobytových služeb pro děti s problémy nebo z problémových rodin je částečně založen na specializaci jednotlivých zařízení. Každé má své specifické úkoly a také se zaměřuje na specifické cílové skupiny z hlediska svých rolí a z hlediska věku dětí nebo mladistvých. Cílové skupiny různých zařízení se nicméně do značné míry překrývají. Zaručit „správnou“ volbu umístění do zařízení je obtížné, což mívá za následek předávání dětí mezi různými zařízeními. Jen částečně je to v souladu s (respektive vyžadováno) právními normami. Často lze mít oprávněné obavy, že je to důsledkem nedostatečně efektivní sociální práce s dítětem a jeho rodinou, ať už jsou příčiny jakékoliv (mnohé jsou zmíněny v závěrech části I. a III. této studie a průběžně v dalším textu). Vícenásobné pobyty dětí nejsou zdaleka výjimkou (viz grafy č. 1-6).

Nejvíce se pohyby mezi ústavami dotýkají dětí v **DOZP** (graf č. 1). Přicházejí sem z KÚ a DD, kde již při dosažení cca 3 let věku dítěte přestávají zvládat péči, je-li dítě těžce zdravotně postižené (těchto dětí se přechody týkají nejčastěji). Přesun mezi různými DOZP zažilo 10 % sledovaných dětí, tj. 13 % z dětí, které zažily umístění ve více zařízeních. Ústavními zařízeními častěji procházejí romské děti. Děti, které se delší dobu „pohybují“ mezi ústavami, mívají méně intenzivní kontakty s rodinou (zjištěno též v DD). Zhruba pětina bývá přemístěna do dalšího DOZP a polovina dětí v tomtéž zařízení „přechází do péče pro dospělé“. Jen asi desetina dětí se vrací do biologické rodiny a platí to o těch, které odtud přišly nebo byly převedeny z VÚ nebo DD.

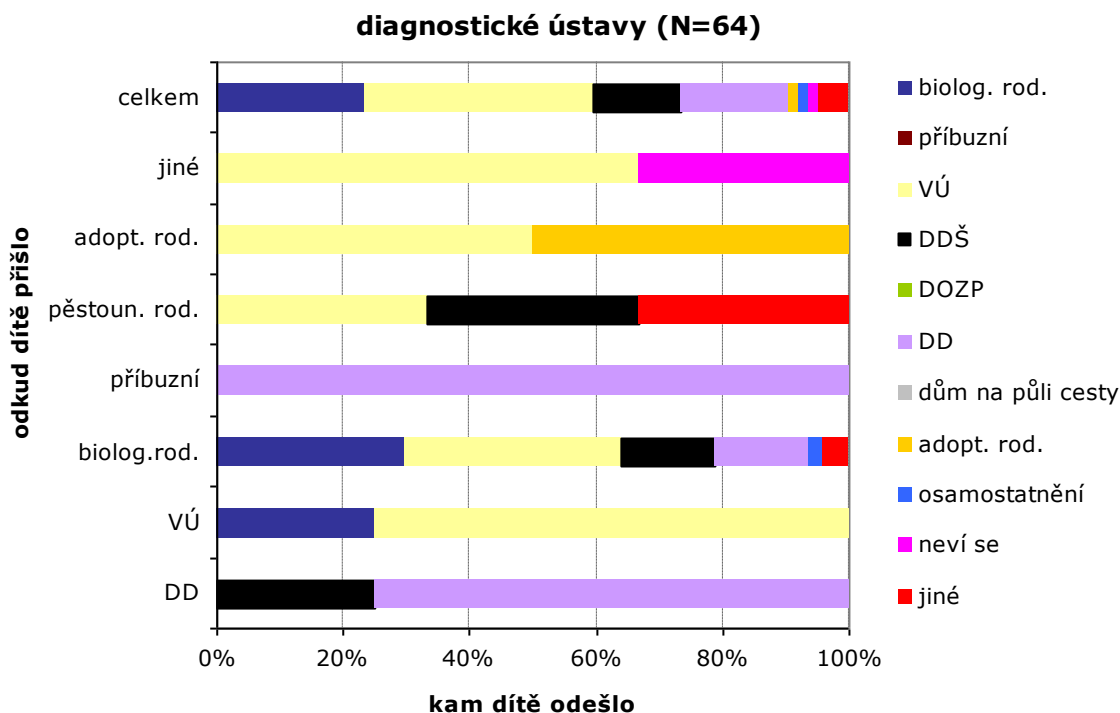
Graf č. 1 **Děti, které ukončily pobyt v DOZP - pohyb v systému pobytových zařízení**



Do **diagnostických ústavů** (graf č. 2) se dostává zhruba polovina dětí se zkušenostmi s ústavní péčí. Jedná se jak o případy opakovaného selhávání rodiny (i děti navracené do rodiny mají opět potíže s chováním nebo se o ně rodina opakovaně

neumí postarat), tak o případy, kdy jsou děti poslány do DÚ z jiných zařízení. U 63 % dnešních klientů DÚ (bývalých klientů dokonce 70 %) byla místem předchozího pobytu biologická rodina, a přesto pouze 42 % dětí (resp. 58 %) je v nějakém zařízení umístěno poprvé v životě. „Návratnost“ do institucionálního systému po tom, co se dítě již po nějakém pobytu dostalo zpět do rodiny, je zde vysoká. Úlohou DÚ je na základě diagnostikování specifických potíží dítěte navrhnout další postup v péči o něj, vč. dalšího ústavního pobytu, pokud se je nepodaří vrátit do biologické rodiny nebo umístit do náhradní rodinné péče. Spektrum dalších umístění je proto pestré, ale převládají výchovné ústavy, následovány DD a DDŠ. VÚ a DDŠ jsou téměř jedinou další „destinací“ dětí, které se dostaly do DÚ z pěstounské nebo adoptivní rodiny, a velmi pravděpodobnou u dětí, které přišly z výchovných ústavů. U posledních je i relativně vyšší šance návratu do biologické rodiny - podobná jako u dětí umístěných do DÚ z biologické rodiny.

Graf č. 2 **Děti, které ukončily pobyt v DÚ - pohyb v systému pobytových zařízení**



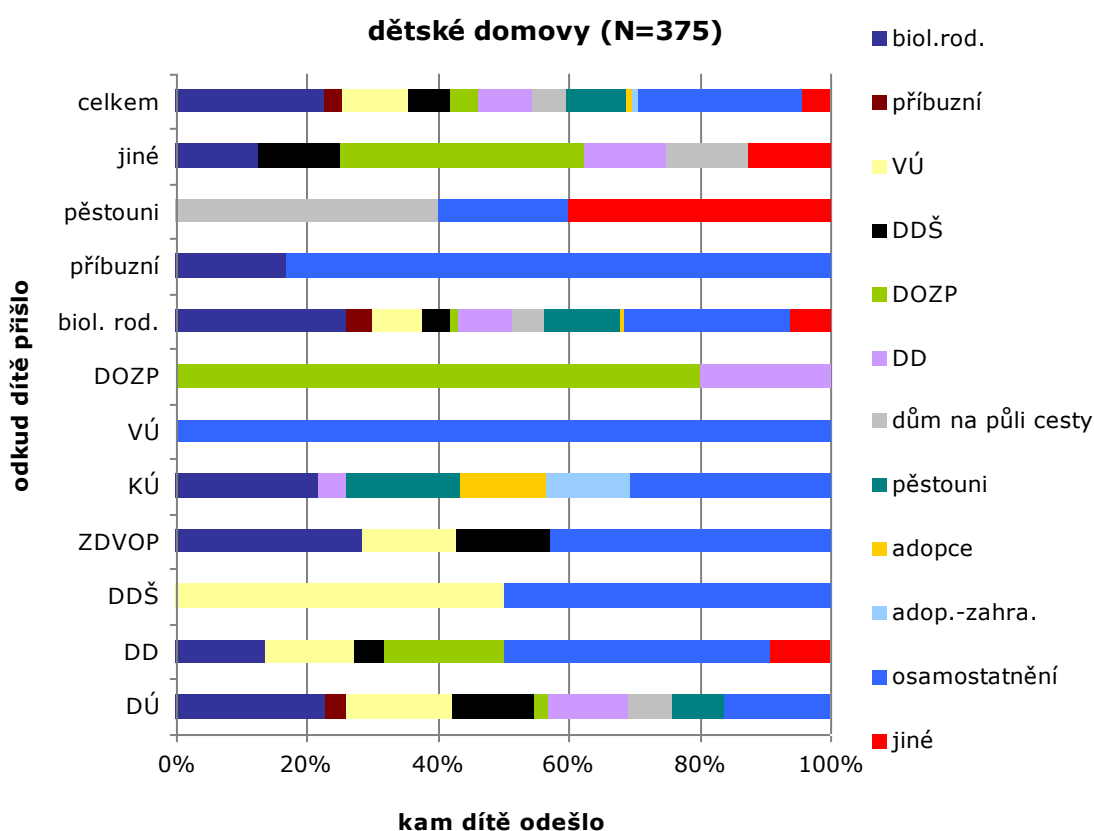
Do **dětských domovů** (graf č. 3) přichází 39 % dětí z ústavních zařízení, především z DÚ (17 %), 57 % přichází z biologické rodiny (vedle toho 4 % z náhradní rodiny). Přitom 66 % dětí je umístěno v ústavním zařízení poprvé (u některých dětí tedy údaje zcela nekorespondují). Zde 6 % z těch, které přišly z biologické rodiny, už někdy žilo v ústavním zařízení. Do dětských domovů se tedy děti nijak často nevracejí opětovně po předchozím návratu domů z jiného pobytového zařízení. Nicméně je v nich zhruba třetina dětí, které už nějaké pobytové zařízení na vlastní zkušenost poznaly. Jedná se tedy často o „systémový“ postup při zařazování dítěte do institucionální péče, s typickou posloupností „DÚ --> DD“. Nezanedbatelný podíl - 24 % - byl pouze přemístěn z jiného DD. Nebyly zjištěny rozdíly způsobené etnickou příslušností.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

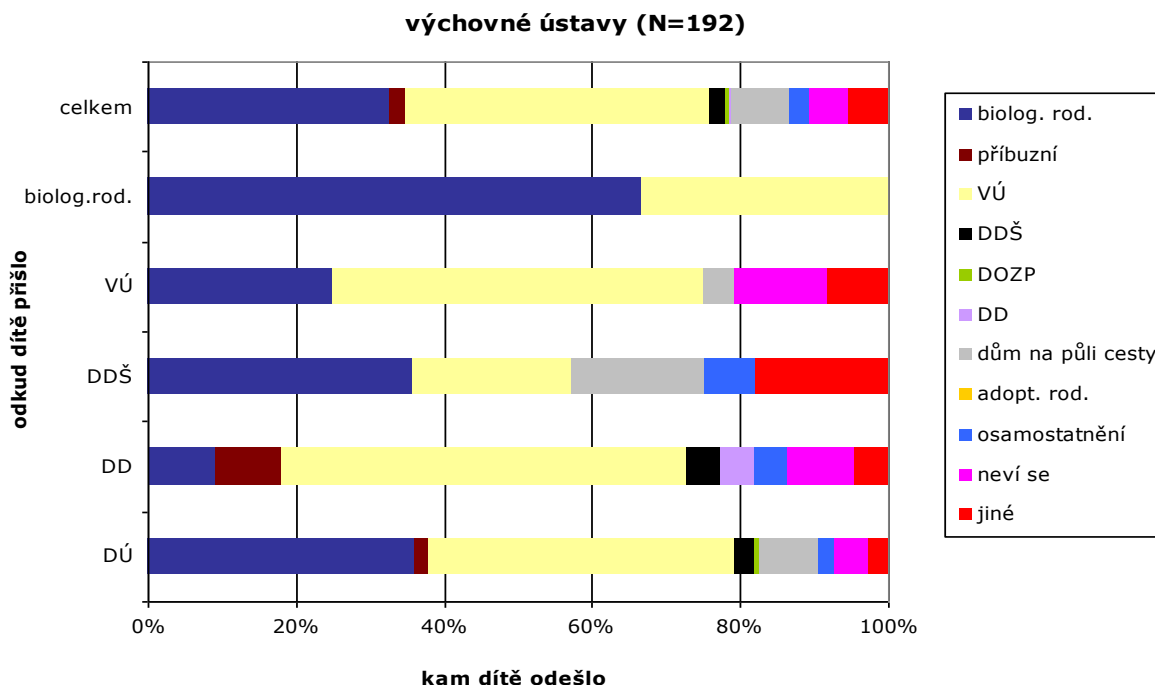
Opakované umístování do zařízení u dětí aktuálně pobývajících v DD je nejčastější v Karlovarském kraji a naopak nejméně časté ve Zlínském kraji.

„Jen“ asi třetina dětí přechází z DD do dalšího zařízení (z těchto asi třetina do jiného DD), ale to i proto, že více než pětina odchází s dosažením plnoletosti a osamostatňuje se. Do různých dalších pobytových zařízení se „přes DD“ dostávají zejména děti, které sem přišly z DOZP, dále z DDŠ, jiného DD a DÚ a nejméně děti, které přišly ze ZDVOP a KÚ (a také z biologické rodiny).

Graf č. 3 **Děti, které ukončily pobyt v DD - pohyb v systému pobytových zařízení**



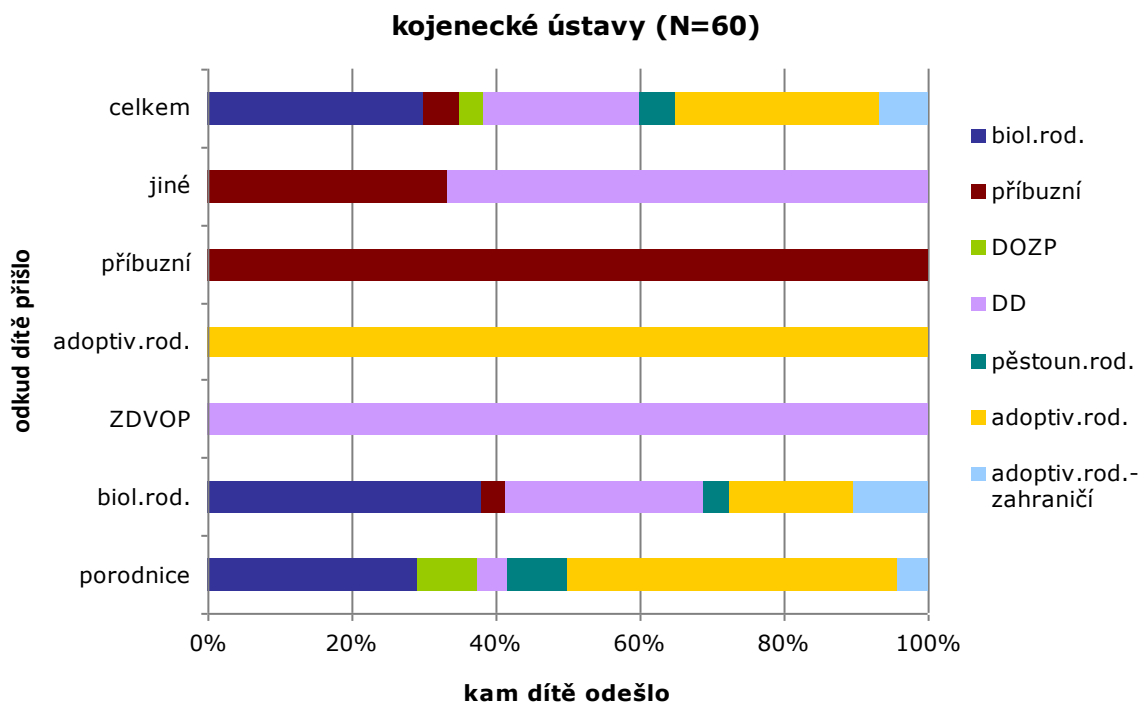
V případě **výchovných ústavů** (graf č. 4) je opakovaný ústavní pobyt založen legislativně povinností zajistit diagnostiku případu v DÚ před umístěním ve vhodném zařízení, tedy pobyt v DÚ většinou musí předcházet pobytu ve VÚ. Dvě třetiny (66 %) dětí (mladistvých) sem proto přichází z DÚ a další čtvrtina „jen“ přechází z jiného VÚ nebo DDŠ. Poslední desetina přichází z dětského domova (nepatrný podíl ostatních přímo z biologické rodiny). Vedle toho, že děti z VÚ mají nejvyšší šanci vrátit se k biologickým rodičům (vyšší než děti z DD), pak pokud se dosažením dospělosti neosamostatní, zůstávají v systému ústavní péče. A to navíc tím spíše, když do VÚ už přišly z jiného zařízení (kromě DÚ též DD a VÚ).

Graf č. 4 **Děti, které ukončily pobyt ve VÚ - pohyb v systému pobytových zařízení**

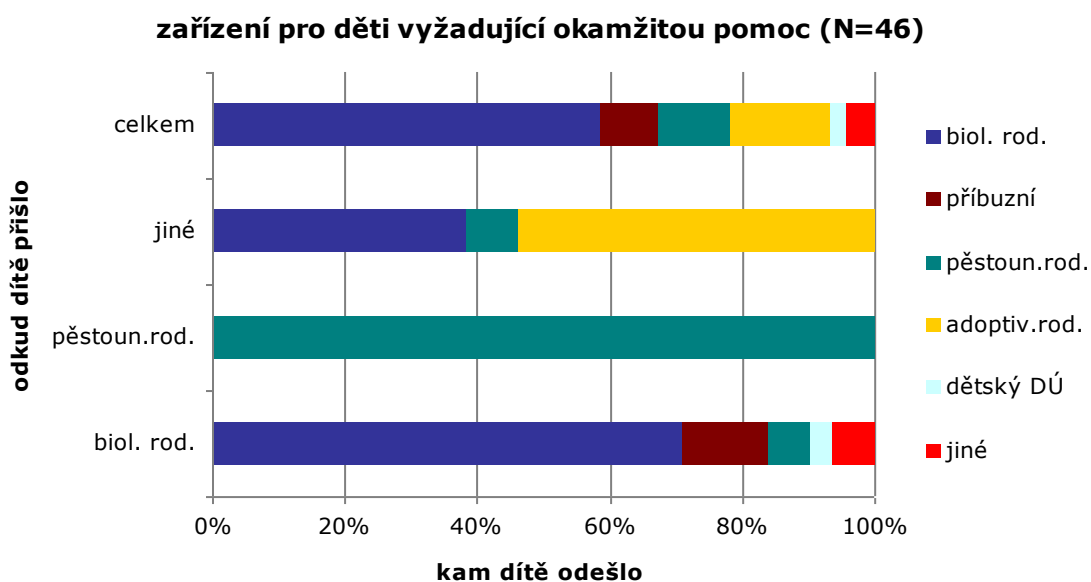
V **KÚ** (graf č. 5⁴³) a **ZDVOP** (graf č. 6) je nejmenší podíl dětí, které se opakovaně dostávají nebo postupně procházejí pobytovými zařízeními. V prvním případě je to dáno velkým podílem dětí přicházejících brzy po narození (40 % přímo z porodnice a 48 % z biologické rodiny), přičemž jen 3 % přicházejí z jiného zařízení (konkrétně ZDVOP). Také v případě dětí v době šetření pobývajících v ZDVOP vyplývá malý podíl předchozích umístění v ústavu z role těchto zařízení řešit akutní případy ohrožení dětí, a to žijících v různých formách rodinné péče (s převahou biologických rodin). V ZDVOP však o pětina dětí nevíme, odkud přišly. Z KÚ odchází do dalších zařízení necelá čtvrtina dětí, zejména do DD a zejména těch, které sem byly umístěny z biologické rodiny (připomeňme, že jde často o děti okolo tří let věku, tedy stále vyžadujících spíše individuální péči). Umístění dětí ze ZDVOP do jiné institucionální péče je výjimečné.

⁴³ Pokud v grafu č. 5 nebo č. 6 je uvedeno jen jedno další umístění, jedná se o informaci o 1-2 dětech.

Graf č. 5 **Děti, které ukončily pobyt v KÚ - pohyb v systému pobytových zařízení**



Graf č. 6 **Děti, které ukončily pobyt v ZDVOP - pohyb v systému pobytových zařízení**



Tabulka č. 3 **Počet předchozích umístění dětí v pobytových zařízeních** (podíly v %⁴⁴)

zařízení	P-aktuální klienti O-odešlí klienti	0	1	2	3	4 a více	N
KÚ	P	93	7	0	0	0	60
	O	83	17	0	0	0	60
ZDVOP	P	78	9	11	2	0	46
	O	80	9	9	2	0	46
DD	P	65	27	7	0,5	0,5	375
	O	63	30	6	1	0	375
VU	P	22	49	25	4	1	192
	O	16	48	29	6	1	232
DÚ	P	42	28	20	8	1	64
	O	58	25	11	5	1	64
DOZP	P	33	37	30	0	0	79
	O	34	51	14	0	0	59

Ukončení pobytu v zařízení

Ukončení pobytu v ústavní péči jen částečně znamená, že se změnila podmínky v rodině a dítě se do ní může vrátit, příp. bylo dosaženo cílů ochranné či ústavní výchovy nebo že byla nalezena náhradní rodinná péče. Druhá možnost je obvyklá u dětí z KÚ a ZDVOP či SVP, ale naopak v případě VÚ a DD je velmi zřídka. Pokud jde o nápravu rodinných poměrů, z našich dat se nedá zjistit, nakolik se na tom podílela práce sociálních pracovníků. Kam odcházejí děti po ukončení pobytu ve sledovaných zařízeních, a to v závislosti na tom, odkud děti do zařízení přišly, ilustrují grafy č. 1-6. Při jejich interpretaci je třeba mít v patrnosti, že podíly odcházejících dětí v jednotlivých pruzích grafů jsou většinou počítány z velmi nízkých absolutních četností, takže zjištěné počty a podíly mohou záviset na konkrétní situaci dětí a zařízení z našeho souboru a jde skutečně o ilustraci.

Šance na návrat do biologické (jiné) rodiny se zásadně liší podle typu instituce, v níž je dítě umístěno, ale rozhodně nelze obecně hovořit o tom, že pobyty v ústavních zařízeních jsou dočasným řešením situace ohrožených dětí. Podíly dětí odcházejících do biologické rodiny se pohybují od 85 % v SVP (což je instituce svým posláním markantně se lišící od ostatních, a tedy toto číslo nelze chápat zase tak příznivě⁴⁵), 60 % v ZDVOP, či 23 % v DD až do 10 % v DOZP (což je zase specifické zařízení v tomto směru, kde klienti často jen formálně přecházejí do oddělení pro dospělé). I v ZDVOP, kde se děti nejčastěji vrací do své biologické rodiny, se tak však děje v průměru až po 9 měsících pobytu.

Náhradní rodinná péče bývá téměř jediným vhodným alternativním řešením nepříznivé rodinné situace u dětí dočasně umístěných v KÚ. Ty se nejčastěji dostávají do adopce, podobně jako děti ze ZDVOP (35 % ze 40 % náhradní rodinné péče, resp. 15 % z 35 % NRP).

⁴⁴ Za všechna zařízení jsou uvedeny relativní podíly v procentech, ale je třeba se dívat na celkový počet dětí v daném zařízení (poslední sloupec), protože při nízkém N jsou procenta trochu zavádějící a údaje ne dost spolehlivé.

⁴⁵ Jedině pro toto zařízení nebyl vytvořen graf, protože kromě extrémně malých četností (20 dětí celkem ve všech zařízeních) se zde jedná často o opravdu „dočasnou péči“.

Mezi důvody ukončení pobytu ve **výchovném ústavu** dominuje „formální“ příčina, a to věk (42 %), a velmi častým důvodem je také dokončení školní docházky (15 %). Ve VÚ jsou ovšem většinou umístěny, a tedy i pobyt končí, především starší děti a podobně je tomu v dětských domovech. Nejčastější důvody jsou tedy zjevně jen málo závislé na práci sociálních a ústavních pracovníků. Přitom desetina klientů odchází do dalších zařízení z důvodu špatného chování nebo potřeby jiné péče. Částečně zde má vliv nové soudní rozhodnutí.

Fakt, že se změnila rodinné poměry nebo byla nalezená vhodnější péče (není řečeno, že nikoliv ústavní) se objevuje spíše výjimečně. Podle tohoto ukazatele jsou tedy ve VÚ děti umísťovány svým způsobem „s definitivou“.

Třetina dětí se vrací do biologické rodiny,⁴⁶ což ale zřejmě často neznamena skutečný návrat do lepšího rodinného prostředí, ale je to někdy spojeno s dosažením dospělosti, jinými slovy nejedná se o „pravé“ začlenění do výchovného a intimního prostředí rodiny, ale spíše o „vypuštění do života“ se všemi problémy jedince nepřipraveného na osobní zodpovědnost a překonávání překážek vlastními silami. Stejný podíl dětí pouze přechází do dalšího VÚ. Celkově do jiných zařízení z VÚ přechází 45 % dětí.

Dosaženým věkem se děti končící pobyt v konkrétním **dětském domově** příliš neliší od dětí odcházejících z konkrétního⁴⁷ VÚ. V případě DD děti méně často pouze „přestupují“ do dalšího zařízení (28 %). 68 % dětí se vrací do nějaké formy rodinného života nebo se osamostatňuje (23 % do biologické rodiny, 11 % do adoptivní nebo pěstounské rodiny, 29 % začíná samostatný život). Důvody propuštění z dětského domova vypovídají o úspěšnější práci s dítětem a jeho rodinou oproti situaci ve VÚ. Opět tu byl nejčastějším důvodem věk (39 %), ale méně byla zastoupena ukončená školní docházka. O to častěji bylo důvodem nalezení vhodnější péče a zlepšení situace v rodině (každé zhruba u pětiny dětí). Pětina dětí ale také ukončuje pobyt v DD pro špatné chování nebo potřebu adekvátnější péče.

Jiná je situace v **kojeneckých ústavech**. Tam převládá umístění dětí končících ústavní pobyt do adoptivních a pěstounských rodin a o málo méně jich je umístěno do biologických rodin (celkem 3/4 dětí do NRP, do biologické rodiny 30 %). Ostatní klienti přešli především do dětských domovů. Z pohledu důvodů ukončení pobytu se situace analogicky jeví tak, že u poloviny dětí se změnila podmínky rodičovské péče (ne všechny děti přišly do KÚ z biologické rodiny, proto ten rozdíl proti 30 % návratů do ní) a u třetiny byl uveden jako důvod věk (míněno zřejmě tak, že dítěti vzniká nárok na péči v jiném zařízení - DD nebo DOZP).

Ze **ZDVOP** se děti většinou vrací do biologické nebo náhradní rodiny, do biologické téměř 2/3. Tomu odpovídají důvody propuštění, které vypovídají o dobré sociální práci - v polovině případů ze zlepšily rodinné poměry a ve více než čtvrtině byla nalezena lepší péče (obvykle náhradní rodinná). Zde je tedy spíše problém to, že se děti vrací často až po příliš dlouhém pobytu vzhledem k deklarované funkci těchto zařízení.

Zcela specifická je již vícekrát zmíněná situace dětí v **DOZP**, kde se jen desetina dětí vrací do biologické rodiny, zatímco 2/3 zůstávají i po dosažení dospělosti v zařízení pro zdravotně postižené (témž nebo jiném) a jen u šestiny byla nalezena vhodnější péče.

⁴⁶ Do příbuzenské péče či pěstounské rodiny odcházejí děti jen v ojedinělých případech.

⁴⁷ „Konkrétní“ znamená, že se jedná o zařízení, v němž bylo prováděno šetření. Tím se zdůrazňuje, že se nejedná o ukončení pobytu v pobytových zařízeních celkem (ať téhož nebo jiného typu), protože řada dětí jen přechází do dalších zařízení.

2.1.3 Rodinné zázemí dětí

Děti přicházející do pobytových institucí různého typu mívají odlišné, do jisté míry „typické“ rodinné zázemí. Sirotci nebo polosirotci se vyskytují ojediněle, nejvíce ale v kojeneckých ústavech. Případy, kdy otec není uveden v rodném listě, nejsou obvyklé, v KÚ jich však jsou dvě pětiny a v DÚ jedna dvanáctina. To už může naznačovat, že absence jednoho rodiče spolupůsobí na vznik výchovných problémů nebo nepříznivé sociální situace rodiny. Spolu s dětmi opuštěnými některým z rodičů a dětmi z rozpadlých rodin se nám rýsuje velká skupina ohrožených dětí se společnou determinantou ohroženosti - zázemím v neúplné rodině. Pro práci s problémovými rodinami to znamená, že je často třeba podporovat nejen osobní předpoklady a výchovné dovednosti „pečujícího“ rodiče (s nímž dítě před umístěním do ústavu žilo), ale také životní situaci samotného rodiče.

Ve sledovaných **dětských domovech** jsou umístěny v současnosti děti, u nichž z 90 % žijí oba rodiče, 48 % z nich žije v párech a v tom 26 % manželských, 22 % nesezdaných (ze všech rodičů dětí v DD 36 % žije v párech a v tom 20 % manželských, 16 % nesezdaných). Pokud otec nežije nebo to není známo, matka žije převážně sama, méně často má nového partnera. Někteří rodiče (nejspíš) žijí společně nezáměrně, protože se jedná o společné bydlení po rozvodu (12 %).

Děti v **kojeneckých ústavech**⁴⁸ mají oba žijící rodiče v 75 % případů, ale v dalších 17 % o otci chybí informace. Tyto děti pocházejí nejčastěji z rodin nesezdaných rodičů (45 %), dále pak od osaměle žijících rodičů (45 %, v tom ve 23 % to byla matka, ve 22 % otec). Na rozdíl od dětí v DD jsou jejich rodiče zcela výjimečně sezdaní nebo se jedná o rekonstituovanou rodinu, naopak často je soužití neznámé nebo atypické, neboli otec bývá neznámý - 2/5 otců nejsou zaznamenány v rodném listě, o šestině otců se neví, zda žijí. Rodiče dětí z kojeneckých ústavů se nacházejí v situaci, kdy většinou tíha rodičovství leží pouze na jednom, kterým je povětšinou matka. Tím se snižuje pravděpodobnost, že alternativou ústavní péče je život dítěte s biologickým rodičem, když vezmeme do úvahy fakt omezených schopností péče na straně matky. Je to hlavně ona, s níž je třeba „pracovat“, ale současně je nutné hledat další formy péče o děti v nejmladším věku, především pěstounské.

Děti v **ZDVOP** žily před příchodem do ústavu převážně pouze s matkou (dvě pětiny) a stejný počet jich žil s oběma rodiči, nicméně z nich necelá polovina nebyla sezdaná. Děti ze ZDVOP také žily ve více případech než děti umístované do jiných zařízení pouze s otcem. Obecně lze říci, že tyto děti pocházejí velmi často z neúplných rodin.

Ve **výchovných ústavech** mají všechny děti alespoň jednoho rodiče, 85 % má oba. Pouze zhruba třetina rodičů žije pohromadě, takže u nich lze předpokládat, že jejich děti by mohly žít v úplné rodině, nicméně asi třetina z nich nejsou sezdané páry. Pokud spolu rodiče nežijí, většinou jsou sami, tzn. že nežijí ani s novým partnerem.

V **diagnostických ústavech** je spolu s KÚ nejméně dětí, jejichž oba rodiče žijí (80 %), a navíc je tam relativně dost dětí bez udaného otce v rodném listě nebo není tato skutečnost známa u jednoho či obou rodičů (ale při malých celkových počtech, což snižuje spolehlivost). Naproti tomu necelá polovina rodičů žije ve společné domácnosti, ale z nich je velký podíl již rozvedených. Je otázkou, zda lze považovat zmíněné, jinde se méně vyskytující anomálie v rodinném zázemí za okolnosti s precipitujícím účinkem na poruchy chování. Pro volbu forem pomoci rodičům s výchovnými problémy

⁴⁸ Podíly uvádíme v procentech, ale je třeba si uvědomit, že v kojeneckých ústavech je celkem 60 dětí, a tedy údaje nejsou plně spolehlivé (a reprezentativní) a např. 23 % vlastně znamená 12 dětí.

to však není nedůležitá informace. Sociální pracovníci zřejmě souvislosti nacházeli, jak ukazují dále uvedené okolnosti umístění dětí do DÚ.

2.1.4 Rodinné kontakty

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem, že většina dětí ve všech zařízeních má potenciální možnost žít s rodiči, lépe řečeno alespoň s jedním z nich, bylo by možno předpokládat, že to bude v rámci společenské pomoci ohroženým dětem a rodinám využito. Kontakt mezi dítětem a rodičem by svým vlivem na obě strany vztahu měl při vhodné mediaci zvyšovat šanci návratu dítěte do prostředí, které bude pro něj bezpečné, podnětné a bude naplňovat jeho zájmy. Ve formálně úplné nebo funkční rodině se však mohou vyskytovat jevy nepříznivé pro vývoj nebo i zdraví a život dítěte. Podmínkou pro efektivní využití tohoto „nástroje“ působení na rodinu, tj. ožívování vztahů dítěte s rodinou, je proto spolupráce více subjektů - těch, které pracují s rodinou, a těch, které pracují s dítětem, a ideálně i těch, které pracují s oběma. Jak bude dále ukázáno, nenapomáhají tomu vždy ani četnost kontaktů s rodinou, ale asi ani náplň těchto kontaktů (vzhledem k tomu, že frekvence se zdá být často poměrně dostatečná). Tento druhý aspekt naše data ale neumožňují ověřit.

V **dětských domovech** mají nějaký **kontakt s rodinou** 4/5 dětí (připomeňme, že 99 % dětí mělo alespoň jednoho /známého/ žijícího rodiče, 87 % oba). Ve Zlínském kraji jsou to však jen 2/3. Převládají kontakty s matkou, a to u zhruba poloviny dětí. S otcem byla v kontaktu jen třetina dětí. Nebyla prokázána souvislost existence a četnosti kontaktů dítěte s rodinou se vzdáleností bydliště rodičů od ústavního zařízení, v němž je dítě umístěno.

Více než pětina dětí se stýká s rodinou jednou za měsíc, o něco menší podíl dětí má kontakt každý týden a stejný podíl jezdí domů pouze o prázdninách. Vzhledem k tomu, že jen 2 % dětí kontakt odmítají, lze předpokládat, že mnohé z ostatních dětí rodičovský zájem nebo možnost vidět rodiče postrádají. I ty, které „vidí“ rodiče častěji, nemusí být dostatečně spokojeny s formou a délkou. Jen 1 % dětí dostává dlouhodobé propustky (mimo prázdniny). Přitom zkušenosti s disciplínou návratů z návštěv v rodině jsou poměrně dobré - 96 % dětí se řádně vrací.

Kontakt s širší rodinou existuje u necelé poloviny dětí. Pokud ke kontaktům dochází, děje se tak většinou (cca 1/3 dětí) s prarodiči a podstatně méně s tetami a strýci a dalšími příbuznými.

Kontakt se sourozenci⁴⁹ nežijícími v ústavu má 19 % dětí v DD, přestože alespoň jednoho sourozence má 93 % dětí ve sledovaných zařízeních, pětina dokonce pět a více. Zhruba polovina dětí majících kontakty s některým ze sourozenců je současně (alespoň) s některým z nich umístěna do stejného zařízení.

57 % dětí má nějakého sourozence ve stejném zařízení. V 17 % případů jsou takto umístěni všichni sourozenci dítěte (a žádný není s rodiči ani v jiné instituci). Případy, kdy jsou všichni sourozenci umístěni v jiném ústavu než sledované dítě, jsou výjimečné (v souboru je to případ 4 dětí). Častěji to u vícedětných rodin bývá tak, že část sourozenců dítěte s ním sdílí pobyt v témž zařízení a část sourozenců je umístěna v jiném (5 %). Nejčastěji se stává, že z více sourozenců jsou někteří umístěni v pobytovém zařízení (nebo v různých zařízeních) a někteří zůstávají s rodiči. V DD je tomu tak u 38 % dětí. V 32 % případů mají děti žijící v DD sourozence, kteří (všichni)

⁴⁹ Sledovány jsou kontakty se sourodými nebo polorodými sourozenci do 18 let věku, příp. nezaopatřenými sourozenci do 26 let.

žijí s rodiči. Takové případy se vyskytují v menších i velkých rodinách (se dvěma až s devíti dětmi).

Ač jsou konkrétní formy rozdělení sourozeneckých skupin různé, celkově takové rozdělení zažívají zhruba 4/5 těch dětí, které tráví část života v DD. Jak lze vzhledem k praxi práce s dětmi v ústavech očekávat, takové rozdělování většinou eliminuje kontakty mezi sourozenci.

Kontakty s rodinou jsou podstatně méně četné u dětí v **kojeneckých ústavech** vzhledem k tomu, že jsou zde častěji děti odložené rodiči. I tyto děti však mají téměř vždy alespoň jednoho žijícího rodiče. Přesto žádný kontakt nemají téměř 2/5 dětí. S matkou je ve styku polovina dětí, s otcem o málo více než čtvrtina. Kontakty se sourozenci jsou zde problematické a také zcela výjimečné. Pokud jde o četnost setkávání s rodiči, děje se nejvíce v intervalech týdním, měsíčním a čtvrtletním, a to zhruba s obdobným zastoupením těchto alternativ, tedy vždy zhruba šestinu dětí takto někdo z rodičů navštěvuje (podíl počítán z celku vč. dětí nenavštěvovaných). Jen v ojedinělých případech jsou děti navštěvovány méně často (desetina) a zanedbatelné jsou případy, kdy děti dostávají dlouhodobější „propustky“. Žádné dítě neodmítá kontakty s rodiči.

Nejvíce ohrožuje existenci setkávání dítěte s rodiči, kromě stěžejní role faktu opuštění dítěte rodiči, jejich finanční problémy, u otce také nepříznivá sociální situace rodiny. Nevíme, co skrývají „jiné“ důvody přijetí dítěte do KÚ, nicméně v případě matky jejich existence „podporuje“ kontakty s dítětem, zatímco u otců je tomu naopak.

Všechny děti v **ZDVOP** mají (žijící) matku a u 85 % z nich to platí i pro otce. U 2/5 z nich rodiče žijí spolu, nicméně nejčastěji jsou tyto děti z neúplných rodin. Tomu odpovídají častější kontakty s matkou než s otcem. Pětina dětí se vídá s oběma rodiči. Šestina dětí (byť necelá), které rodiče nenavštěvují, je negativním ukazatelem působení těchto institucí vzhledem k jejich hlavnímu poslání (ale je třeba hodnotit zdrženlivě vzhledem k tomu, že analyzujeme soubor s pouhými 46 dětmi). U dětí v těchto zařízeních převládají nejčastější, tj. týdenní kontakty (u 2/5) a následují návštěvy s měsíční frekvencí (1/5).⁵⁰ Ačkoliv všechny děti mají sourozence, většinou s nimi nejsou v kontaktu. S prarodiči je v kontaktu pětina dětí.

Z hlediska vztahů mezi rodiči a dětmi je situace asi nejproblémovější v případě **domovů pro zdravotně postižené**. Přitom dále záleží na tom, z jakých důvodů bylo dítě do domova umístěno. Zhruba polovinu dětí rodiče nenavštěvují a i když nejvyšší je tento podíl logicky v případě opuštění rodiči (91 %), vysoký je i v případech sociálně slabé rodiny (přes polovinu žádný kontakt, u 1/4 dětí minimální setkávání pouze v ročních a delších intervalech). Děti umístěné do DOZP proto, že rodiče nezvládají péči o ně, jsou navštěvovány relativně více - 2/5 častěji než po půl roce, ale obdobný podíl není navštěvován vůbec. Negativní vliv na setkávání členů rodiny zde má i vzdálenost bydliště rodičů od zařízení.

Jako jinde i zde za dětmi docházejí především matky, o něco méně často oba rodiče. S dalšími příbuznými se vůbec nestýkají 3/4 dětí. Kontakty se sourozenci jsou jen ojedinělé.

Také ve **výchovných ústavech** jsou děti, s nimiž rodiče vůbec neudržují kontakty - 16 %. To platí především o dětech z údajně sociálně slabých rodin a tam, kde rodiče byli zbaveni rodičovských práv. Obdobně jako jinde jsou nejčastější setkávání s matkou (cca 50 %) nebo s oběma rodiči (25 %). Ve VÚ přispívá k omezeným kontaktům s rodinou vzdálenost jejího bydliště od zařízení, kde je umístěno dítě

⁵⁰ Bližší analýza by vzhledem k velikosti souboru nebyla spolehlivá.

(30 % dále než 100 km a o něco více dětí umístěno ve vzdálenosti 51-100 km), ale závislost není silná.⁵¹

V kontaktu se sourozenci je jen necelá desetina dětí ve VÚ, ačkoliv alespoň jednoho má 86 % z nich. V ojedinělých případech jsou ve VÚ umístěni dva sourozenci. O něco více dětí (8 %) má sourozence v jiných zařízeních, a to i větší počet. Stávající systém řešení problémů s chováním dětí a nezvládnutím výchovy se vážným způsobem promítá do narušení rodinných vztahů a rozdělování sourozeneckých skupin. Také s dalšími příbuznými, především prarodiči, se udržují nejčastěji kontakty s měsíční frekvencí, ale týká se to jen třetiny dětí ve VÚ.

Realizované kontakty s užší rodinou se odehrávají hlavně jednou měsíčně (třetina) či jednou týdně (pětina). Na delší dobu (o prázdninách nebo na propustku) se k rodině dostává jen zlomek dětí z VÚ. Tato možnost vytvoření báze pro opětovný návrat do rodiny je tedy velmi opomíjena, snad i pro vyšší náročnost na organizaci, a to právě u dětí umístovaných do VÚ. Nicméně případů útěků a neuskutečněných návratů z návštěv domova nebylo zjištěno až tak kritické množství - u 70 % dětí s kontakty s rodinou k nim vůbec nedošlo.

Děti ve dvou sledovaných **střediscích výchovné péče** měly kontakt s rodinou v podobné struktuře jako ve VÚ. Lepší byla jejich situace v tom, že tam, kde kontakty s rodiči existovaly, byly častější, převládala týdenní periodicita. Kontakty se širší rodinou byly narušeny⁵² ve více než polovině případů. Žádné z dětí ve SVP nemělo sourozence umístěné mimo rodinu.

Poměrně málo početná síť **diagnostických ústavů** (ve dvou ze sledovaných krajů neexistovaly a děti byly posílány do sousedních krajů) je jednou z příčin velké vzdálenosti těchto ústavů od bydliště rodičů dětí v nich umístěných. V kombinaci s tím, že v diagnostických ústavech jsou umístovány velmi často děti z obzvláště slabého rodinného prostředí a v rodinách bývají silně narušené vztahy rodičů s dětmi, přispívá velká vzdálenost k tomu, že děti z DU mají nejméně rozvinuté kontakty s užší i širší rodinou. Ani zde nebyla zjištěna přímá příčinná souvislost (zde možná vlivem malého zkoumaného souboru dětí i DU). Ohled na sourozenecké skupiny je zde minimální už vzhledem k důvodům a cílům umístování dětí do DU.

2.1.5 Práce s dětmi v pobytových zařízeních

Práce sociálního pracovníka

V **dětských domovech** je téměř samozřejmostí existence psaného plánu péče (98 % klientů), jehož součástí je i spolupráce se sociálním pracovníkem OSPOD. Ta však zřejmě bývá vykonávána do jisté míry formálně, především v tom smyslu, že nejčastější frekvence kontaktů odpovídá minimální zákonem o sociálně-právní ochraně dětí stanovené četnosti, tj. jednou za tři měsíce (88 %). Naproti tomu je pouze 1 % dětí navštěvováno sociálním pracovníkem méně než jednou za rok. Alarmující je fakt, že 8 % dětí nemá žádný kontakt, bylo by ovšem třeba se blíže podívat na jejich případy. Nejedná se však (jen) o děti, které nastoupily do zařízení nově, protože průměrná doba pobytu u dětí bez kontaktu se sociálním pracovníkem je 84 měsíce. Pozitivem naproti tomu je, že v naprosté většině případů dojíždějí sociální pracovníci za dětmi osobně (99 %).

⁵¹ Nebo ji nelze spolehlivě prokázat právě pro kumulaci respondentů v kategoriích dlouhých vzdáleností mezi zařízením a bydlištěm rodiny (nad 50 km je to 64 % dětí).

⁵² Za předpokladu, že tytéž děti, kdyby žily v rodině, setkávaly by se s příbuznými více.

Nebyly shledány rozdíly v četnosti nebo druhu⁵³ kontaktů podle kraje (jen nepatrně nižší je frekvence kontaktů ve Zlínském kraji). Nijak nejsou upřednostňovány či zanedbávány děti konkrétního etnika. Zohledněno není ani to, zda žijí (oba) rodiče, s výjimkou statisticky těžko prokazatelného (za daných četností) faktu, že „čtvrtletní režim návštěv“ je nejvíce dodržován u dětí ze sociálně slabých rodin, zejména pokud k tomu přispívá drogová závislost matek.

Obdobná situace - dodržování zákonné tříměsíční frekvence kontaktů sociálního pracovníka s dítětem - platí i v **kojeneckých ústavech** (90 % dětí je takto navštěvováno). Vždy se jedná o osobní návštěvu, ale v polovině případů údajně i o posílání dopisů (nebylo zjišťováno jakých co do formy a obsahu).

Také ve **výchovných ústavech** se „důsledně“ dodržuje tříměsíční frekvence návštěv sociálního pracovníka (94 % dětí). Jinou vyskytující se variantou jsou ještě delší intervaly mezi návštěvami. Při převládajících osobních návštěvách (98 %) se vyskytují i ústavy, kde jsou děti kontaktovány v nemalé míře telefonicky. Nižší periodičita návštěv a častější telefonické kontakty s dětmi se vyskytují ve Zlínském kraji.

Téměř polovina (z dvaceti) dětí ve dvou sledovaných **střediscích výchovné péče** nemá žádný kontakt se sociálním pracovníkem. Ostatní jsou s ním v kontaktu častěji, než ukládá zákonná norma, avšak převážně telefonicky.

Také tříčtvrtinová převaha čtvrtletních kontaktů se sociálním pracovníkem u dětí v **ZDVOP**, kde mají pobývat pouze krátce, spolu s téměř čtvrtinovým zastoupením návštěv s ještě sporadičtější periodicitou, nesvědčí o intenzivní práci s těmito dětmi (ostatní děti nebyly kontaktovány vůbec).

Vzhledem k tomu, co bylo výše uvedeno o jakési osudovosti umístění do pobytových zařízení v případě dětí (těžce) zdravotně postižených, je zvláště zajímavé znát u nich, jak jsou kontaktovány sociálním pracovníkem. I v **DOZP** polovina dětí s ním nemá žádné spojení, čtvrtina v půlroční periodicitě a za další čtvrtinou klientů dochází pracovník čtvrtletně. Při vědomí zjištěného obdobně malého zájmu ze strany rodin je zřejmé, že se jedná o velmi sociálně izolované a na ústavní péči odkázané jedince, navíc s velmi dlouhodobou až celoživotní perspektivou. Na druhou stranu je třeba připustit, že alternativní péče v jejich případech je velice personálně a jinak náročná.

Práce pracovníků zařízení

Data SFA neumožňují hodnotit kvalitu práce pracovníků zařízení po neformální stránce - k tomu viz poznatky získané formou pozorování v kapitole 3. Data SFA však zahrnují některé „formální“ ukazatele, z nichž lze vyčíst nedostatečně systematickou práci pracovníků v zařízeních po tom, co je v nich dítě umístěno. Nemáme však žádné informace např. o tom, zda a jak pracovník spolupracuje s rodinami dětí se záměrem vytvářet podmínky pro návrat dítěte zpět do rodiny. Výše uvedené kontakty s rodinou závisejí na podpoře pracovníků institucí zřejmě jen z části a hlavní roli tu bude hrát otevřenost zařízení rodičům, jak je zmíněna blíže v kapitole 3 části II.

⁵³ U četnosti kontaktu je to způsobeno už samotnou velkou převahou tříměsíčních intervalů kontaktů, u druhu kontaktu je to obdobně dáno absolutní převahou osobních návštěv.

Hlavním ukazatelem přístupu pracovníků zařízení je v SFA analýze počet a frekvence revizí případů umístěných dětí. Zásadní rozdíly mezi kraji,⁵⁴ které byly sledovány v DD a VÚ (tj. v zařízeních s nejvyšším počtem dětí), ukazují, že praxe jednotlivých zařízení se může lišit i v kontextu krajového systému organizace a řízení SPOD.

Souvislost četnosti prováděných revizí s délkou pobytu dítěte v DD není zřejmá vzhledem k převaze tříměsíčních lhůt (revize případu byla provedena naposledy v posledních třech měsících). Její absenci v případě zatím krátkodobých pobytů jednotlivých dětí nelze touto krátkodobostí vysvětlit, protože např. děti, u nichž ještě nebyla provedena žádná revize, jsou v DD v průměru 2,5 roku. Jinými slovy to znamená, že i u dětí dlouhodobě umístěných v zařízení bývají revize případů opomíjeny.

Další dílčí informace o práci pracovníků v pobytových zařízeních máme z dalších nástrojů projektu použitých v zařízeních paralelně s SFA analýzou. Mimo jiné z nich bylo zjištěno, že jen něco málo přes polovinu zařízení má písemně stanoveny standardy péče o klienty. Přesně v polovině institucí existuje etický kodex chování pro všechny zaměstnance.

Psané standardy péče v instituci existují ve většině zařízení ve Zlínském i Olomouckém kraji (jedno zařízení neodpovědělo), v Karlovarském kraji jsou standardy využívány v polovině zařízení. Etický kodex chování závazný pro všechny zaměstnance mají dvě třetiny institucí ve Zlínském kraji, polovina v kraji Olomouckém a pouhá čtvrtina v kraji Karlovarském.

Tabulka č. 4 **Standardy péče a etický kodex v zařízeních**

	Zlín	Olomouc	Karlovy Vary
Existují psané standardy péče v instituci?	9	11	4
Existuje etický kodex chování pro všechny zaměstnance?	10	8	2
<i>počet zařízení v kraji, kde zodpověděli otázku</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>8</i>

2.1.6 Úroveň odbornosti a zvyšování kvalifikace zaměstnanců pobytových institucí

Osoby zaměstnané v různých typech pobytových institucí jednotlivých krajů mají celou škálu vzdělanostních úrovní - od základního vzdělání až po vysokoškolské. Vedoucí pracovníci a manažeři - tj. ředitel, zástupce ředitele, vedoucí týmu - dosahují, až na ojedinělé případy, požadovaného vysokoškolského vzdělání, a to buď bakalářského nebo magisterského typu. Zaměstnanci na těchto úrovních bez potřebné kvalifikace se prakticky nevyskytují.

Stejně tak zdravotnický personál - tj. lékaři, zdravotní sestry a pomocný zdravotnický personál disponuje potřebným odborným vzděláním, v případě lékařů vysokoškolského typu, v případě ostatních profesí středoškolského typu, bez kterého v zásadě nelze zdravotnickou péči poskytovat. Odlišná je situace u pracovníků na pozicích učitelů/pedagogů. Podíly pracovníků, kteří nedosahují vyhovující kvalifikace, se pohybují zhruba kolem 10 % v průměru za sledované kraje. Výsledky jsou však značně regionálně diferencované (např. Zlínský kraj 18,6 %, Karlovarský kraj 6,3 % a

⁵⁴ Někde jsou revize prováděny důsledně každé tři měsíce ve všech zařízeních, jinde jsou ve většině zařízení prováděny spíše náhodně.

Olomoucký kraj nevykazující žádné pracovníky, kteří by neměli potřebnou minimální kvalifikaci pro výkon profese učitele/pedagoga). U skupiny pomocní/noční vychovatelé je situace obdobná. Jejich počet je o něco málo vyšší než u skupiny učitelé/pedagogové, ale podíl těchto zaměstnanců, kteří nemají vyhovující kvalifikaci, je též v průměru 10 % (Karlovarský kraj 23,7 %, Olomoucký 6,5 %, Zlínský 2,2 %).

Z počtu fyzických osob zaměstnaných v daných zařízeních a přepočtu jejich úvazků je zřejmé, že většina zaměstnanců je zaměstnána na plný úvazek, částečné pracovní úvazky či jiné úpravy pracovní doby (sdílení pracovního místa aj.) se projevují minimálně (jedinou výjimkou je zdravotnický personál, kde se projevuje poměrně vysoký objem přesčasové práce). V tomto typu zařízení můžeme tento jev považovat za příznivý, neb jedním z cílů těchto zařízení bývá, aby o děti pečoval stabilní, příliš se personálně neměnicí okruh zaměstnanců/pečovatelů.

Z údajů nevyplývá, resp. není zaznamenána existence, příp. charakter dobrovolnické práce v péči o děti.

Na kvalifikovanosti personálu do značné míry závisí kvalita poskytovaných služeb, přičemž v zařízeních pečujících o děti ohrožené či mající různé problémy jsou vysoké nároky na stálé zvyšování a zdokonalování specifické kvalifikace a schopností pečujícího i dalšího personálu. Systém zvyšování odbornosti nemají zavedena pouze dvě zařízení v Olomouckém kraji a dvě v Karlovarském.

V těch zařízeních, která uvedla, že mají zavedený systém zvyšování odbornosti personálu (tabulka č. 5), je nejvíce rozšířeno zvyšování odbornosti školeními a ročním vyhodnocováním pracovních výsledků (existuje téměř ve všech analyzovaných zařízeních). Pravidelná supervize byla uváděna u zhruba tří pětin zařízení. Zvyšování odbornosti v rámci disciplinárního řízení je využíváno v necelé polovině případů ve Zlínském kraji, v krajích Olomouckém a Karlovarském se s ním prakticky nesetkáme (v každém kraji byla zaznamenána kladná odpověď pouze u jednoho zařízení). Změny ve výše uvedených oblastech jsou plánovány zhruba ve čtvrtině zařízení v Olomouckém a ve Zlínském kraji a téměř ve všech institucích v kraji Karlovarském. Nejčastěji (v šesti případech) se jedná o zavedení pravidelné supervize. V dalších jednotlivých případech jsou plánovány změny v systému hodnocení - formou SWOT analýzy pracovníka (sebehodnocení a hodnocení vedoucího pracovníka), dalším výchovným vzděláváním pracovníků či dohodách o zvyšování kvalifikace studiem.

Tabulka č. 5 **Systém zvyšování odbornosti personálu v zařízeních** (absolutní počty zařízení, v nichž je danou formou zvyšována odbornost pracovníků)

způsob zvyšování odbornosti	Zlín	Olomouc	Karlovy Vary
pravidelná supervize	8	9	3
roční vyhodnocení pracovních výsledků	13	14	5
zvyšování odbornosti zaměstnanců školeními	15	14	5
disciplinární řízení	7	1	1
<i>počet zařízení v kraji, kde zodpověděli otázku</i>	<i>15</i>	<i>14</i>	<i>6</i>

Všichni zaměstnanci ve všech sledovaných pobytových institucích, musejí absolvovat vstupní školení. Liší se však obsah těchto školení, jak ukazuje tabulka č. 6. Vždy je povinné školení o bezpečnosti a ochraně zdraví a vstupní instruktáž při nástupu do zařízení, v téměř všech zařízeních (až na jedno) též poučení o ochraně osobních údajů a diskrétnosti při práci. Většina institucí má do vstupního školení

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

zařazeny rovněž základy první pomoci, nácvik reakcí na chování dětí a poučení o ochraně dětí (postupy k zabránění, zjištění a řešení zneužívání a zanedbávání dětí).

Tabulka č. 6 **Obsah vstupních školení zaměstnanců v zařízeních - počet zařízení, kde jsou poskytována školení s danou tematikou**

obsah vstupních školení	Zlín	Olomouc	Karlovy Vary
základní vstupní instruktáž při nástupu do zařízení	15	16	8
etický kodex	10	8	5
standardy práce	9	11	4
bezpečnost a ochrana zdraví	15	16	8
základy první pomoci	14	13	7
ochrana dětí (postupy k zabránění, zjištění a řešení zneužívání a zanedbávání dětí)	11	12	7
ochrana osobních údajů a diskrétnost	15	15	8
reakce na chování dětí	15	13	5
<i>počet zařízení v kraji, kde zodpověděli otázku</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>8</i>

Z hlediska žádoucího vzdělání, resp. kvalifikace odborných zaměstnanců jsou na tom sledovaná zařízení poměrně dobře. Žadoucí vzdělání prakticky nechybí (tzn. nechybí vůbec či chybí jen částečně) v oblastech odborných znalostí z psychologie, pedagogiky, sociální práce apod., komunikace s klienty a v oblasti práce se zdravotně či mentálně postiženými dětmi. Časté odpovědi „částečně“ lze přisuzovat tomu, že je vždy možnost se dále vzdělávat a že se stále objevují nové a nové poznatky, které je třeba převádět do praxe, zvláště v takové oblasti, jako je náročná práce s dětmi, případně že odborné znalosti postrádají jen někteří ze zaměstnanců. Naopak, nejčastěji chybí zaměstnancům ve Zlínském a Olomouckém kraji přístupy a zkušenosti ze zahraničí a jazykové znalosti, v Karlovarském kraji chybí v polovině zařízení zaměstnancům odborné znalosti z oblasti etopedie.

Tabulka č. 7 **Chybějící vzdělání u (některých) odborných zaměstnanců v zařízeních**

oblasti vzdělání	Zlín			Olomouc			Karlovy Vary		
	ano	částečně	ne	ano	částečně	ne	ano	částečně	ne
základní odborné znalosti (z psychologie, pedagogiky, sociální práce apod.)	1	8	5	1	9	4	2	3	3
specifické odborné znalosti - komunikace s klienty	2	7	6	1	6	7	1	3	3
specifické odborné znalosti - etopedie	1	9	5	0	7	7	4	3	1
specifické odborné znalosti - práce se zdravotně či mentálně postiženými dětmi	2	10	2	1	6	7	1	2	4
specifické odborné znalosti - etika práce s dětmi a rodinami	4	7	4	2	7	5	1	3	4
specifické odborné znalosti - jazykové	7	4	3	4	4	6	1	5	2
přístupy a zkušenosti ze zahraničí	8	6	1	8	1	5	1	3	4

Z chybějících znalostí nejmenovaných v tabulce č. 7, byly v jednotlivých případech zmiňovány další, a to následující: terapeutické techniky, diagnostické nástroje pro poruchy chování, psychopedie, somatopedie, etika v každodenní práci pedagoga, speciální pedagogika, prohloubení znalostí právních předpisů, sociálně-

právní ochrana dětí - znalost zákona a jeho aplikace v praxi, práce s rodinou, náprava specifických poruch učení.

Na otázku, zda jsou zaměstnanci spokojeni se stávajícím systémem dalšího vzdělávání, odpověděla drtivá většina jejich vedoucích (27) „spíše/většina ano“, 8 respondentů uvedlo odpověď „rozhodně ano“ a jen 3 dotazovaní odpověděli záporně.

Podle názoru zástupců 17 pobytových institucí v daných krajích by se mělo změnit celoživotní vzdělávání osob pracujících s ohroženými dětmi a rodinami. Jmenovány byly následující návrhy změn a postřehy z oblasti vzdělávání: *zavést pravidelné vzdělávací programy, dlouhodobé výcviky v komunikaci, zvládání konfliktů, afektivního chování, metod práce se zdravotně postiženými, sebezkušenostní výcviky; propojit poznatky a informace všech institucí pracujících s ohroženými dětmi a zavést semináře reagující na legislativní změny. Naprosto chybí aktivní modely mezioborové spolupráce a společného vzdělávání směřujícího k jednotnému cíli - sanaci rodiny. V oblasti péče o ohrožené děti a jejich rodiny chybí systematické vzdělávání již na úrovni diagnostiky způsobu a rozsahu ohrožení dětí a rodin. Nejsou zpracované metodiky práce s ohroženými dětmi a rodinami, které by sjednocovaly a zpřehledňovaly doporučené formy a postupy. Nepočítá se s velmi rozdílnými modely péče a přístupu k ohroženým dětem a rodinám, které jsou uplatňovány nejen na úrovni jednotlivých rezortů, ale i jednotlivých odborností. Inspirace by mohla vycházet z pravidelného neformálního setkávání zástupců jednotlivých odborností např. v nějaké skupině, která má charakter psychosociálního terapeutického výcviku. Předpokládáme-li alespoň to základní, tzn., že pečující osoby mají kvalitní znalosti, pak jim naprosto chybí variabilita na úrovni postojů k dané problematice a schopnost akceptace rozdílných přístupů a jejich tvořivé přizpůsobování ve prospěch klientů, uživatelů, pacientů. Bylo by vhodné zavést systematicky propracované rozšiřující vzdělávání v oblasti pedií, terapií a komunikací a praxi pod vedením zkušeného pracovníka. Pracovníkům chybí znalosti právních předpisů a mnohdy i praktické dovednosti v péči o děti. Není sladěna teorie s praxí.*

2.1.7 Základní informace o budovách pobytových institucí

Vlastníkem budov zařízení jsou ve většině případů kraje, přičemž v každém kraji patří několik budov státu (MŠMT či MPSV). Z dalších jednotlivých vlastníků můžeme jmenovat: Fond ohrožených dětí, příspěvkové organizace města, oblastní charitu a samotné zařízení. Prostředky na provoz budov pobytových zařízení poskytují převážně jejich výše zmínění vlastníci a zřizovatelé zařízení. Vzhledem k tomu, že zdroje bývají kombinovány, lze říci, že zhruba v polovině případů jdou finance z krajů a z poloviny od státu prostřednictvím příslušných ministerstev (MŠMT, MPSV). V ojedinělých případech, hlavně když budovy patřily jiným vlastníkům, než je stát či kraje, byly uvedeny vlastní zdroje, veřejná sbírka a sponzoři (FOD) či financování z řad klientů (DOZP).

Náklady na samotný provoz a opravy budov se pohybují od několika desítek do stovek tisíc korun ročně. Tyto vysoké částky mohou být dány i stářím samotných budov, kdy jich většina ve všech krajích pochází ze začátku minulého století, jen jednotlivé budovy jsou mladší 50 let. Vložené investice do budov sledovaných zařízení za posledních pět let přesáhly v celkovém průměru 13 milionů Kč na budovu. Nejméně to bylo v kraji Karlovy Vary, zhruba 4 mil. Kč v průměru na budovu a nejvíce pak v kraji Zlínském, kde částka překročila 23 mil. Kč v průměru na budovu. Také investice, stejně jako provoz zařízení, byly financovány převážně z veřejných rozpočtů a jen v ojedinělých případech ze zdrojů jiných (vlastní zdroje, sponzoři). Dalším sledovaným ukazatelem investiční náročnosti byly plánované investice do budov

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

na následujících pět let. Nejméně jich plánují (zřejmě i vzhledem k vysokému objemu investic realizovaných již v minulých letech) v kraji Zlínském (cca v třetině zařízení), nejvíce v kraji Olomouckém (3/5 ze všech zařízení). Tyto výdaje jsou plánovány většinou z důvodu rekonstrukce či napravení špatného stavu budov či jiného zařízení (výměna oken, odvlhčení, oprava střechy, přístavba). Za všechny tři kraje jen 5 zařízení uvedlo, že nemají prostředky na údržbu a opravu budov (4 zařízení neposkytla informace).

Vzhledem k poměrně vysokým investicím je třeba se blíže podívat jak se odrážejí ve stavu a vybavení budov pobytových zařízení pro děti. Technický stav budov byl dotázanými posuzován buď jako dobrý, přijatelný nebo špatný. Dvě třetiny budov ve Zlínském kraji jsou v dobrém stavu a zbytek je přijatelný. V Karlovarském kraji posoudili stav budov ve 2/5 případů jako dobrý, jedna budova ve špatném a zbytek přijatelný. V Olomouckém kraji byl stav budov zhruba ze 2/3 přijatelný a zbytek dobrý. S jednou výjimkou mají všechny budovy centrální vytápění. Téměř polovina ze všech budov je přístupná bezbariérově, zejména jsou to však domovy pro zdravotně postižené. Nejvíce jich má kraj Zlínský, nejméně Karlovarský, kde jsou bezbariérovým přístupem vybaveny necelé dvě pětiny budov.

Pro provoz zařízení a komfort ubytovaných dětí, jejich kontakt s rodinou a možnost využívání různých služeb je stěžejní záležitostí umístění a dostupnost pobytových zařízení (dostupnost pro návštěvy rodičů i např. sociálních pracovníků OSPOD). Proto byla sledována jejich vzdálenost jak od veřejné dopravy, tak od center společenského života, a tedy od institucí důležitých pro život dětí různého věku.

Ve všech krajích jsou sledovaná pobytová zařízení umístěna nejčastěji ve městech. Ze všech zařízení Zlínského i Olomouckého kraje jich je umístěno ve městech 10 v každém kraji (cca 2/5). V Karlovarském kraji je to 7 městských a jedno zařízení na vesnici. Na venkově umístěná zařízení jsou od nejbližších měst vzdálená v průměru 9 km. Nejbliže mají k městům v kraji Karlovarském a nejdále v kraji Zlínském. Rozlišování vesnic a měst mělo zásadní význam pro přístup k základním službám. Jako základní služby zde byly vybrány mateřské školy, základní školy (dále rozděleny na 1. a 2. stupeň), praktický lékař, nemocnice, autobusové a vlakové zastávky. Mateřské školy byly prakticky u všech městských zařízení, která měla děti předškolního věku, velmi dobře dostupné. Horší situace byla u některých „vesnických“ zařízení, kde vzdálenost k nejbližší mateřské škole byla několik kilometrů. Obdobná situace byla i u základních škol. Dostupnost autobusové či vlakové dopravy byla téměř u všech sledovaných zařízení na dobré úrovni. Souhrnně nám přehled o dostupnosti za jednotlivé kraje dává následující tabulka:

Tabulka č. 8 **Dostupnost základních služeb u sledovaných zařízení v krajích***

	Zlín	Olomouc	Karlovy Vary	celkem
velmi dobrá	5	5	2	12
středně dobrá	7	9	5	21
komplikovaná	4	2	1	7

Pozn.: absolutní četnosti institucí, které uvedly vzdálenost jednotlivých zařízení od základních služeb

*Dostupnost byla vyhodnocena pomocí indikátoru, který vznikl z hodnocení vzdálenosti vybraných školských a zdravotnických zařízení a vzdálenosti veřejné dopravy (vždy s ohledem na specifika daných objektů). Na částečně intuitivním základě byla vyhodnocena celková dostupnost zmíněných základních služeb pomocí uvedené třístupňové škály.

Dostupnost byla zjednodušeně zkoumána dle vzdálenosti pěší chůze do škol a k dopravě a dojezdové vzdálenosti k lékaři a do nemocnice. Ve městech byla situace dobrá či středně dobrá, u vesnic středně dobrá až špatná. Kraj Zlín má souhrnně nejméně vhodně umístěná sledovaná zařízení a Karlovy Vary nejlépe.

U zařízení pro děti mezi 7 a 18 lety (dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, domov pro osoby se zdravotním postižením) byla sledována existence nadstandardního vybavení prostřednictvím dotazů na startovací byty, chráněné bydlení či další formy. Taková vybavenost byla ve všech krajích ve sledovaných zařízeních spíše sporadická. Startovací byty a chráněné bydlení měla zhruba dvě zařízení za kraj. Častěji byl deklarován blíže nespecifikovaný nadstandard, který uváděla třetina ze všech institucí. Nejčastěji byly jako nadstandardní vybavení zmiňovány tělocvična, venkovní hřiště a běžecká dráha, méně pak dílny, keramická dílna, místnost s PC a internetem a bazén.

2.2 Dětské domovy

2.2.1 Děti pobývající v zařízeních

Analýza kvantitativních dat z pobytových zařízení byla provedena na základě poskytnutých dat od tří krajů, a to Zlínského, Olomouckého a Karlovarského. V této části analýzy jsme se zaměřili na dětské domovy (dále též DD). Děti v dětských domovech tvoří největší podíl dětí umístěných v institucionálních zařízeních, proto i jejich soubory, získané v našem výzkumu, jsou nejpočetnější. Věnujeme jim proto detailnější pozornost než dětem v dalších zařízeních, mj. z hlediska rozdílů mezi sledovanými kraji.

V Karlovarském kraji byly celkem prošetřeny tři dětské domovy, jejichž celková kapacita byla 96 klientů a aktuální počet klientů činil 78. V Olomouckém kraji bylo prošetřeno sedm dětských domovů s kapacitou 178 klientů a aktuálním počtem klientů 154 a ve Zlínském kraji se jednalo celkem o šest dětských domovů s kapacitou 158 klientů a aktuálním počtem klientů 143 (tabulka č. 1). Z každého dětského domova byly získány dva datové soubory, které budou v následujícím textu analyzovány odděleně - o dětech pobývajících v zařízení a o dětech, které odešly ze zařízení v poslední době.

Tabulka č. 1 **Počet dětských domovů, jejich kapacita a aktuální počet klientů v Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji**

kraj	počet DD	kapacita	aktuální počet klientů	z toho podíl	
				chlapců	dívek
Karlovarský	3	96	78	45	55
Olomoucký	7	178	154	51	49
Zlínský	6	158	143	52	48

Demografické údaje

V celém analyzovaném souboru klientů dětských domovů byli chlapci a dívky zastoupeni rovnoměrně. V Olomouckém a Zlínském kraji (tabulka č. 1) však spíše převažovali chlapci (Olomoucký kraj 51 % ; Zlínský kraj 52 %) a v Karlovarském kraji naopak dívky (55 %).

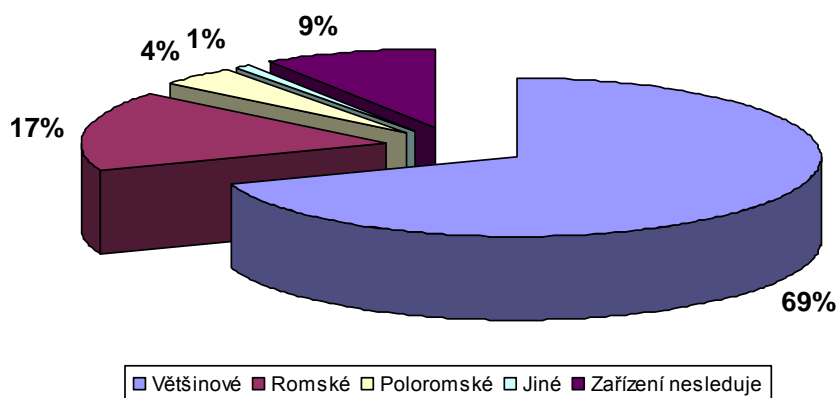
Z hlediska národnosti byli téměř všichni klienti české národnosti (98 %), pouhá 2 % byla národnosti slovenské. V členění podle jednotlivých krajů (tabulka č. 2) nebyly shledány významné rozdíly. Slovenská národnost se ve 3-4 % případů objevila v Karlovarském a Zlínském kraji, vietnamská národnost pouze v Olomouckém kraji (1 % případů) a jiná národnost byla zaznamenána ve Zlínském kraji (rovněž 1 % případů).

Tabulka č. 2 **Rozložení klientů v dětských domovech podle národnosti a krajů (%)**

kraj	česká	slovenská	vietnamská	jiná
Karlovarský	96	4	0	0
Olomoucký	99	0	1	0
Zlínský	97	3	0	1

Co se týká etnického původu, u více než dvou třetin klientů (69 %) bylo zaznamenáno většinové etnikum (graf č. 1). U méně než jedné pětiny se jednalo o romské etnikum (17 %) a u téměř jedné desetiny (9 %) klientů ho dětské domovy nesledovaly. Zbývající klienti byli přiřazeni k poloromskému (4 %) či jinému etniku (1 %).

V Olomouckém a Zlínském kraji byla převážná většina klientů většinového etnika (Olomoucký 75 %, Zlínský 81 % klientů). Pouze v Karlovarském kraji u téměř poloviny klientů etnikum nesledovali (44 %). Romské etnikum tvořilo v Karlovarském kraji 17 %, Olomouckém 22 % a Zlínském kraji přesně jednu desetinu (10 %).

Graf č. 1 **Podíl klientů na celkovém počtu klientů v dětských domovech podle etnika (%)**Tabulka č. 3 **Podíl klientů v dětských domovech v souvislosti s etnickým původem v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**

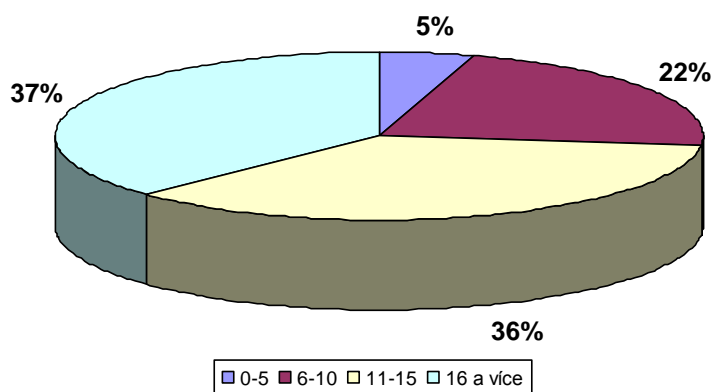
kraj	většinové	romské	poloromské	jiné	zařízení nesleduje
Karlovarský	37%	17%	1%	1%	44%
Olomoucký	75%	22%	3%	1%	0%
Zlínský	81%	10%	8%	1%	0%

Průměrný věk klientů v dětských domovech byl 13,4 let, modus věku činil 16 let a medián 14 let. Po utřídění hodnot do jednotlivých věkových skupin (graf č. 2) byli v dětských domovech nejčastěji zastoupeni klienti starší 16 let (37 %) a klienti ve věku 11 až 15 let, jejichž podíl na celkovém počtu klientů tvořil více než jednu třetinu

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

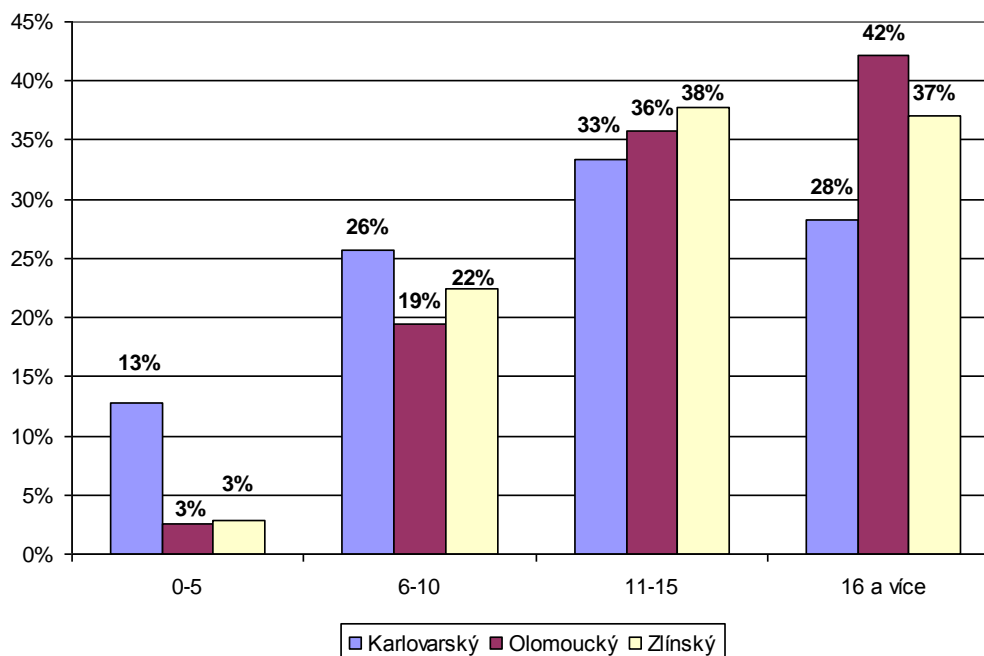
(36 %). Více než jednu pětinu (22 %) tvořili klienti ve věku 6 až 10 let a zbývajícím klientům bylo méně než 5 let (5 %).

Graf č. 2 **Věkové rozložení klientů v dětských domovech (%)**



V jednotlivých krajích pak byla situace následující (graf č. 3): průměrný věk klientů dětských domovů v Karlovarském kraji činil 12 let a medián 14 let. Karlovarský kraj se od ostatních krajů lišil v tom, že více než desetina klientů (13 %) nebyla starší 5 let. V Olomouckém a Zlínském kraji totiž podíl klientů ve věku 0 až 5 let činil cca 3 %. V Olomouckém kraji se pohyboval průměrný věk klientů ve výši 14 let a medián ve výši 15 let. Z hlediska rozložení věkových skupin pak byl nejčastějším věkovým interval nad 16 let (42 % klientů). Podobně jako v Karlovarském kraji, tak i ve Zlínském byl medián věku 14 let (průměrný věk 13,5 let) a nejčastěji se věk klientů pohyboval v intervalu 11 až 15 let (38 %).

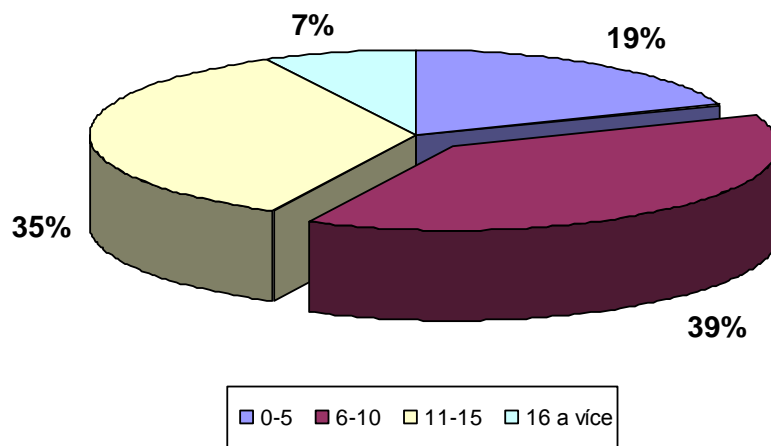
Graf č. 3 **Věkové rozložení klientů dětských domovů v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**



Do dětských domovů přicházeli klienti nejčastěji ve věku 6 až 10 let (39 %). Více než třetina dětí (35 %) přicházela ve věku 11 až 15 let a téměř jedna pětina (19 %) ve věku do 5 let (graf č. 4). Zbývající klienti byli při příchodu starší 16 let (7 %).

V Karlovarském kraji byl nejčastějším věkem při příchodu do zařízení věk 14 let. Medián věku činil 10,5 let a průměrný věk 9,7 let (tabulka č. 4). Z hlediska věkového rozložení pak bylo při příchodu nejvíce klientů ve věku 11 až 15 let (44 %) (graf č. 5). V Olomouckém kraji se pak stal nejčastějším věk 12 let, medián činil 8 let a průměrný věk 10 let. Věkové rozložení bylo trochu jiné, ale opět byla nejčetnější věková kategorie 11 až 15 let (40 %). Oproti ostatním krajům dosahoval Zlínský kraj jak nejnižšího modu věku (7 let), mediánu (8 let), tak i průměrného věku (8,9 let). Jen jedna čtvrtina dětí byla ve věku 11 až 15 let a téměř polovina (48 %) ve věku 6 až 10 let.

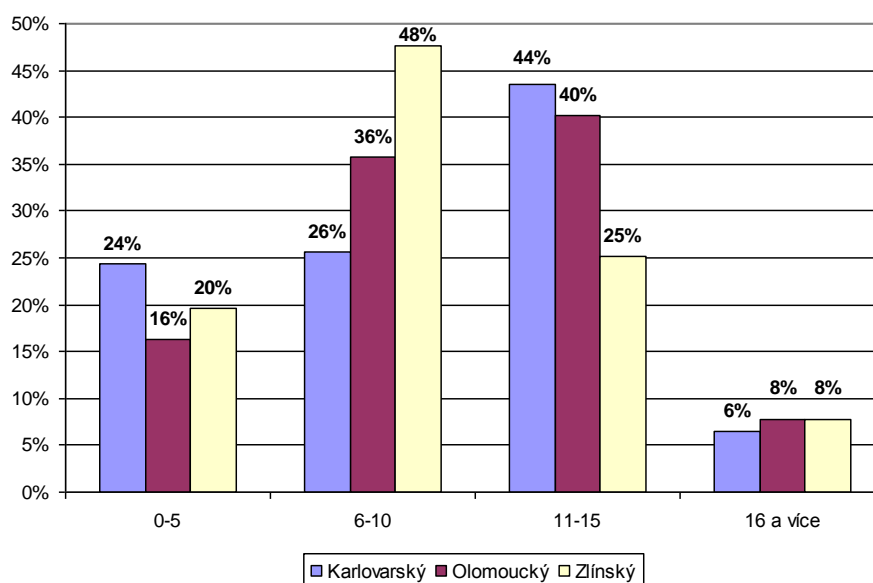
Graf č. 4 **Věkové rozložení klientů při příchodu do dětských domovů (%)**



Tabulka č. 4 **Modus, medián věku a průměrný věk u klientů při příchodu do dětských domovů v jednotlivých krajích**

kraj	modus	medián	průměr
Karlovarský	14	10,5	9,7
Olomoucký	12	10	10
Zlínský	7	8	8,9

Graf č. 5 **Věkové rozložení klientů při příchodu do dětských domovů v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**

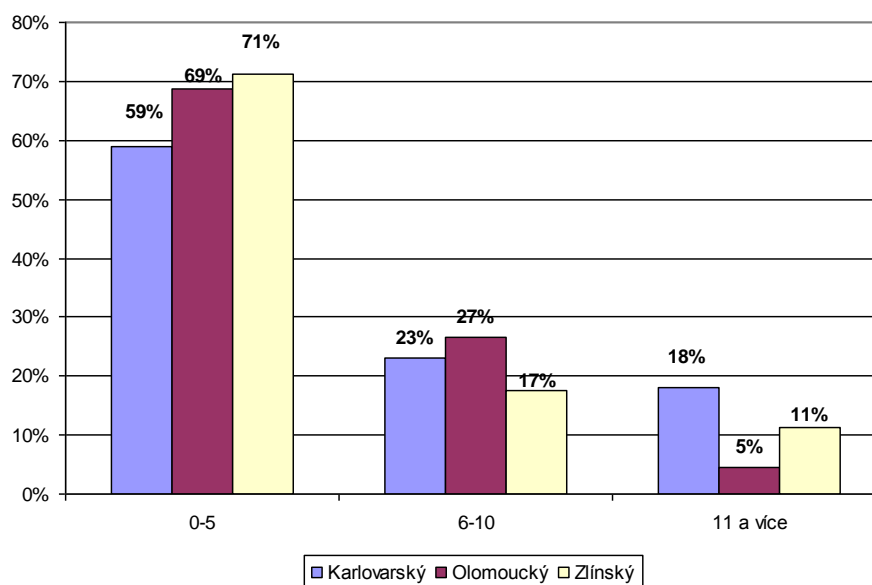


Průměrná délka pobytu v dětských domovech byla 50 měsíců, přičemž medián činil 35 měsíců a modus 1 měsíc. Nadpoloviční většina klientů (68 %) pobývala v instituci do 5 let, více než pětina klientů v rozmezí 6 až 10 let (22 %) a jedna desetina klientů byla v dětském domově více než 11 let.

V Karlovarském kraji byla průměrná délka pobytu 57,6 měsíců a medián 39 měsíců, v Olomouckém kraji průměr činil 45,6 měsíců a medián 33 měsíců a ve Zlínském kraji byla průměrná délka pobytu ve výši 50,2 měsíců a medián ve výši 39 měsíců.

Zjištěné údaje o délce pobytu v měsících v jednotlivých krajích jsme převedli na délku pobytu v letech, z nichž jsme utvořili následující intervaly - 0 až 5 let, 6 až 10 let a nad 11 let. V Karlovarském kraji tak tvořili nadpoloviční většinu klienti, kteří v zařízení pobývali do pěti let (59 %) - stejně tak jako v Olomouckém (69 % klientů) a Zlínském kraji (71 % klientů). Podíly ostatních skupin jsou zobrazeny na grafu č. 6. Lze si povšimnout, že v Olomouckém kraji je oproti ostatním krajům nejméně klientů, kteří pobývají v dětském domově déle než 11 let.

Graf č. 6 **Délka pobytu (roky) klientů dětských domovů v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**



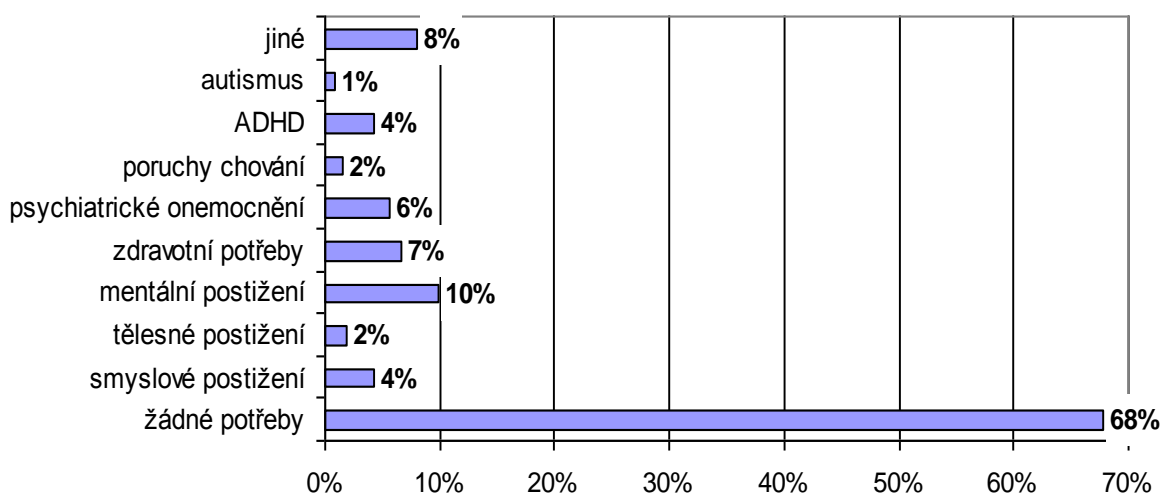
Délka pobytu nesouvisí s pohlavím a ani se speciálními potřebami klienta. Provedená analýza závislosti, prostřednictvím analýzy rozptylu⁵⁵, však na 5% hladině významnosti ukázala, že mezi délkou pobytu a etnikem souvislost existuje, nicméně je velmi slabá.

⁵⁵ Metoda vychází z rozkladu rozptylu (součtu čtvercových odchylek) na vnitroskupinovou a meziskupinovou variabilitu. Při hodnotách testového kritéria F, které překročí příslušný kvantil rozdělení F, zamítáme hypotézu o tom, že ve všech skupinách je stejný průměr (jelikož podíl meziskupinové variability je příliš velký), tzn. že mezi sledovanými proměnnými existuje vztah.

Zdravotní stav

Většina klientů dětských domovů neměla žádné speciální potřeby (68 %). Z jednotlivých potřeb pak bylo nejčastěji uváděno mentální postižení, a to v jedné desetíně případů. Dále se jednalo o zdravotní potřeby (7 %), psychiatrické onemocnění (6 %), ADHD (4 %), smyslové postižení (4 %), poruchy chování (2 %), tělesné postižení (2 %) a autismus (1 %). Položka „jiné“ byla označena v 8 % případů (graf č. 7).

Graf č. 7 **Speciální potřeby (100 % = celkový počet klientů v dětských domovech; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



V dětských domovech v Karlovarském kraji byla bez speciálních potřeb více než polovina klientů (56 %). Více než desetina klientů (13 %) měla mentální postižení, 12 % klientů psychiatrické onemocnění, 10 % klientů ADHD, 4 % klientů smyslové postižení a 1 % klientů tělesné postižení a poruchy chování. Méně než v jedné desetíně případů (9 %) pak byla označena položka „jiné“.

V případě Olomouckého kraje byly bez speciálních potřeb dvě třetiny klientů (67 %). Ostatní uvedené speciální potřeby nepřesáhly hranici 10 %. Jednalo se o mentální postižení (9 %), smyslové postižení (8 %), zdravotní potřeby (5 %), psychiatrické onemocnění (4 %), ADHD (4 %), poruchy chování (3 %) a autismus (2 %).

Podobně byl na tom i Zlínský kraj, v jehož případě nemělo speciální potřeby 62 % klientů. Ostatní typy potřeb rovněž nepřesáhly 10 % případů (viz tabulka č. 5).

Tabulka č. 5 **Speciální potřeby klientů v dětských domovech (100 % = celkový počet klientů v dětských domovech v daném kraji; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**

speciální potřeby	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
žádné potřeby	56%	67%	62%
smyslové postižení	4%	0%	1%
tělesné postižení	1%	8%	3%
mentální postižení	13%	9%	8%
zdravotní potřeby	8%	5%	6%
psychiatrické onemocnění	12%	4%	3%
poruchy chování	1%	3%	0%
ADHD	10%	4%	2%
autismus	0%	2%	0%
jiné	9%	9%	5%

Po přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálním pojištění, se sleduje stupeň postižení v souvislosti s příspěvkem na péči, který je rozdělen celkem do čtyř stupňů. V Karlovarském kraji nemají žádného klienta, který by pobíral příspěvek na péči. V Olomouckém kraji pak pobírá příspěvek na péči IV. stupně jeden klient a ve Zlínském kraji jeden klient pobírá příspěvek na péči III. stupně.

Medikace nebyla naprosté většině klientů (84 %) dětských domovů podávána. V 8 % případů se jednalo o pravidelnou medikaci (např. astma, alergie, enuréza, štítná žláza, diabetes, zklidnění, porucha metabolismu) a ve zbývajících 8 % případů se jednalo o pravidelnou psychiatrickou medikaci (ve dvou případech blíže specifikována deprese). Ve 27 případech, kdy byla uvedena pravidelná psychiatrická medikace, se v naprosté většině jednalo o chlapce. Všichni pak byli většinové národnosti a dvě třetiny z nich většinového etnika. Necelá jedna čtvrtina byla romského etnika a více než jedna desetina poloromského etnika. Jejich věk se pohyboval hlavně mezi 13 až 17 lety a délka dosavadního pobytu se pohybovala v průměru kolem 55 měsíců (modus 13 měsíců, medián 37 měsíců).

Nejčastějším důvodem přijetí do ústavu u klientů s psychiatrickou medikací byla nepříznivá sociální situace (14 případů) a bytové problémy rodiny (10 případů). U osmi klientů byly rovněž označeny finanční potíže rodiny a u sedmi klientů to, že rodiče nezvládají péči z důvodu speciálních potřeb (bylo možno zaznamenat více odpovědí, proto součet výše uvedeného nedává 27 klientů).

Tito klienti do instituce nejčastěji přicházeli přímo z biologické rodiny (8 klientů) a z diagnostického ústavu (7 klientů). Jejich kontakty s rodinou se lišily od celého souboru (viz graf č. 20). Kontakt s celou rodinou měla necelá třetina, téměř jedna čtvrtina klientů měla kontakt s matkou a otcem a pětina pouze s matkou. O něco méně klientů mělo kontakt pouze s otcem a podobný počet pouze se sourozenci. Více než desetina těchto klientů neměla žádný kontakt s rodinou.

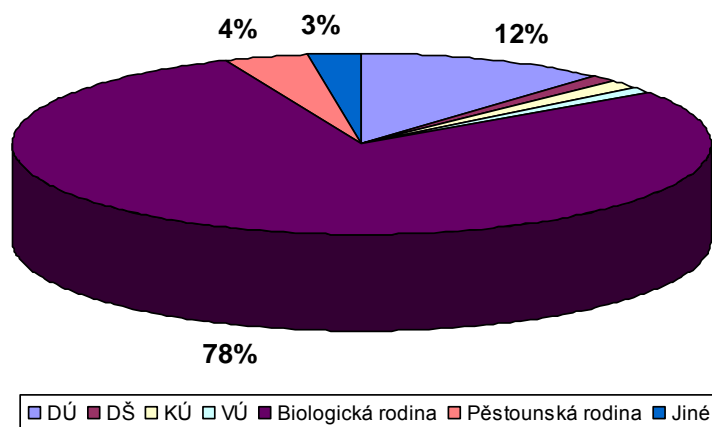
Pobyt v instituci

Více než polovina klientů přišla do dětského domova přímo z biologické rodiny (57 %). Necelá pětina klientů přicházela z diagnostického ústavu (17 %), téměř jedna desetina z jiného dětského domova (9 %). Příchozí z ostatních typů zařízení, pěstounských rodin či od příbuzných tvořili ne tolik významné procento.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

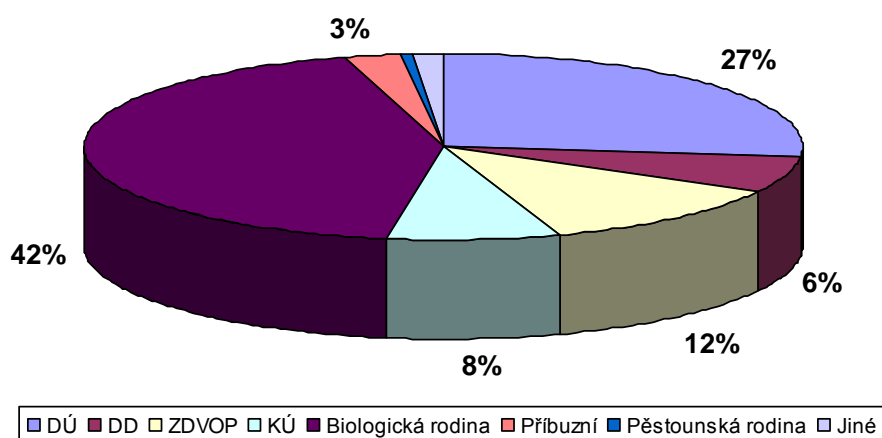
Z hlediska jednotlivých krajů byla situace následující: v Karlovarském kraji pocházely z biologické rodiny více než tři čtvrtiny klientů (78 %) a z diagnostického ústavu více než jedna desetina klientů (12 %) - více v grafu č. 8. Olomoucký kraj byl oproti ostatním krajům odlišný. Méně než polovina klientů (43 %) pocházela z biologické rodiny, více než jedna čtvrtina klientů (27 %) z diagnostického ústavu a více než desetina klientů (12 %) ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Ostatní možnosti jsou znázorněny na grafu č. 9. Přímou z biologické rodiny přišlo do dětského domova ve Zlínském kraji 61 % klientů. Z dětského domova necelá jedna šestina (15 % klientů) a z diagnostického ústavu téměř jedna desetina klientů (8 %). Více zobrazuje graf č. 10.

Graf č. 8 **Procentuální rozložení klientů dětských domovů podle místa, odkud přišli, v Karlovarském kraji**



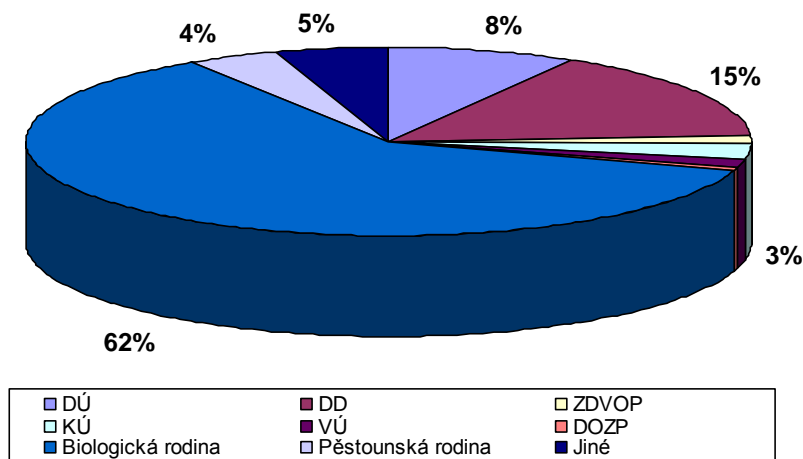
Pozn.: DŠ - dětské domovy se školou; DÚ - diagnostický ústav; KÚ - kojenecký ústav; VÚ - výchovný ústav

Graf č. 9 **Procentuální rozložení klientů dětských domovů podle místa, odkud přišli, v Olomouckém kraji**



Pozn.: DD - dětské domovy; DÚ - diagnostický ústav; KÚ - kojenecký ústav; ZDVOP - zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

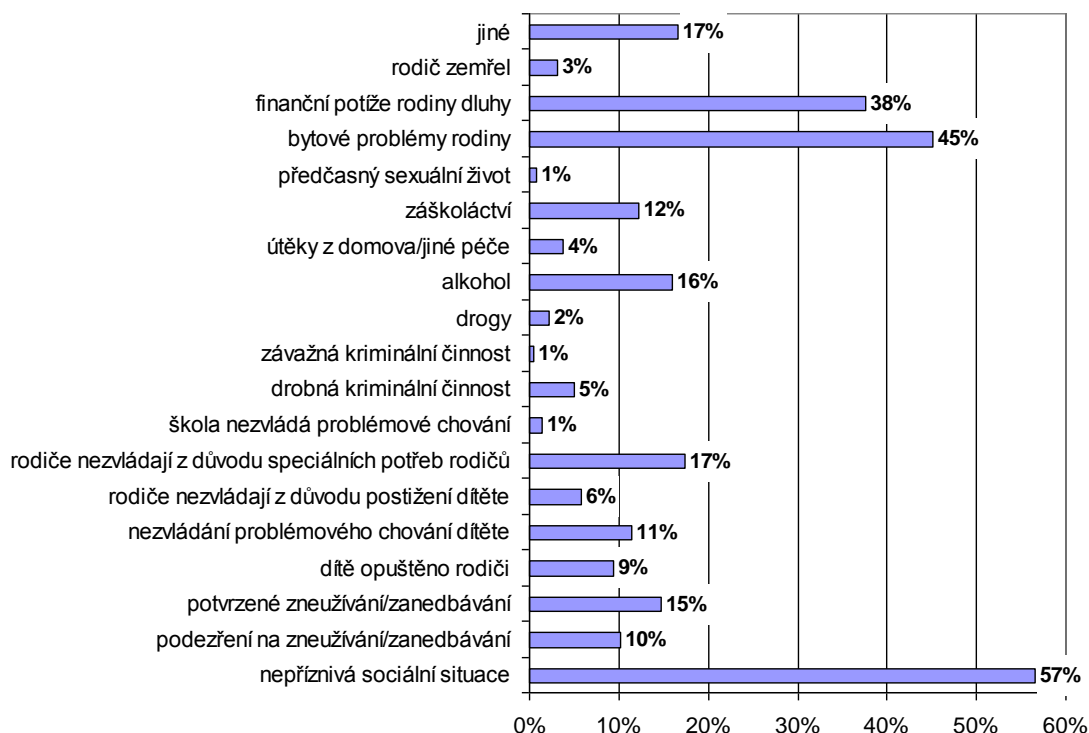
Graf č. 10 **Procentuální rozložení klientů dětských domovů podle místa, odkud přišli, ve Zlínském kraji**



Pozn.: DD - dětské domovy; DÚ - diagnostický ústav; KÚ - kojenecký ústav; VÚ - výchovný ústav; DOZP - domov pro osoby se zdravotním postižením; ZDVOP - zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Důvodem pro přijetí byla z více než poloviny (57 %) nepříznivá sociální situace a téměř z poloviny (45 %) se jednalo o bytové problémy rodiny (graf č. 11). Finanční potíže rodiny/dluhy se na umístění dítěte do dětského domova podílely více než jednou třetinou (38 %). Bylo možno zaznamenat více možností, proto celkový součet nedává 100 %. Lze nicméně shrnout, že **nepříznivá sociálně-ekonomická situace rodiny** hraje velmi významnou roli při umísťování dětí do dětských domovů.

Graf č. 11 **Důvody pro přijetí do dětského domova (100 % = celkový počet klientů v dětských domovech; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



V případě Karlovarského kraje byla nepříznivá sociální situace důvodem pro přijetí 54 % klientů, bytové problémy rodiny pro 49 % klientů a finanční potíže rodiny pro 38 % klientů. U více než dvou třetin klientů (69 %) v Olomouckém kraji byla důvodem rovněž nepříznivá sociální situace, u téměř poloviny klientů (46 %) bytové problémy rodiny a u 44 % klientů finanční potíže. Ve Zlínském kraji však tyto podíly dosahovaly rozdílných hodnot. Nepříznivá sociální situace byla hlavním důvodem pro přijetí méně než poloviny klientů (45 %), u 41 % klientů to byly bytové problémy rodiny a u méně než třetiny klientů (30 %) se jednalo o finanční potíže/dluhy rodiny.

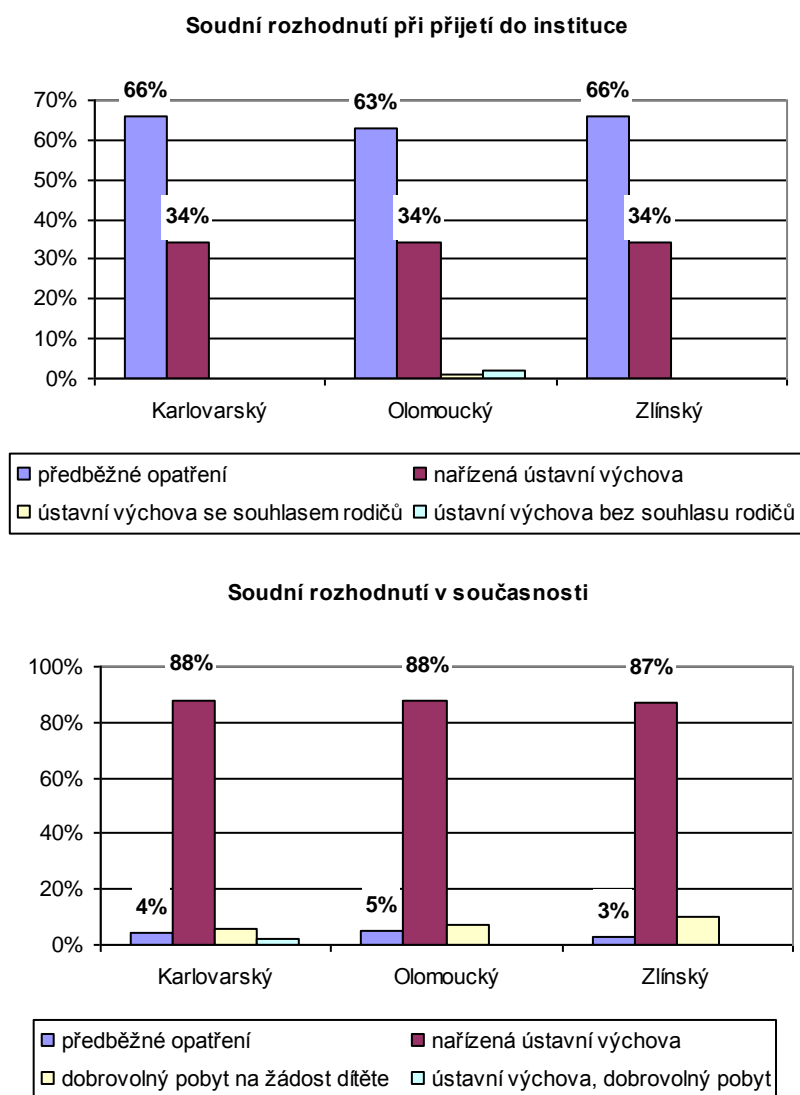
V případě romského etnika byly nejčastějšími důvody pro přijetí do dětského domova nepříznivá sociální situace (46 % klientů romského etnika) a nezvládnutí problémového chování dítěte (26 % klientů romského etnika). U poloromského etnika to pak nejčastěji byly bytové problémy rodiny (50 % klientů poloromského etnika), alkohol (50 %) a nepříznivá sociální situace (38 %).

Při přijetí do instituce byl pobyt klienta nejčastěji stanoven předběžným opatřením, a to v 65 % případů. U třetiny klientů (33 %) byla nařízena ústavní výchova, ve dvou případech byla nařízena ústavní výchova se souhlasem rodičů a v dalších třech případech pak ústavní výchova bez souhlasu rodičů.

Z hlediska krajského rozložení byl v Karlovarském kraji, stejně tak jako ve Zlínském, pobyt klienta stanoven na základě předběžného opatření v 66 % případů a ústavní výchova byla nařízena ve 34 % případů. V Olomouckém kraji bylo předběžné opatření stanoveno u 63 % klientů a ústavní výchova nařízena u 34 % klientů (1 % klientů byla nařízena ústavní výchova se souhlasem rodičů, 2 % potom bez souhlasu rodičů).

V současné době je u naprosté většiny klientů dětských domovů nařízena ústavní výchova (87 %). Dobrovolný pobyt na žádost dítěte byl zaznamenán u méně než desetiny klientů (8 %) a předběžné opatření bylo stanoveno pouze ve 4 % případů. Ostatní uváděné možnosti tvořily zanedbatelné procento (např. nařízená ústavní výchova na základě žádosti rodičů). Všechny tři kraje v tomto vykazují téměř shodnou strukturu (graf č. 12).

Graf č. 12 **Způsoby rozhodnutí o umístění při přijetí a současném pobytu v instituci v jednotlivých krajích (v %)**



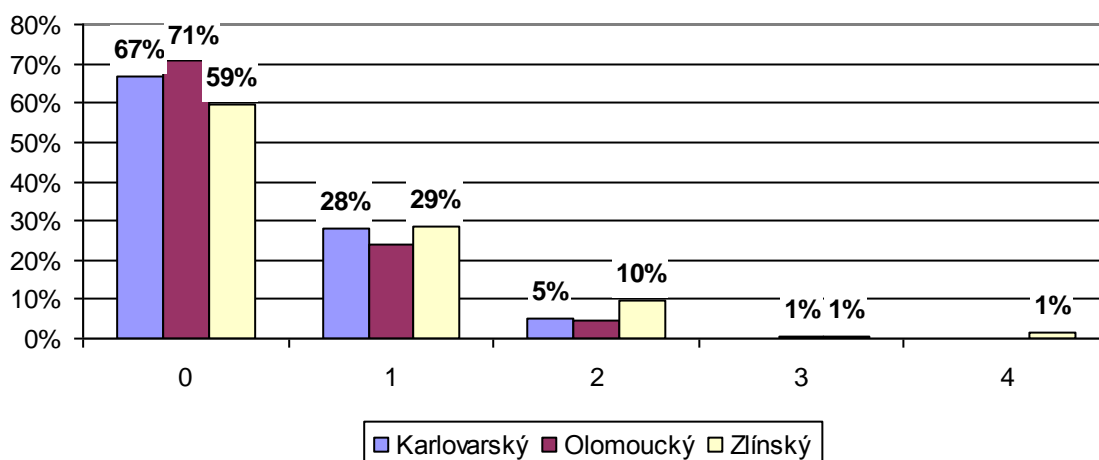
Co se týká problematiky opakovaného umístění klientů mimo biologickou rodinu, tak u téměř dvou třetin klientů se jednalo o první umístění (66 %). Více než čtvrtina klientů (27 %) již byla dříve umístěna mimo biologickou rodinu jednou a necelá desetina (7 %) pak dvakrát, vyšší počet umístění byl výjimečný.

Jednotlivé kraje se však od sebe mírně lišily. V Karlovarském kraji se o první umístění mimo biologickou rodinu jednalo ve dvou třetinách případů (67 %), o druhé

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

ve 28 % případů, o třetí v 5 % případů. V Olomouckém kraji bylo po prvé mimo biologickou rodinu umístěno 71 % klientů, po druhé necelá čtvrtina klientů (24 %), po třetí 5 % klientů a po čtvrté 1 % klientů. Ve Zlínském kraji se pak jednalo o více než polovinu klientů dětských domovů (59 %), kteří byli mimo biologickou rodinu umístěni po prvé, více než čtvrtinu klientů (29 %) umístěných mimo rodinu po druhé, jednu desetinu klientů po třetí a po jednom procentu pak po čtvrté i po páté (graf č. 13).

Graf č. 13 **Procentuální rozložení počtu předchozích umístění mimo biologickou rodinu v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



Opakované umístění mimo rodinu se většinou týkalo klientů většinového etnika (75 % případů) a klientů bez speciálních potřeb (63 %). Rovněž většina z klientů, kteří byli opakovaně umisťováni mimo svou biologickou rodinu, měla kontakt se svou rodinou (20 % klientů, jež byli po prvé, resp. po druhé umístěni mimo svou rodinu, s ní nemělo žádný kontakt). Chybějící kontakt dítěte s rodinou se pak v naprosté většině týkal dětí prvně umístěných mimo biologickou rodinu (65 % z celkového počtu klientů, jež neměli kontakt se svou rodinou).

Jak již bylo zmíněno, **více než třetina klientů byla umisťována mimo biologickou rodinu opakovaně**. Neodlišovali se od prvně umístěných s poruchami chování. Z nich pak naprostá většina neměla problémy s drogami (81 %), alkoholem (97 %) ani útěky ze zařízení (98 %).

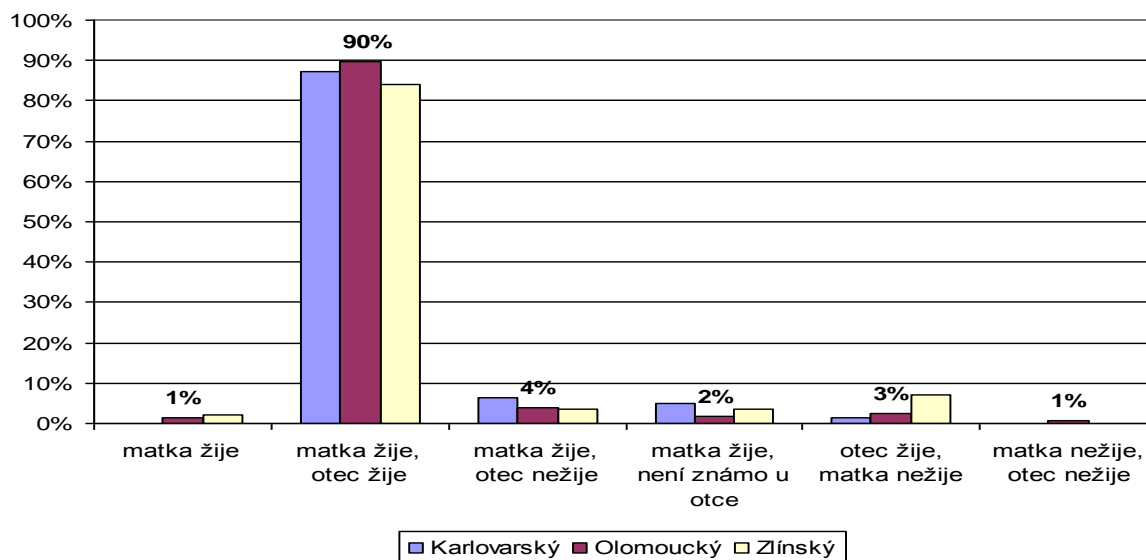
Rodina, sociálně-právní situace rodiny a kontakt s rodinou

Naprostá většina klientů dětského domova měla v rodném listu uvedeny oba rodiče (96 %), pouze matka byla uvedena ve 4 % případů. V případě Karlovarského kraje byli oba rodiče uvedeni u 91 % klientů a pouze matka u 9 % klientů. Olomoucký kraj dosáhl stejných hodnot jako Zlínský kraj, oba rodiče byli uvedeni v 97 % případů a pouze matka ve 3 % případů.

V době přijetí klienta do instituce žili oba rodiče v 87 % případů. Ostatní možnosti tvořily zanedbatelné procento (u 16 klientů matka žila, ale otec ne; v 15 případech žil otec, ale matka ne; u 12 klientů matka žila, ale otcovi to nebylo známo; v 5 případech žila pouze matka a u jednoho klienta nežil nikdo z rodičů).

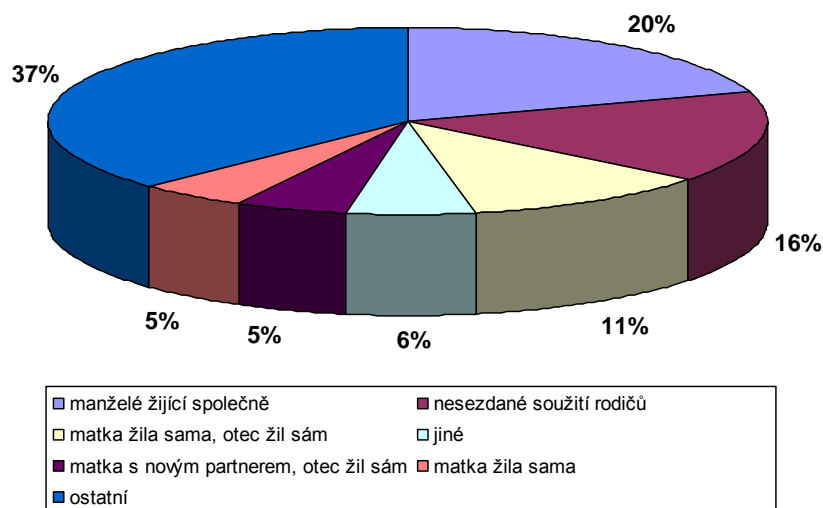
Z hlediska jednotlivých krajů je situace obdobná. Nejvíce klientů jak z Karlovarského (87 %), Olomouckého (90 %) a Zlínského (84 %) kraje mělo při přijetí do dětského domova naživu oba rodiče. Bližší procentuální rozložení zaznamenaných možností je zobrazeno na grafu č. 14.

Graf č. 14 **Rodiče v době přijetí klienta do instituce v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



Nejčastějším typem soužití rodičů v době přijetí klienta do instituce bylo manželské soužití. Tato možnost byla uvedena u jedné pětiny klientů (20 %). Velmi často bylo uváděno i nesezdané soužití rodičů (16 %) a možnost, že matka žila sama a otec žil sám (11 %). Uváděné možnosti, jejichž podíl na celkovém počtu klientů dětských domovů nepřesáhl hodnotu 5 %, byly zařazeny do skupiny ostatní (graf č. 15). Jednalo se například o rozvedené rodiče, kdy matka žila s novým partnerem a otec žil sám. Skutečnost, že rodiče jsou rozvedení, byla zaznamenána u 12 % klientů.

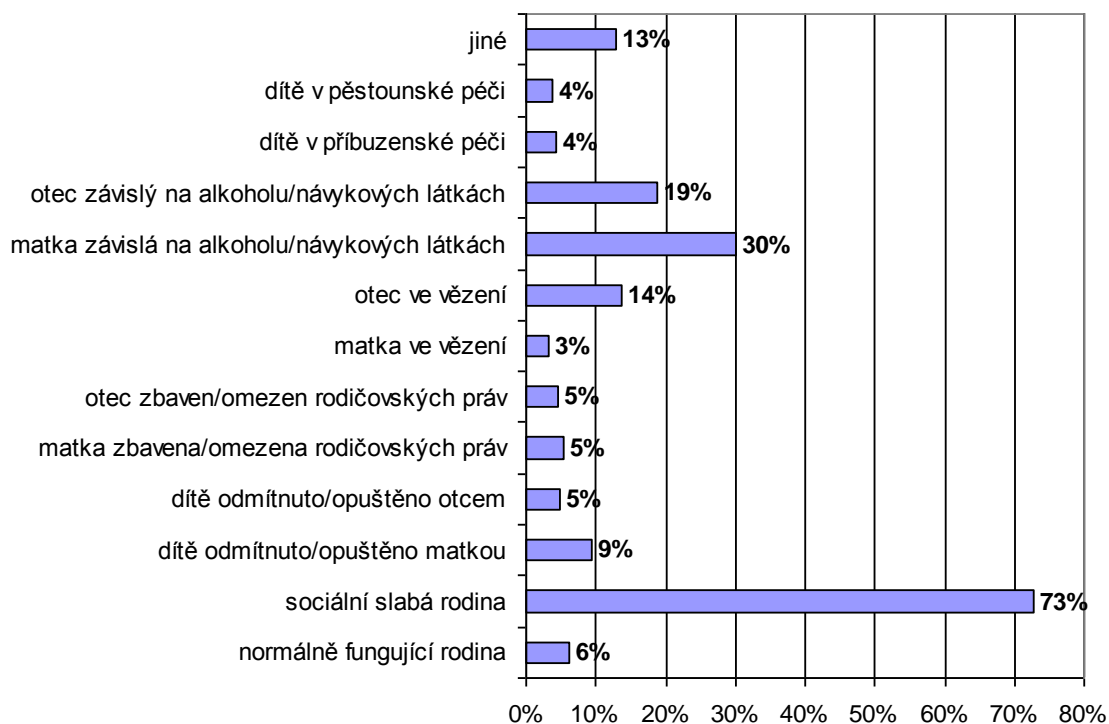
Graf č. 15 **Typ soužití rodičů v době přijetí do instituce (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech)**



Z hlediska krajů však byla situace poněkud odlišná. V Karlovarském kraji patřilo mezi nejčastější typ soužití rodičů v době přijetí do instituce nesezdané soužití rodičů (32 % případů) a matka a otec žili sami (14 %); v případě Olomouckého kraje se naopak jednalo o manžele žijící společně (30 % případů) a matka a otec žili sami (14 %). Zlínský kraj oproti ostatním krajům měl uvedené možnosti „rozmanitější“, a proto mezi nejčastější typy patřily stejným podílem manželé žijící společně a nesezdané soužití (po 16 % klientů).

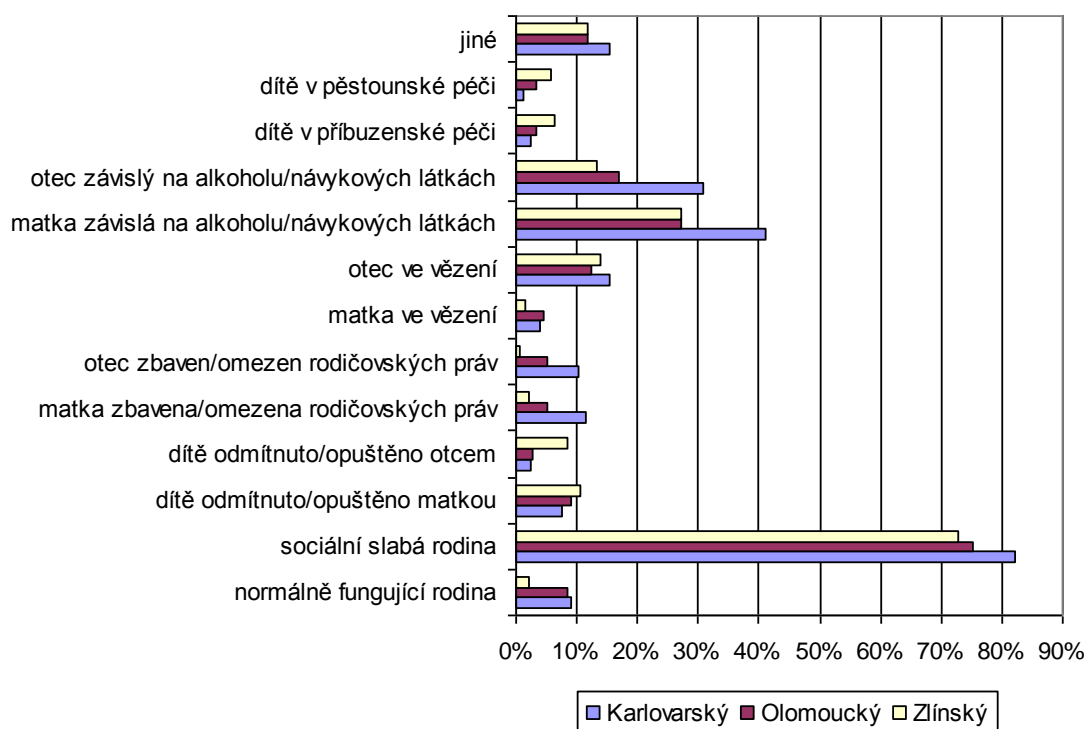
Nejčastěji uváděnými sociálně-právními situacemi rodiny v době přijetí klienta do instituce byla sociálně slabá rodina (73 %), s odstupem následovaná matkou závislou na alkoholu/návykových látkách (30 %) a otcem závislým na alkoholu/návykových látkách (19 %). Ostatní uváděné možnosti jsou zobrazeny na grafu č. 16. Součet jednotlivých podílů nedává 100 %, neboť bylo možno zaznamenat více možností najednou. Z grafu je zřejmé, že více než desetinou (13 %) je zastoupena i položka jiné. V devíti případech pak tato položka byla blíže specifikována, a to tak, že u třech klientů se jednalo o týrání, v jednom případě byla matka odsouzena za ohrožování mravní výchovy dětí a mládeže, v jednom případě bylo uvedeno, že matka střídá partnery a ve čtyřech případech byly děti v péči otce, který situaci nezvládal.

Graf č. 16 **Sociálně-právní situace rodiny (100 % = celkový počet klientů v dětských domovech, součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



Krajské rozdíly mezi nejpočetněji zastoupenými sociálními a právními situacemi rodiny se vyskytly především u podílu matek závislých na alkoholu/návykových látkách a otců závislých na alkoholu/návykových látkách, kdy většina případů byla zaznamenána v Karlovarském kraji. Matka závislá na alkoholu/návykových látkách byla v Karlovarském kraji u méně než poloviny (41 %) klientů a u více než čtvrtiny (shodně 27 %) klientů v Olomouckém a Zlínském kraji. Tyto rozdíly tak byly ve výši 14 procentních bodů. V případě otce závislého na alkoholu/návykových látkách se jednalo o 31 % klientů v Karlovarském kraji, o 17 % klientů v Olomouckém kraji a 13 % klientů ve Zlínském kraji. Z hlediska dalších uváděných typů byly v Karlovarském kraji, oproti ostatním krajům, více zastoupeny i situace, kdy byla matka (12 %) nebo otec zbaven/a rodičovských práv (10 %). Oproti tomu ve Zlínském kraji bylo zastoupeno nejméně případů s normálně fungující rodinou (2 %). Výše uvedené je zobrazeno na grafu č. 17.

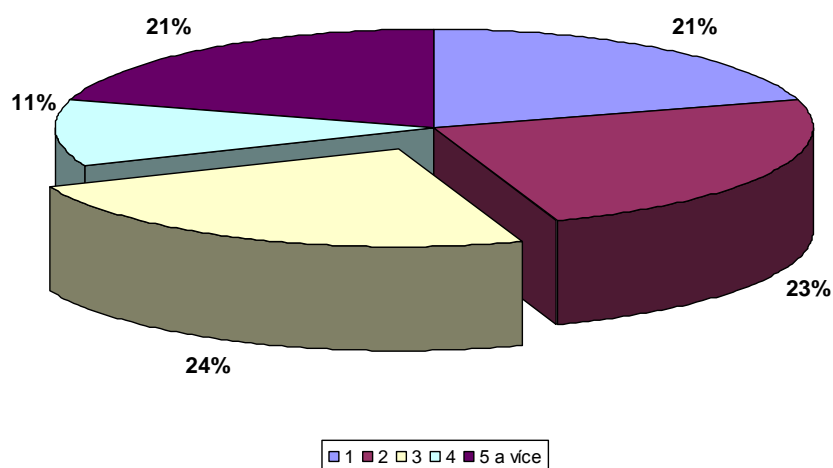
Graf č. 17 **Sociálně-právní situace rodiny v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji, součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



Nebyla zjištěna zřejmá souvislost mezi sociální situací rodiny a etnikem nebo zvláštními potřebami klienta.

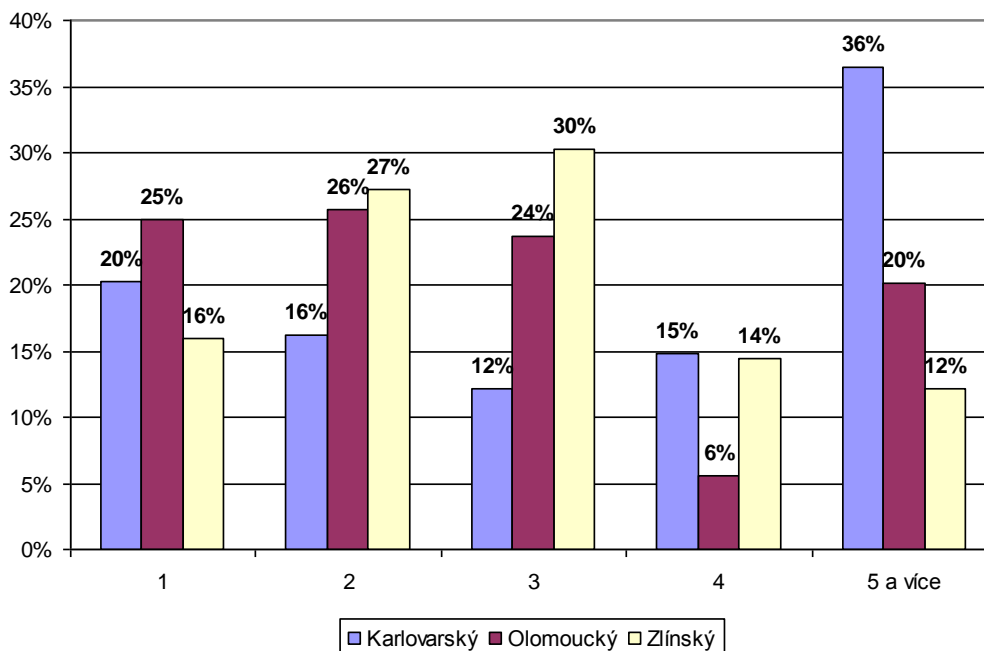
Naprostá většina klientů dětských domovů (93 %) měla sourozence, u 2 % klientů toto nebylo známo. Z 350 klientů, u nichž bylo uvedeno, že mají sourozence (graf č. 18), mělo pouze jednoho sourozence 21 %, dva sourozence 23 % dětí, tři sourozence 24 %, čtyři sourozence mělo 11 % klientů a více než pět sourozenců 21 % klientů (13 dětí má přitom 9 sourozenců a jedno dítě dokonce 13 sourozenců). Více než třetina dětí (39 %) neměla sourozence ve stejné instituci, tj. v 61 % případů byli alespoň dva sourozenci umístěni ve stejné instituci. Jednoho sourozence tam měla více než čtvrtina klientů (27 %), dva sourozence 15 % klientů, tři sourozence 13 % klientů, čtyři sourozence 3 % a pět sourozenců rovněž 3 % klientů. V jiné instituci pak mělo 15 % klientů jednoho sourozence, 3 % klientů dva sourozence a 3 % klientů více než tři sourozence (79 % klientů nemá sourozence v jiné instituci). U méně než pětiny klientů (15 %) pak byli sourozenci osvojeni nebo v pěstounské péči. U více než poloviny klientů (59 %) nežili žádní sourozenci ve své biologické rodině.

Graf č. 18 **Počet sourozenců (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech, kteří mají sourozence)**



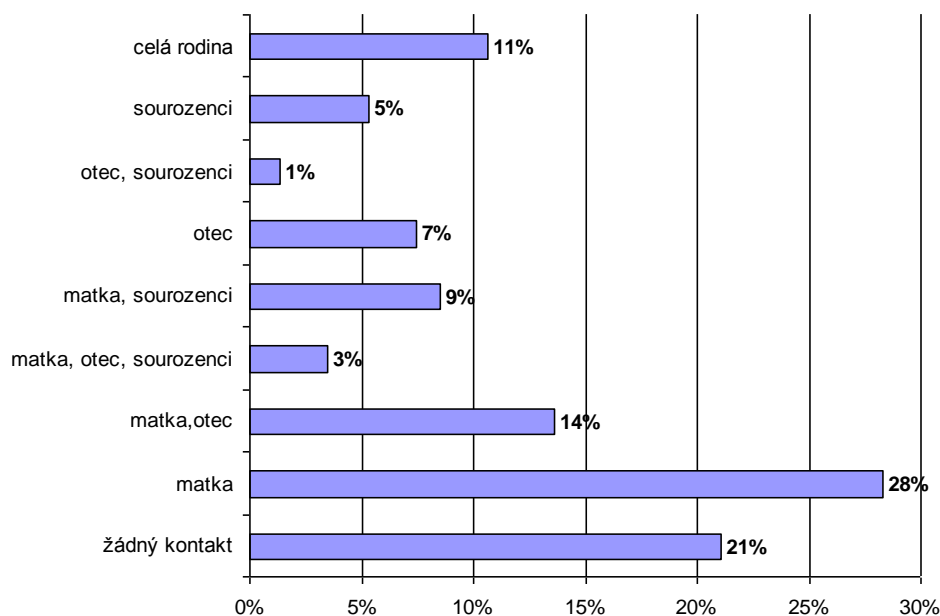
Z hlediska jednotlivých krajů bylo v Karlovarském kraji nejvíce klientů, kteří měli 5 a více sourozenců (36 %), v Olomouckém kraji měla více než čtvrtina klientů dva sourozence (26 %) a necelá třetina klientů ve Zlínském kraji měla tři sourozence (30 %). Rozložení počtu sourozenců v jednotlivých krajích zobrazuje graf č. 19. Nadpoloviční většina klientů měla všude alespoň jednoho sourozence ve stejné instituci (Karlovarský kraj 64 %, Olomoucký kraj 65 %, Zlínský kraj 56 %). V jiné instituci mělo alespoň jednoho sourozence 51 % dětí z Karlovarského kraje, 15 % z Olomouckého a 11 % dětí ze Zlínského kraje. V osvojení či pěstounské péči měla alespoň jednoho sourozence více než jedna desetina klientů v Karlovarském a Olomouckém kraji (shodně 11 %) a více než pětina klientů (22 %) ve Zlínském kraji.

Graf č. 19 **Počet sourozenců dětí v dětských domovech v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů, kteří mají sourozence, v příslušném kraji)**



Srovnáním počtu sourozenců ve vztahu k etniku se ukázalo, že u většinového etnika byli nejčastěji maximálně tři sourozenci, v případě romského etnika to však byli více než čtyři sourozenci. Současné umístění sourozenců v institucionální péči, a to buď ve stejném či jiném zařízení, bylo častější u klientů většinového etnika. Rozdíly v umístění sourozenců z hlediska speciálních potřeb klientů se neprojevíly. Případy osvojených sourozenců se týkaly především klientů většinového etnika, neboť jejich zastoupení v souboru bylo početně nejvýznamnější (v procentuálním vyjádření bylo osvojeno 17 % sourozenců většinového etnika a 13 % romského etnika).

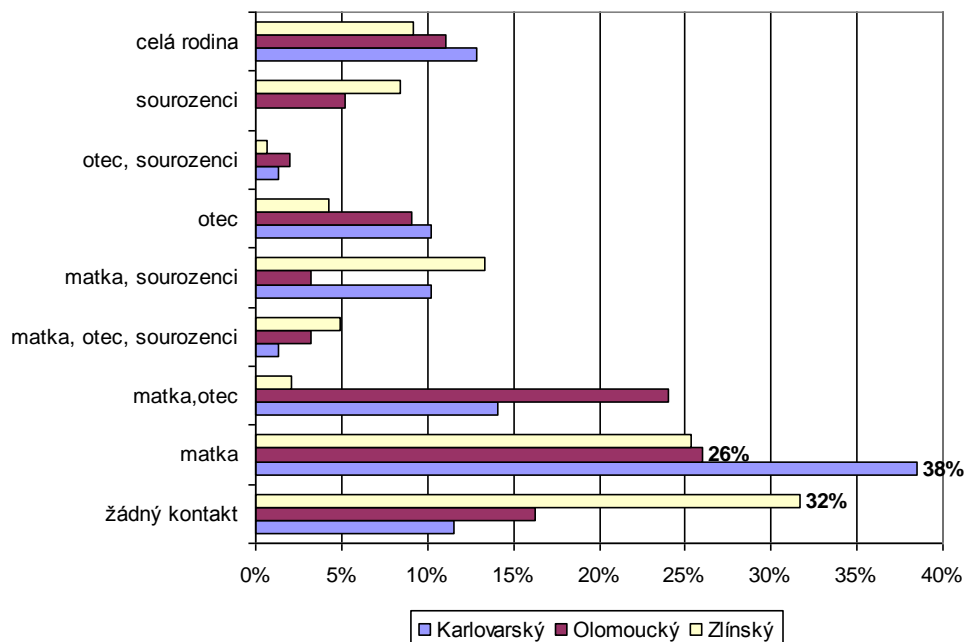
Naprostá většina klientů (79 %) dětských domovů měla kontakt s rodinou a více než pětina naopak žádný kontakt neměla (21 %). Nejčastější formou kontaktu byl kontakt pouze s matkou (28 %), následovaný počtem kontaktů s matkou i otcem (14 %). Styky s celou rodinou měla pouze cca desetina klientů (11 %). Více zobrazuje graf č. 20.

Graf č. 20 **Kontakt dítěte s rodinou** (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech)

Poněkud odlišná situace nastala v případě jednotlivých krajů (graf č. 21). V Karlovarském kraji byla více než desetina klientů (12 %) bez kontaktu s rodinou a více než třetina klientů měla kontakt pouze s matkou (38 %). Kontakt jen s matkou byl v tomto případě uváděn nejčastěji. V Olomouckém kraji pak bylo bez kontaktu s rodinou 16 % klientů a kontakt pouze s matkou udržovala více než čtvrtina klientů (26 %). Kontakt jak s matkou, tak otcem mělo 24 % klientů. Oproti tomu ve Zlínském kraji bylo zastoupeno nejvíce klientů, jež neměli žádný kontakt s rodinou, a to téměř jednou třetinou (32 %). Kontakt s matkou pak udržovala čtvrtina klientů (25 %).

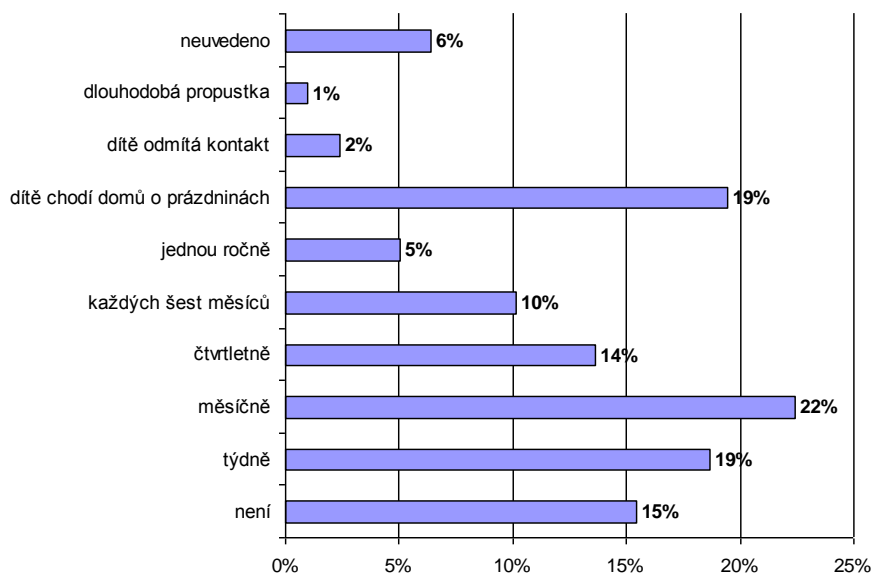
To, že někteří klienti neměli žádný kontakt s rodinou, nesouviselo ani s pohlavím ani s národností. Z hlediska etnika nemělo kontakt s rodinou 22 % klientů většinového etnika, 16 % romského etnika a 56 % poloromského etnika (tj. 9 z 16 klientů).

Graf č. 21 **Kontakt dítěte s rodinou v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



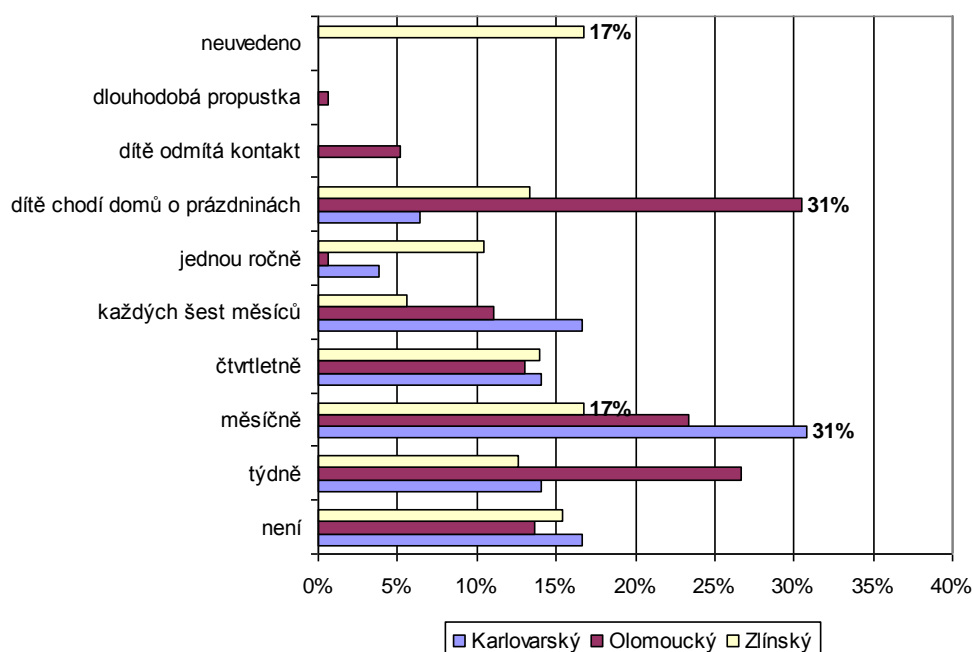
Otázka o četnosti kontaktů dítěte s rodinou byla zodpovězena u 85 % klientů. Jednalo se hlavně o kontakty s měsíčním (22 %) nebo týdenním intervalem (19 %). Necelá pětina klientů chodila domů rovněž o prázdninách (19 %). Více zobrazuje graf č. 22. Součet jednotlivých hodnot nedává 100 %, neboť zde byla možnost uvádět více možností najednou.

Graf č. 22 **Četnost kontaktu dítěte s rodinou (100 % = celkový počet klientů v dětských domovech; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



Odlišnosti jednotlivých krajů ukazuje graf č. 23. V Karlovarském a Zlínském kraji byl nejčastější měsíční kontakt s rodinou (31 %, resp. 17 %), v Olomouckém kraji to byl týdenní kontakt (27 %), přičemž klienti oproti ostatním krajům chodili i nejčastěji domů o prázdninách (31 %).

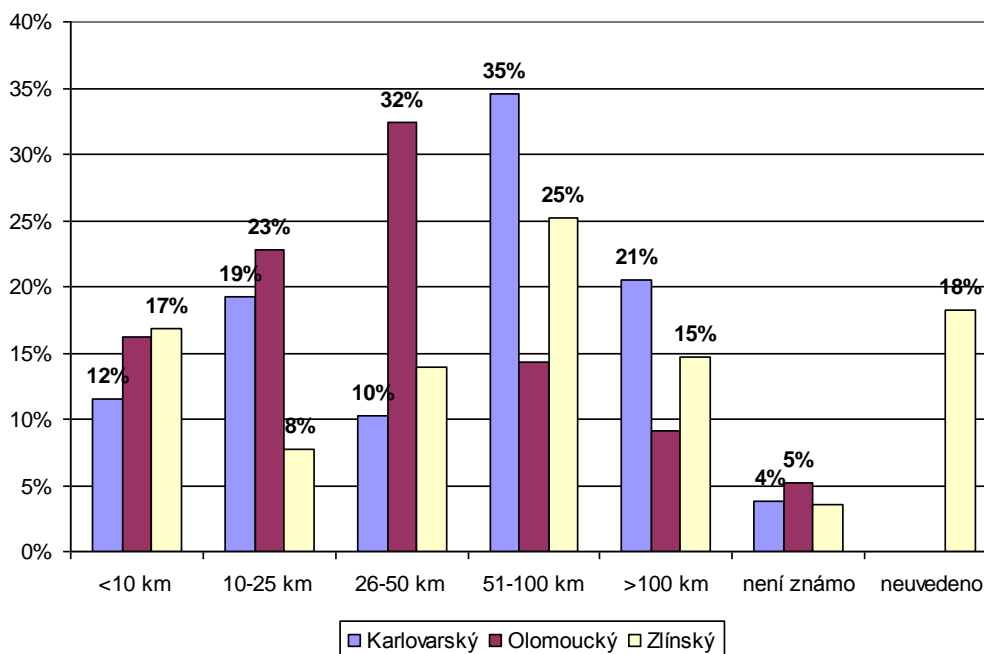
Graf č. 23 Četnost kontaktu dítěte s rodinou v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)



V bližší vzdálenosti od rodiny (tj. vzdálenost nepřesahující 25 km) se nacházela více než třetina klientů (37 %). Více než polovina klientů (58 %) pak měla rodinu vzdálenou více než 26 km. U méně než jedné desetiny klientů vzdálenost nebyla uvedena (7 %). Provedená analýza závislosti, prostřednictvím analýzy rozptylu, neprokázala na 5% hladině významnosti souvislost mezi vzdáleností od rodiny a četností kontaktů.

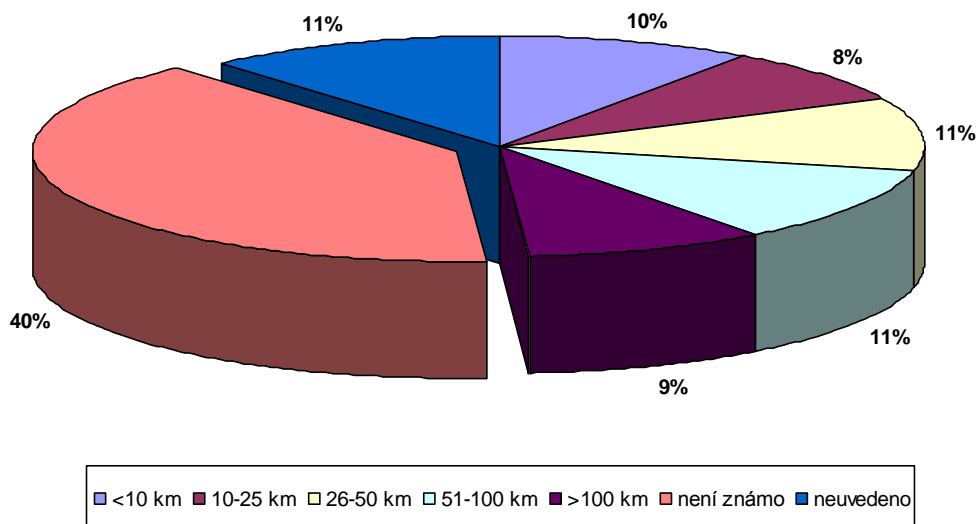
V Karlovarském kraji se ve vzdálenosti od rodiny do 25 km nacházelo 31 % klientů. Nejčastější vzdálenost se pohybovala mezi 51 až 100 km (35 % klientů). V Olomouckém kraji bylo do 25 km od rodiny 39 % klientů, přičemž nejčastější vzdálenost byla zaznamenána v intervalu 26 až 50 km (32 %). Ve Zlínském kraji byla situace trochu odlišná, neboť u 18 % klientů toto nebylo uvedeno. Do 25 km od rodiny se nacházela čtvrtina klientů (25 %) a rovněž čtvrtina klientů byla od své rodiny vzdálena 51 až 100 km (graf č. 24).

Graf č. 24 **Vzdálenost rodiny od instituce v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



Co se týká kontaktů s širší rodinou, tak více než polovina klientů tento kontakt nemá (56 %, nejméně v Olomouckém kraji /51 %/ a nejvíce v Karlovarském /61 %/). Ve zbývajících případech byl kontakt s prarodiči u více než třetiny klientů (37 %), se strýci/tetami u více než desetiny klientů (13 %), s bratřenci/sestřenicemi u 3 % klientů a položka ostatní byla zaznamenána v 5 % případů. Četnost tohoto kontaktu byla nejčastěji týdenní (13 %) a měsíční (12 %). Rozdíly mezi kraji nebyly výrazné.

V případě vzdálenosti širší rodiny (graf č. 25) od klienta bylo ve 40 % případů uvedeno, že tato informace není známa. V bližší vzdálenosti se pak nacházelo 18 % klientů a ve vzdálenosti delší než 26 km necelá třetina klientů (31 %). Z hlediska jednotlivých krajů byla situace obdobná.

Graf č. 25 **Vzdálenost širší rodiny od instituce (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech)**

Naprostá většina klientů (91 %) nenavštěvuje jinou rodinu. Stejnou hostitelskou rodinu navštěvuje o víkendech nebo o prázdninách pouze 8 % dětí, přičemž tyto děti jsou převážně ze Zlínského kraje.

Chování klienta

Útěky, kdy byl klient více než 24 hodin pryč mimo instituci, nebyly časté. Naprostá většina klientů z dětského domova nikdy neutekla (96 %), jednou utekla 3 % dětí a dvakrát 2 %. Nejvíce klientů, kteří utíkali, pak bylo z Karlovarského kraje (7 z celkového počtu 17 klientů za všechny kraje, kteří utekli alespoň jednou).

Pokud děti mohly navštívit svou rodinu doma, vrátily se téměř všechny zpět do zařízení (99 %). Pouze jedno procento klientů se vrátilo o více než 24 hodin později, nebo vůbec (tj. 3 z 375 klientů, každý klient z jiného kraje).

Výchovná opatření (např. izolace) se nikdy nepoužila u 85 % klientů dětských domovů. Zřídka (méně než jednou ve čtvrtletí) se použila u 13 % klientů a často ve 2 % případů. Častá výchovná opatření se tak používala u 6 klientů ze 375, jednalo se spíše o chlapce (pouze 1 dívka), tři klienti byli většinového a tři romského etnika a z hlediska speciálních potřeb měl jeden klient mentální postižení a dva klienti psychiatrické onemocnění.

Z hlediska zneužívání návykových látek (drogy) toto nikdy neudělalo 86 % klientů (Karlovarský kraj 87 %, Olomoucký 83 %, Zlínský 89 %). Zhruba dvacetina klientů (6 %) však návykové látky užívala pravidelně (Karlovarský kraj 9 %, Olomoucký 7 %, Zlínský 3 %) a ve 4 případech z 375 se jednalo dokonce o závislost (3 klienti ze Zlínského kraje). Zbývající klienti tyto návykové látky užívali buď příležitostně (4 %) nebo experimentálně (3 %).

V případech závislosti na drogách se jednalo pouze o dívky ve věku 15 až 17 let, různé délky pobytu v zařízení. Dvě dívky byly většinového etnika a dvě romského.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Jedna měla mentální postižení, jedna zdravotní potřeby a jedna psychiatrické onemocnění.

Pravidelné užívání drog (22 klientů z 375) nebylo ovlivněno pohlavím, věkem a ani etnikem. Téměř všichni klienti (91 %), kteří přišli do kontaktu s drogou (53 z 375), nebyli proti jiným dětem ochuzeni o kontakt s bližší rodinou. Důvody umístění v DD byly u nich také obdobné jako u jiných dětí, zažili ho však v průměru vícekrát.

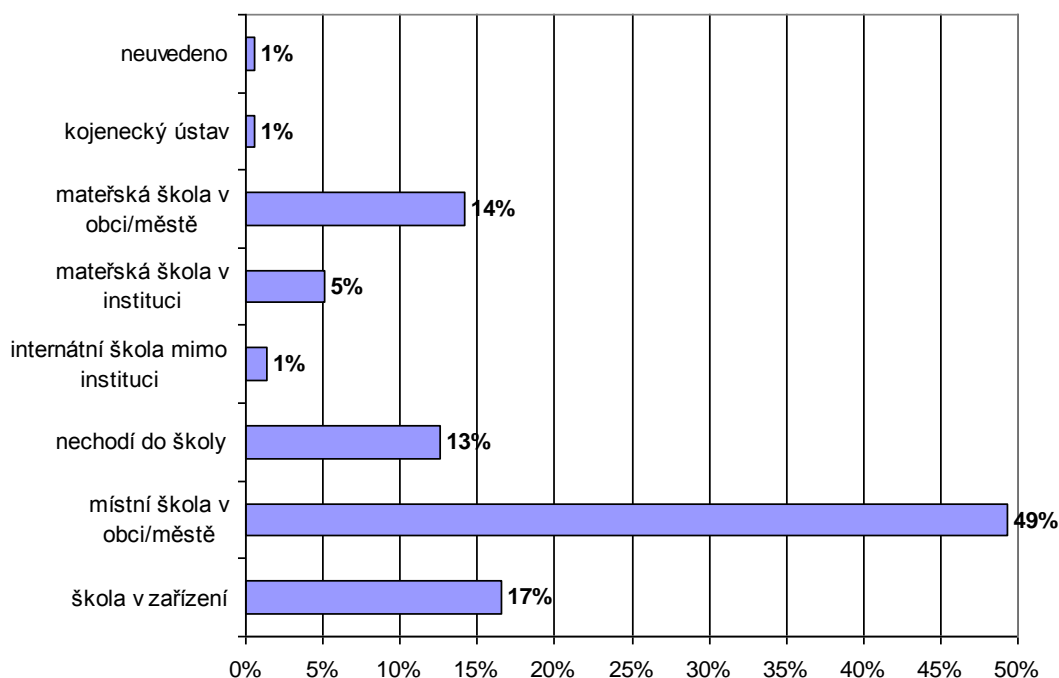
Co se týká alkoholu, tak ho nikdy neokusilo 97 % klientů a 3 % pouze příležitostně (Karlovarský kraj 5 %, Olomoucký 3 %, Zlínský 2 %).

Vzdělávání

V době přijetí do dětského domova navštěvovala necelá polovina klientů místní školu v obci/městě (49 %). Školu v zařízení navštěvovala necelá pětina klientů (17 %) a více než desetina klientů pak mateřskou školu v obci/městě (14 %) či do školy nechodilo (13 %). Ostatní možnosti tvořily zanedbatelné procento (graf č. 26).

V necelé polovině případů se pak jednalo o základní školu (49 %), u téměř třetiny klientů nebyl typ školy uveden (32 %) a u více než desetiny klientů se jednalo o základní školu - dříve zvláštní školu (11 %). Speciální škola (dříve pomocná škola) byla zastoupena 4 %, střední škola s maturitou 2 % a učiliště 1 %.

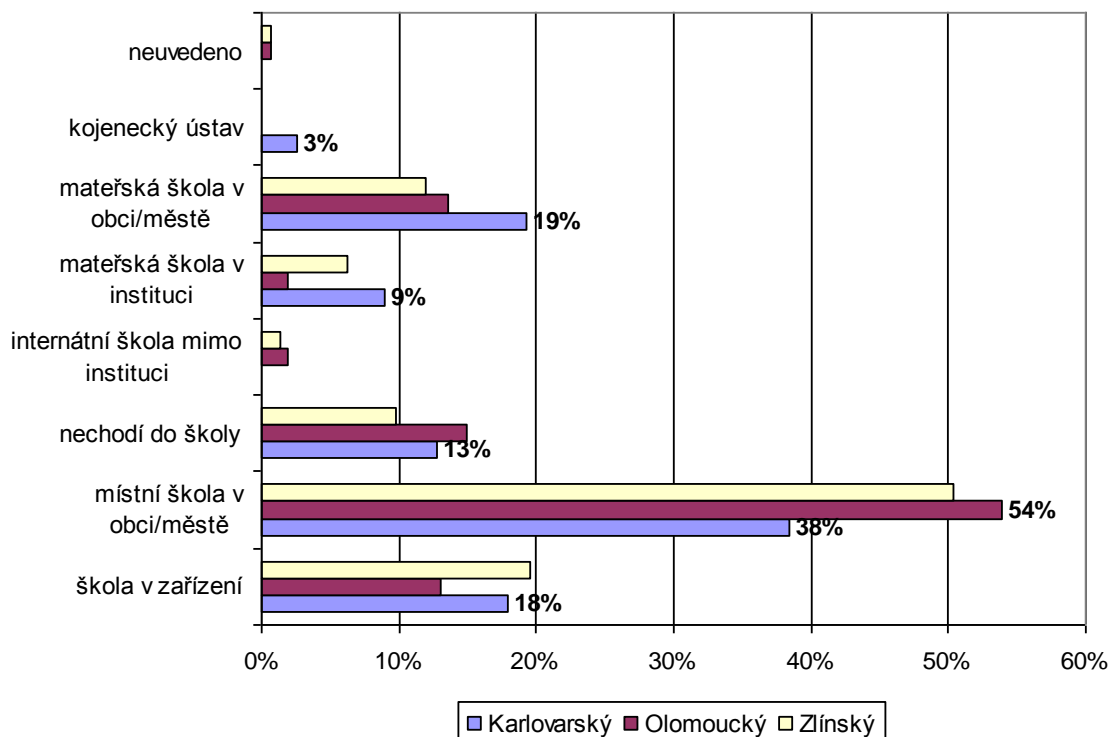
Graf č. 26 **Navštěvovaná škola při přijetí do instituce (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech)**



Na výše uvedené se nyní zaměříme z pohledu krajského rozložení. Obecnému popisu navštěvované školy při přijetí do instituce za všechny dětské domovy se vymyká pouze Karlovarský kraj, neboť místní školu v obci/městě navštěvovala při

přijetí méně než polovina klientů (38 % klientů) a mateřskou školu v obci/městě navštěvovalo 19 % klientů. Podíly ostatních možností v jednotlivých krajích jsou znázorněny na grafu č. 27.

Graf č. 27 **Navštěvovaná škola při přijetí do instituce v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



Nejčastějším typem navštěvované školy při přijetí do instituce byla shodně ve všech krajích základní škola (Karlovarský kraj 38 %, Olomoucký 50 %, Zlínský 55 %). U značné části klientů však nebyl typ školy uveden. Pokud se jedná o navštěvovaný stupeň třídy při přijetí do instituce, tak v Karlovarském kraji tato informace nebyla uvedena ve 45 % případů a v Olomouckém a Zlínském kraji shodně ve 29 % případů. V Karlovarském kraji pak byla nejčastěji zastoupena první a druhá třída ZŠ (shodně 10 %), v Olomouckém kraji rovněž první třída ZŠ (14 %) a ve Zlínském kraji to byla pátá a šestá třída ZŠ (shodně 10 %).

V současnosti místní školu v obci/městě navštěvují více než dvě třetiny klientů (69 %). Tzn. oproti stavu při přijetí se tento podíl zvýšil o 20 procentních bodů. Ostatní uváděné možnosti nepřesáhly hranici 10 % (škola v zařízení 8 %, nechodí do školy 1 %, internátní škola mimo instituci 6 %, mateřská škola v instituci 1 %, mateřská škola v obci/městě 6 %, jiné 2 %, neuvedeno 7 %).

Pokud se jedná o typ navštěvované školy v současnosti, tak nejčastější je stále základní škola (42 %) a učiliště (21 %). Po jedné desetině klientů navštěvuje základní školu (dříve zvláštní škola) a střední školu s maturitou. Vysokou školu navštěvují 2 % klientů a v 8 % případů informace o typu navštěvované školy nebyla uvedena.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Na výše uvedené se opět zaměříme z hlediska jednotlivých krajů. V současnosti navštěvuje nadpoloviční většina klientů (65 %) v Karlovarském kraji, tři čtvrtiny klientů v Olomouckém kraji a téměř dvě třetiny klientů ve Zlínském kraji (65 %) místní školu v obci/měště. Oproti stavu při přijetí se tudíž zvýšily uvedené podíly a současně se snížil podíl klientů, jež navštěvovali mateřskou školu, a to ať už v instituci nebo v obci/měště, či podílů klientů, kteří do školy nechodili (tabulka č. 6).

Tabulka č. 6 **Navštěvovaná škola při přijetí do instituce a v současnosti v jednotlivých krajích (%)**

škola	při přijetí			v současnosti		
	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
škola v zařízení	18%	13%	20%	14%	6%	5%
místní škola v obci/měště	38%	54%	50%	65%	75%	65%
nechodí do školy	13%	15%	10%	0%	1%	2%
internátní škola mimo instituci	0%	2%	1%	3%	6%	9%
mateřská škola v instituci	9%	2%	6%	0%	1%	0%
mateřská škola v obci/měště	19%	14%	12%	9%	5%	6%
kojenecký ústav	3%	0%	0%	1%	4%	1%
neuvedeno	0%	1%	1%	8%	3%	11%
celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%

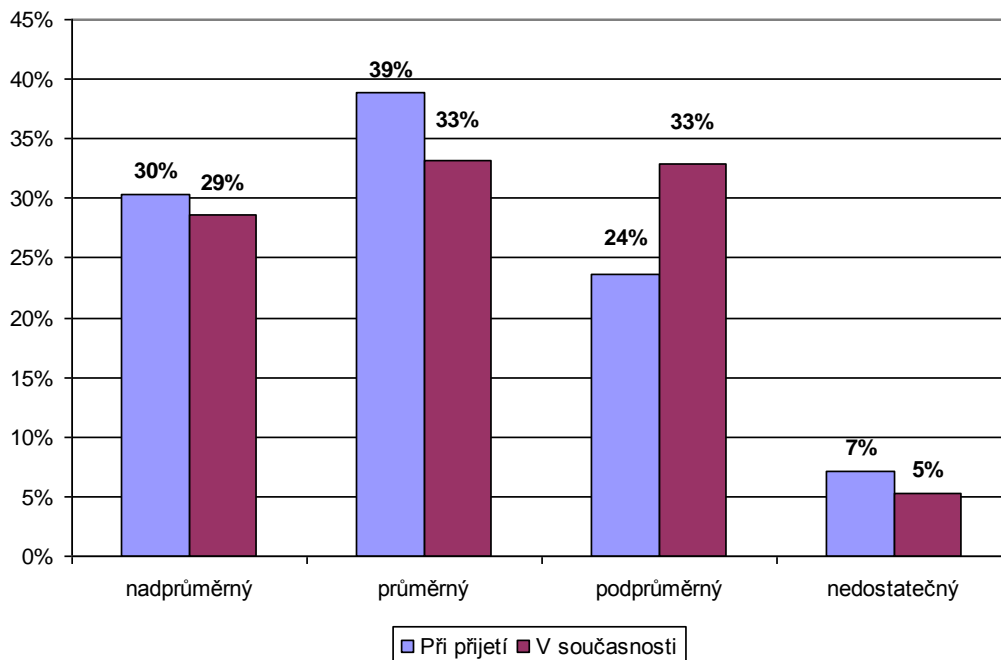
Nejčastěji navštěvovaným typem školy v současnosti je ve všech krajích stále základní škola (Karlovarský kraj 40 %, Olomoucký 46 %, Zlínský 38 %) následovaná učilištěm (Karlovarský kraj 24 %, Olomoucký 18 %, Zlínský 23 %). Vysoké školy jsou pak typické zejména pro Olomoucký kraj (4 % klientů).

Při přijetí do instituce byly informace týkající se **školního prospěchu** - nadprůměrný (jedničky, nějaké dvojky), průměrný (trojka alespoň z jednoho předmětu), podprůměrný (čtyřka alespoň z jednoho předmětu), nedostatečný (pětka alespoň z jednoho předmětu); uvedeny u 60 % respondentů (z celkového počtu 375). U zbývajících 40 % respondentů toto buď nebylo uvedeno vůbec či se jednalo o děti předškolního věku. V současnosti se pak snížilo procento nedostupných informací o 26 procentních bodů, tj. na hodnotu 14 %.

Při přijetí do instituce dosahovaly děti nejčastěji průměrného školního prospěchu (39 %) a nadprůměrného (30 %). Podprůměrný školní prospěch byl uveden u téměř jedné čtvrtiny dětí (24 %) a nedostatečný u méně než jedné desetiny dětí (7 %). Nutno upozornit na skutečnost, že tyto hodnoty vychází pouze z validních údajů, tj. od těch respondentů, kteří uvedli jeden ze čtyř školních průměrů. Výsledné hodnoty jsou názorně vidět na grafu č. 28.

Oproti tomu v současnosti pak z celkového počtu 322 validních údajů dosahovala jedna třetina dětí podprůměrného (33 %) a jedna třetina dětí průměrného (rovněž 33 %) školního prospěchu. Nadprůměrný školní prospěch byl zaznamenán u 29 % dětí a nedostatečný u 5 % dětí.

Graf č. 28 **Školní prospěch při přijetí do instituce (100 % = 224 respondentů) a v současnosti (100 % = 322 respondentů)**



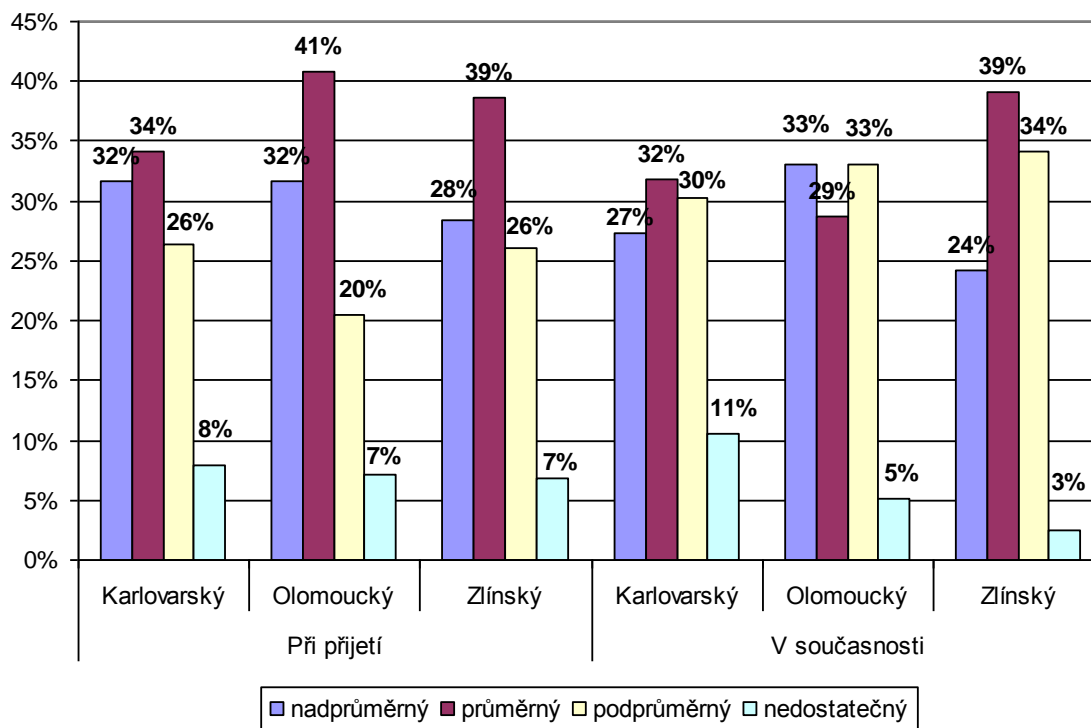
Na výše uvedené se nyní zaměříme z pohledu jednotlivých krajů. Při přijetí tvořily validní údaje v Karlovarském kraji 49 % z celkového počtu 78 údajů, v Olomouckém kraji 64 % ze 154 údajů a ve Zlínském kraji 62 % z celkového počtu 143 údajů. V současnosti se pak podíly validních informací významně zvýšily (Karlovarský kraj 85 %, Olomoucký kraj 88 %, Zlínský kraj 84 %).

V Karlovarském kraji byly při přijetí nejčastěji zastoupeny děti s průměrným (34 % z validních údajů) a nadprůměrným (32 % z validních údajů) školním prospěchem. Podprůměrný školní prospěch byl uveden u více než čtvrtiny dětí (26 % z validních údajů) a nedostatečný u méně než desetiny dětí (8 % z validních údajů). Oproti tomu v současnosti se zvýšil podíl dětí jak s podprůměrným, tak i s nedostatečným školním prospěchem, a to o 3 až 4 procentní body. Nejčastěji jsou tak nyní zastoupeny děti s průměrnými a podprůměrnými školními výsledky (graf č. 29).

V Olomouckém kraji tvořily při přijetí významný podíl děti s průměrným školním prospěchem (41 % z validních údajů). Dále se pak jednalo o nadprůměrný (32 % z validních údajů), podprůměrný (20 % z validních údajů) a nedostatečný školní prospěch (7 % z validních údajů). V současnosti se však situace změnila a jedna třetina dětí má nadprůměrný a jedna třetina podprůměrný školní prospěch (shodně 33 % z validních údajů).

Ve Zlínském kraji byly při přijetí nejčastěji zastoupeny děti s průměrným školním prospěchem. V současnosti jsou pak děti s průměrným školním prospěchem zastoupeny stejným podílem jako při přijetí (39 % z validních údajů), nicméně znatelně vzrostl podíl dětí dosahujících podprůměrných školních výsledků (34 % z validních údajů). Výše uvedené je názorně zobrazeno na grafu č. 29.

Graf č. 29 Školní prospěch při přijetí do instituce a v současnosti v jednotlivých krajích*



* Při přijetí: Karlovarský kraj 100 % = 38 respondentů
 Olomoucký kraj 100 % = 98 respondentů
 Zlínský kraj 100 % = 88 respondentů
 * V současnosti: Karlovarský kraj 100 % = 66 respondentů
 Olomoucký kraj 100 % = 136 respondentů
 Zlínský kraj 100 % = 120 respondentů

Školní průměr není ovlivněn pohlavím, ani etnikem. V souvislosti se speciálními potřebami, jež byly zaznamenány u 121 ze 375 klientů, byl u klientů s mentálním postižením nejčastější nadprůměrný školní prospěch (41 % klientů s tímto postižením) následovaný podprůměrným prospěchem (36 % klientů). V případě poruch chování byl nejčastější průměrný školní prospěch (75 % klientů s touto speciální potřebou) a v případě autismu měli všichni klienti podprůměrné školní výsledky (jednalo se pouze o dva klienty). Provedením analýzy závislosti však nebyl prokázán vztah mezi školním prospěchem a speciálními potřebami klienta. Psychiatrická medikace rovněž neměla vliv na školní výsledky.

Ve vztahu ke zneužívání návykových látek - drog byla situace následující: u těch klientů, kteří drogu nebrali (322 z 375), byl nejčastější školní prospěch průměrný (29 % klientů), následoval nadprůměrný (27 %) a podprůměrný (25 %). Naproti tomu u poloviny klientů, kteří se již s drogou setkali, či jí užívají pravidelně (53 klientů z 375), byly nejčastější podprůměrné známky (51 % klientů). Provedená analýza závislosti prokázala, že existuje vztah mezi školním průměrem a zneužíváním návykových látek - drog. Tento vztah nicméně není příliš těsný.

Práce sociálních pracovníků s dětmi v dětských domovech

Téměř u všech klientů dětských domovů (98 %) existoval psaný plán péče a 92 % klientů mělo kontakt se sociálním pracovníkem. Nejčastější formou tohoto kontaktu byla osobní návštěva sociálního pracovníka (99 % klientů), a to každé tři měsíce (88 % klientů), jak předepisuje sociálním pracovníkům zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Každých 6 měsíců se pak se sociálním pracovníkem scházela 3 % klientů a méně než jednou za rok pouze 1 % klientů.

V případě Karlovarského kraje nemělo kontakt se sociálním pracovníkem 5 % klientů a zbývající klienti se s ním scházeli každé tři měsíce. V Olomouckém kraji nemělo kontakt 6 % klientů, 88 % klientů se scházelo se sociálním pracovníkem každé tři měsíce, 3 % klientů každých šest měsíců a 3 % klientů méně než jednou za rok. Více než desetina klientů neměla kontakt se sociálním pracovníkem ve Zlínském kraji (13 %). Zbývajících 84 % klientů se s ním scházelo každé tři měsíce a 4 % klientů každých šest měsíců.

Revize případu prováděná zařízením byla během posledních tří měsíců provedena u téměř dvou třetin klientů dětských domovů (66 %). Nikdy nebyla provedena u 18 % klientů, během posledních šesti měsíců byla provedena u 14 % klientů, v průběhu posledního roku u 1 % klientů a více než před rokem rovněž u 1 % klientů.

Z hlediska jednotlivých krajů však byla situace odlišná. V Karlovarském kraji nebyla u naprosté většiny klientů revize provedena nikdy (88 %), během posledních třech měsíců pak byla provedena pouze u 6 % klientů. Naopak v Olomouckém kraji byla revize provedena během posledních třech měsíců u všech klientů a ve Zlínském kraji u méně než dvou třetin klientů (62 %). U zbývajících 38 % klientů byla revize provedena během posledních šesti měsíců.

Shrnutí

V této části jsme se zabývali analýzou demografických údajů, zdravotního stavu, pobytu v instituci, rodiny (zejména pak sociálně-právní situací rodiny a kontaktem s rodinou), chování a vzdělání klientů v dětských domovech, a to jak v Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji zvlášť, tak i za všechny kraje dohromady.

V dětských domovech byli **klienti obou pohlaví zastoupeni rovnoměrně**. Pouze v Karlovarském kraji to byly spíše dívky. U klientů dětských domovů **převažovala česká národnost a většinové etnikum** (pouze v Karlovarském kraji se téměř v polovině případů etnikum nesledovalo). Průměrný věk dosahoval 13,4 let, přičemž **nejčastěji byly zastoupeny věkové skupiny 11 až 15 let a 16 let a více**. Obdobná situace byla i v jednotlivých krajích. Délka pobytu v instituci se nejčastěji pohybovala do 5 let, přičemž průměrná délka pobytu byla 50 měsíců.

Co se týká zdravotního stavu, tak **více než dvě třetiny dětí byly bez speciálních potřeb**. U zbývajících se pak nejčastěji jednalo o mentální postižení. Obdobné výsledky byly i za jednotlivé kraje, s tím rozdílem, že bez speciálních potřeb byla v Karlovarském a Zlínském kraji více než polovina klientů. Příspěvek na péči pobírali z celého analyzovaného souboru pouze dva klienti. U naprosté většiny klientů pak rovněž nebyla podávána žádná medikace. Pravidelná medikace a psychiatrická medikace byly shodně zastoupeny méně než jednou desetinou případů. Z hlediska krajů bylo nejméně klientů s psychiatrickou medikací ve Zlínském kraji.

Více než polovina klientů přišla do instituce přímo z biologické rodiny, významněji však byl zastoupen i **diagnostický ústav**. **Nejčastějšími důvody** pro

přijetí pak byly **nepříznivá sociální situace, bytové problémy a finanční potíže rodiny**. Situace v jednotlivých krajích byla obdobná. Z hlediska opakovaného umístění klientů mimo biologickou rodinu pak byla alespoň jednou mimo svou rodinu umístěna třetina klientů. U naprosté většiny klientů, bez ohledu na kraj, se tak jednalo o první umístění.

Opakované umístění mimo rodinu se většinou týkalo dětí většinového etnika a klientů bez speciálních potřeb. Většina z klientů, kteří byli opakovaně umístováni mimo svou biologickou rodinu, měla kontakt se svou rodinou. **Chybějící kontakt dítěte s rodinou se pak v naprosté většině týkal dětí prvně umístěných mimo biologickou rodinu**. Naprostá většina těchto klientů neměla problémy s drogami, alkoholem a ani útky ze zařízení.

Téměř všichni klienti měli **v rodném listu uvedeny oba rodiče** a v době přijetí klienta do instituce oba rodiče žili. Nejčastějším typem jejich soužití bylo manželské soužití. Pouze v Karlovarském kraji však mezi nejčastější typ soužití rodičů patřilo nesezdané soužití rodičů.

Nejčastěji uváděnými sociálně-právními situacemi rodiny v době přijetí klienta do instituce byla **sociálně slabá rodina, s odstupem následovaná matkou závislou na alkoholu/návykových látkách a otcem závislým na alkoholu/návykových látkách**. Krajské rozdíly mezi nejpočetněji zastoupenými sociálními a právními situacemi rodiny se vyskytly především u matky závislé na alkoholu/návykových látkách a u otce závislého na alkoholu/návykových látkách, kdy většina případů byla zaznamenána v Karlovarském kraji.

Alespoň jednoho sourozence měli téměř všichni klienti dětských domovů. Z hlediska jednotlivých krajů pak bylo v Karlovarském kraji nejvíce klientů, kteří měli 5 a více sourozenců, v Olomouckém kraji měla více než čtvrtina klientů dva sourozence a necelá třetina klientů ve Zlínském kraji měla tři sourozence. **Ve stejné instituci měla alespoň jednoho sourozence nadpoloviční většina klientů**. V jiné instituci pak mělo alespoň jednoho sourozence 51 % klientů z Karlovarského kraje, 15 % klientů z Olomouckého a 11 % klientů ze Zlínského kraje.

Srovnáním počtu sourozenců ve vztahu k etniku se ukázalo, že u většinového etnika byli nejčastěji maximálně tři sourozenci, v případě romského etnika to však byli více než čtyři sourozenci. Současné umístění sourozenců v institucionální péči, a to buď ve stejném či jiném zařízení, bylo častější u klientů většinového etnika. Rozdíly v umístění sourozenců z hlediska speciálních potřeb klientů se neprojevily.

Naprostá většina klientů dětských domovů měla kontakt s rodinou a nejčastější formou tohoto kontaktu byl kontakt s matkou. Více než polovina klientů pak měla rodinu vzdálenou nad 26 km.

Téměř u všech klientů dětských domovů existoval psaný plán péče a měli kontakt se sociálním pracovníkem. Nejčastější formou tohoto kontaktu byla osobní návštěva sociálního pracovníka, a to každé tři měsíce, tedy striktně podle zákonných povinností sociálních pracovníků.

Útky, kdy byl klient více než 24 hodin pryč mimo instituci, **nebyly časté**. Naprostá většina klientů z dětského domova nikdy neutekla. Pokud klienti mohli navštívit svou rodinu doma, vrátili se téměř všichni zpět do zařízení. Z hlediska zneužívání návykových látek - drogy či alkohol, pak toto nikdy neudělala naprostá většina klientů. Výchovná opatření se tak ve většině případů nikdy nepoužila.

Poslední analyzovanou částí byla oblast vzdělávání. Při přijetí do instituce navštěvovali klienti nejčastěji místní školu v obci/měště, a to základní školu - první

třídu. Poté následovala mateřská škola v obci/měště. **Školní prospěch byl nejčastěji průměrný** (trojka alespoň z jednoho předmětu), a to ve všech krajích. V současnosti pak byla stále nejčastěji uváděna místní škola v obci/měště, a to základní škola následovaná učilištěm. Nejčastějším stupněm byl první ročník na SŠ následovaný druhým ročníkem na SŠ. Školní výsledky se mírně zhoršily, neboť vedle průměrného prospěchu se častým stal také prospěch podprůměrný (shodně 33 %).

Školní prospěch nebyl ovlivněn pohlavím ani etnikem. V souvislosti se speciálními potřebami byl u klientů s mentálním postižením nejčastější nadprůměrný školní prospěch, následovaný podprůměrným prospěchem. V případě poruch chování byl nejčastější průměrný prospěch a v případě autismu měli všichni klienti podprůměrné školní výsledky. Provedením analýzy závislosti však nebyl prokázán vztah mezi školním průměrem a speciálními potřebami klienta. Psychiatrická medikace rovněž neměla vliv na školní průměr.

Ve vztahu ke zneužívání návykových látek - drog, byla situace následující. U poloviny klientů, kteří se již s drogou setkali, či jí užívají pravidelně, se jednalo o podprůměrné školní výsledky. Provedená analýza závislosti na 5% hladině významnosti pak prokázala, že existuje vztah mezi školním průměrem a zneužíváním návykových látek - drog. Tento vztah nicméně nebyl příliš těsný.

2.2.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

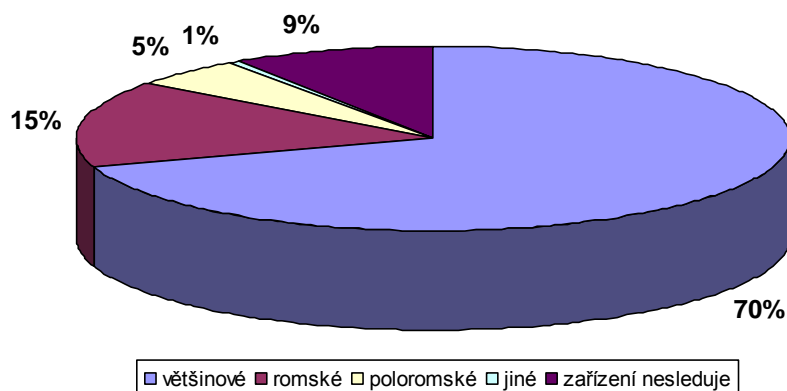
Demografické údaje

V rámci poskytnutých údajů v souboru „odchody“ byl celkový počet prošetřených klientů dětských domovů ve výši 375 (78 klientů z Karlovarského kraje, 154 z Olomouckého kraje a 143 ze Zlínského kraje), tzn. stejný jako v případě souboru „příchody“.

Zatímco však v celém analyzovaném souboru „příchody“ byl počet klientů z hlediska pohlaví zastoupen rovnoměrně, v souboru „odchody“ tomu tak nebylo. Nadpoloviční většina klientů byla mužského pohlaví (55 % chlapců, 45 % dívek). V případě jednotlivých krajů toto platilo jak pro Olomoucký (55 % chlapců), tak i Zlínský kraj (56 % chlapců). V Karlovarském kraji pak byli klienti z hlediska pohlaví zastoupeni rovnoměrně (50 % a 50 %).

Téměř všichni klienti byli české národnosti (99,5 %), pouhý jeden klient byl vietnamské národnosti (Olomoucký kraj) a jeden jiné národnosti (Zlínský kraj). U více než dvou třetin klientů (70 %) bylo zaznamenáno většinové etnikum, u méně než jedné šestiny klientů se jednalo o romské etnikum (15 %) a u téměř jedné desetiny klientů (9 %) instituce etnikum dětí nesledovaly (graf č. 30). Zbývající klienti byli přiřazeni k poloromskému (5 %) či jinému etniku (1 %). V Olomouckém a Zlínském kraji byla převážná většina klientů většinového etnika (Olomoucký 76 %, Zlínský 79 % klientů). Pouze v Karlovarském kraji u téměř poloviny klientů etnikum nesledovali (44 %). Z tabulky č. 7 je zřejmé, že romské etnikum tvořilo v Karlovarském kraji 10 %, Olomouckém 20 % a Zlínském kraji více než jednu desetinu (13 %).

Graf č. 30 Podíl klientů na celkovém počtu klientů v dětských domovech podle etnika (%)

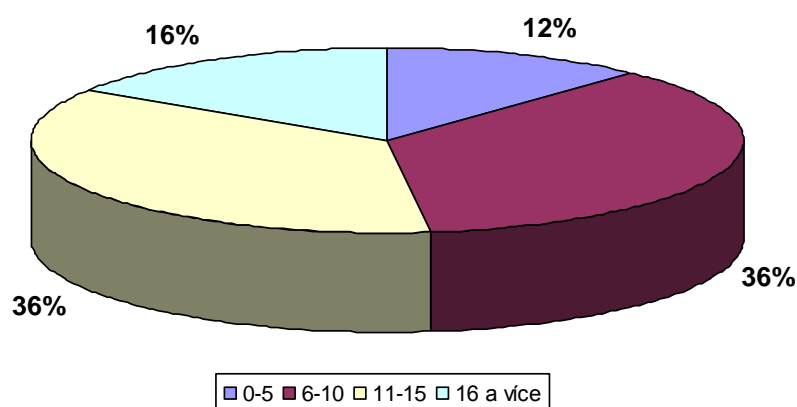


Tabulka č. 7 Podíl klientů v dětských domovech v souvislosti s etnickým původem v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)

kraj	většinové	romské	poloromské	jiné	zařízení nesleduje
Karlovarský	42%	10%	4%	0%	44%
Olomoucký	76%	20%	4%	0%	0%
Zlínský	79%	13%	7%	1%	0%

Průměrný věk klientů při příchodu do instituce byl 10,8 let, modus věku činil 15 let a medián 11 let. Po utřídění hodnot do jednotlivých věkových skupin (graf č. 31) pak byli klienti při příchodu do dětského domova nejčastěji ve věku 6 až 10 let a 11 až 15 let (shodně 36 %). Méně než jedna pětina (16 %) klientů byla ve věku 16 a více let a zbývajícím klientům bylo méně než 5 let (12 %).

Graf č. 31 Věkové rozložení klientů dětských domovů při příchodu do instituce (%)

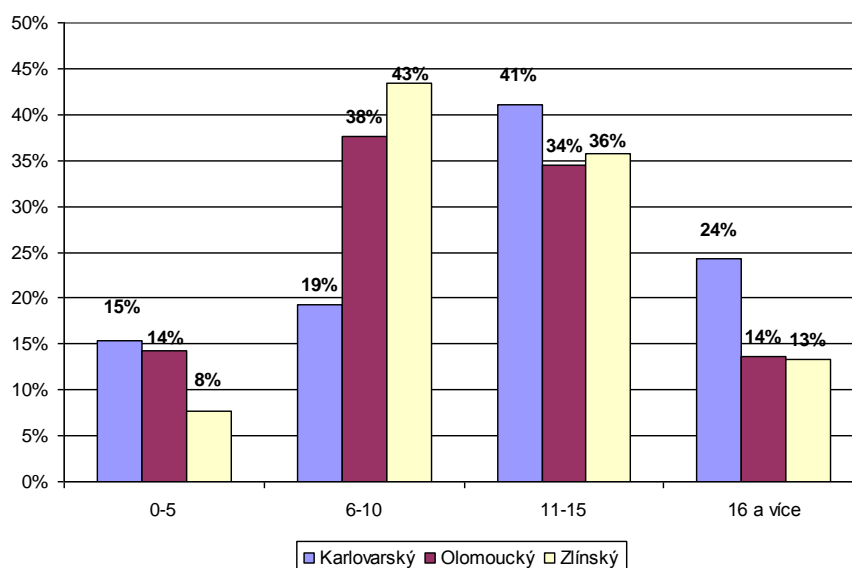


V jednotlivých krajích pak byla situace následující (graf č. 32): průměrný věk klientů při příchodu do dětských domovů v Karlovarském kraji činil 11,7 let a medián 13,5 let. Z hlediska jednotlivých věkových skupin bylo nejvíce klientů (41 %) ve věku 11 až 15 let, 24 % klientů bylo starší 16 let a méně než pětina klientů (19 %) byla ve věku 6-10 let. Zbývající klienti nebyli starší 5 let (15 % klientů).

V Olomouckém kraji se pohyboval průměrný věk klientů ve výši 10,4 let a medián ve výši 10 let. Z hlediska rozložení věkových skupin pak byl nejčastější věkový interval 6 až 10 let (38 % klientů). Následoval věkový interval 11 až 15 let (34 %) a 0 až 5 let spolu s 16 let a více (shodně 14 % klientů).

Podobně jako v Olomouckém kraji, tak i ve Zlínském byl medián věku 10 let (průměrný věk 10,7 let) a nejčastěji se věk klientů pohyboval v intervalu 6 až 10 let (43 %). Více než třetina klientů byla rovněž ve věku 11 až 15 let (36 %) a více než desetina klientů byla starší 16 let (13 %). Zlínský kraj se oproti ostatním krajům lišil v tom, že měl nejméně zastoupeny klienty, kteří při příchodu do instituce nepřesahovali věk 5 let (8 %).

Graf č. 32 **Věkové rozložení klientů při příchodu do dětských domovů v jednotlivých krajích (100 %= celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**



Z dětských domovů pak odcházeli klienti nejčastěji ve věku 16 let a více (55 % klientů). Téměř třetina klientů (29 %) ve věku 11 až 15 let a více než jedna desetina (12 %) ve věku 6 až 10 let. Zbývající klienti byli při odchodu mladší 5 let (4 %).

V Karlovarském kraji byl nejčastějším věkem při odchodu ze zařízení věk 19 let. Medián věku činil 16 let a průměrný věk 14,8 let (tabulka č. 8). Z hlediska věkového rozložení pak byla při odchodu více než polovina klientů (51 %) starší 16 let, necelá třetina klientů (31 %) ve věku 11 až 15 let a jedna desetina klientů ve věku 6 až 10 let. Karlovarský kraj se oproti ostatním krajům lišil v tom, že téměř desetina klientů (8 %) při odchodu z instituce nebyla starší 5 let. V Olomouckém a Zlínském kraji totiž podíl klientů ve věku 0 až 5 let činil 3 %.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

V Olomouckém kraji se pak stal nejčastějším věk 18 let, medián věku činil 15 let a průměrný věk 14,8 let. Věkové rozložení bylo podobné jako v Karlovarském kraji s tím rozdílem, že zde byl větší podíl klientů, jejichž věk se při odchodu pohyboval mezi 6 až 10 roky (16 % klientů). Současně zde byl nízký podíl klientů ve věku do 5 let (3 %).

Oproti ostatním krajům dosahoval Zlínský kraj jak nejvyššího mediánu věku (18 let), tak i průměrného věku (15,8 let). Modus činil 18 let. Téměř dvě třetiny klientů tak ze zařízení odcházely ve věku 16 let a více (63 %) a necelá čtvrtina klientů ve věku 11 až 15 let (23 %). Zbývajících 14 % klientů nepřesáhlo věkovou hranici 10 let.

Tabulka č. 8 **Modus, medián věku a průměrný věk u klientů při odchodu do dětských domovů v jednotlivých krajích**

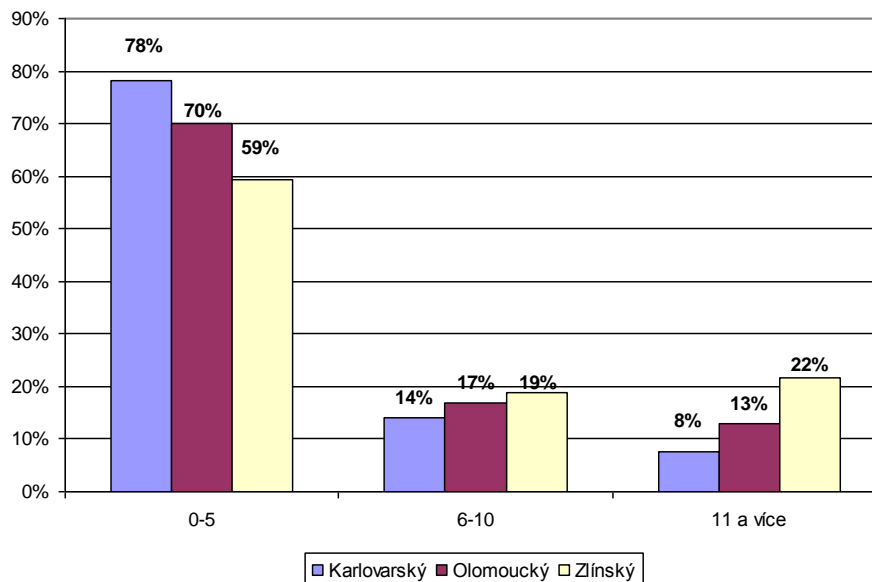
kraj	modus	medián	průměr
Karlovarský	19	16	14,8
Olomoucký	18	15	14,8
Zlínský	18	18	15,8

Průměrná délka pobytu v dětském domově tak byla 57 měsíců, přičemž medián činil 37 měsíců a modus 5 měsíců. Nadpoloviční většina klientů (68 %) pobývala v instituci do 5 let, méně než pětina klientů v rozmezí 6 až 10 let (17 %) a více než desetina klientů byla v dětském domově více než 11 let (15 %).

V Karlovarském kraji byla průměrná délka pobytu 41,7 měsíců a medián 29,5 měsíců, v Olomouckém kraji průměr činil 52,4 měsíců a medián 41 měsíců a ve Zlínském kraji byla průměrná délka pobytu ve výši 69,8 měsíců a medián ve výši 40 měsíců.

Zjištěné údaje o délce pobytu v měsících v jednotlivých krajích jsme převedli na délku pobytu v rocích, z nichž jsme utvořili následující intervaly - 0 až 5 let, 6 až 10 let a nad 11 let. V Karlovarském kraji tak tvořili nadpoloviční většinu klienti, kteří v zařízení pobývali do pěti let (78 %) - stejně tak jako v Olomouckém (70 % klientů) a Zlínském kraji (59 % klientů). Podíly ostatních skupin jsou zobrazeny na grafu č. 33. Lze si povšimnout, že ve Zlínském kraji je oproti ostatním krajům nejvíce klientů, kteří pobývali v dětském domově déle než 11 let.

Graf č. 33 **Délka pobytu (roky) klientů dětských domovů v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**



Na základě zjištěných údajů lze říci, že délka pobytu v měsících nesouvisí s pohlavím, etnikem a ani se speciálními potřebami klienta.

Zdravotní stav

Téměř tři čtvrtiny klientů dětských domovů neměly žádné speciální potřeby (73 %). Z jednotlivých potřeb pak bylo nejčastěji uváděno mentální postižení, a to v 15 % případů. Dále se jednalo o psychiatrické onemocnění (6 %), zdravotní potřeby (3 %), ADHD (3 %), smyslové postižení (2 %), poruchy chování (2 %), tělesné postižení (1 %) a autismus (1 %). Položka „jiné“ byla označena v 6 % případů.

V dětských domovech v Karlovarském kraji byla bez speciálních potřeb více než polovina klientů (60 %). Více než desetina klientů (12 %) měla mentální postižení, 6 % klientů ADHD, 5 % klientů smyslové postižení, 4 % klientů zdravotní potřeby a 1 % klientů tělesné postižení a poruchy chování. U více než čtvrtiny klientů pak byla rovněž označena položka „jiné“ (29 %).

V případě Olomouckého kraje byly bez speciálních potřeb více než dvě třetiny klientů (70 %). Hranici 10 % přesáhli klienti s mentálním postižením (15 %) a psychiatrickým onemocněním (12 %). Ostatní uvedené speciální potřeby tvořily zanedbatelné procento. Jednalo se o smyslové postižení (3 %), ADHD (3 %), zdravotní potřeby (3 %), poruchy chování (2 %) a tělesné postižení (1 %).

Podobně byl na tom i Zlínský kraj, kdy speciální potřeby nemělo 83 % klientů. Další významnější položku tvořilo mentální postižení (16 %). Ostatní typy potřeb nepřesáhly hranici 3 %. Vše je názorně uvedeno v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 **Speciální potřeby klientů v dětských domovech (100 % = celkový počet klientů v dětských domovech v daném kraji; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**

speciální potřeby	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
žádné potřeby	60%	70%	83%
smyslové postižení	5%	3%	1%
tělesné postižení	1%	1%	1%
mentální postižení	12%	15%	16%
zdravotní potřeby	4%	3%	2%
psychiatrické onemocnění	0%	12%	3%
poruchy chování	1%	2%	1%
ADHD	6%	3%	1%
autismus	0%	0%	1%
jiné	29%	0%	1%

Po přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálním pojištění, se sleduje stupeň postižení v souvislosti s příspěvkem na péči, který je rozdělen celkem do čtyř stupňů. V celém sledovaném souboru, který čítal 375 klientů, pobíral pouze jeden klient příspěvek na péči 3. stupně, a to ve Zlínském kraji.

Medikace nebyla naprosté většině klientů dětských domovů (89 %) podávána. V necelé desetině případů (9 %) se jednalo o pravidelnou psychiatrickou medikaci (pouze ve dvou případech bylo specifikováno „na zklidnění“) a ve zbývajících 2 % případů se jednalo o pravidelnou medikaci (např. epilepsie, diabetes, ADHD, růstový hormon, ledviny). Procentuální rozložení medikace v jednotlivých krajích je uvedeno v tabulce č. 10. Je zřejmé, že téměř všichni klienti v Karlovarském kraji neměli žádnou medikaci (99 %). Oproti tomu v Olomouckém a Zlínském kraji přesáhl počet klientů s pravidelnou psychiatrickou medikací hranici 10 %.

Tabulka č. 10 **Medikace u klientů dětských domovů v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v daném kraji)**

medikace	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
žádná	99%	85%	88%
pravidelná	0%	3%	2%
pravidelná psychiatrická	1%	12%	10%

Ve všech 33 případech, kdy byla uvedena pravidelná psychiatrická medikace, se v naprosté většině případů jednalo o klienty mužského pohlaví (67 %). Téměř všichni byli většinové národnosti, pouze jeden klient byl slovenské národnosti. Dvě třetiny z nich pak byly většinového etnika (67 %), necelá jedna čtvrtina (24 %) romského etnika a méně než jedna desetina poloromského etnika (9 %). Jejich věk se při příchodu pohyboval mezi 6 až 17 lety, přičemž nejčastějším byl věkový interval 6 až 10 let spolu s intervalem 11 až 15 let (shodně 45 % klientů). Při odchodu byl pak nejčastější věkový interval 16 let a více (55 % klientů). Délka pobytu v instituci se u těchto klientů pohybovala v průměru kolem 55 měsíců (modus 3 měsíce, medián 50 měsíců).

Nejčastějším důvodem přijetí do dětského domova u klientů s psychiatrickou medikací byla nepříznivá sociální situace (13 případů, tj. 39 %) a nezvládání péče z důvodu speciálních potřeb rodičů (10 případů, tj. 30 %). U devíti klientů bylo rovněž označeno nezvládání problémového chování dítěte (bylo možno zaznamenat více odpovědí, proto součet výše uvedených nedává 33 klientů, resp. 100 %).

Tito klienti do instituce nejčastěji přicházeli z diagnostického ústavu (45 % klientů) a přímo z biologické rodiny (30 % klientů).

Pobyt v instituci

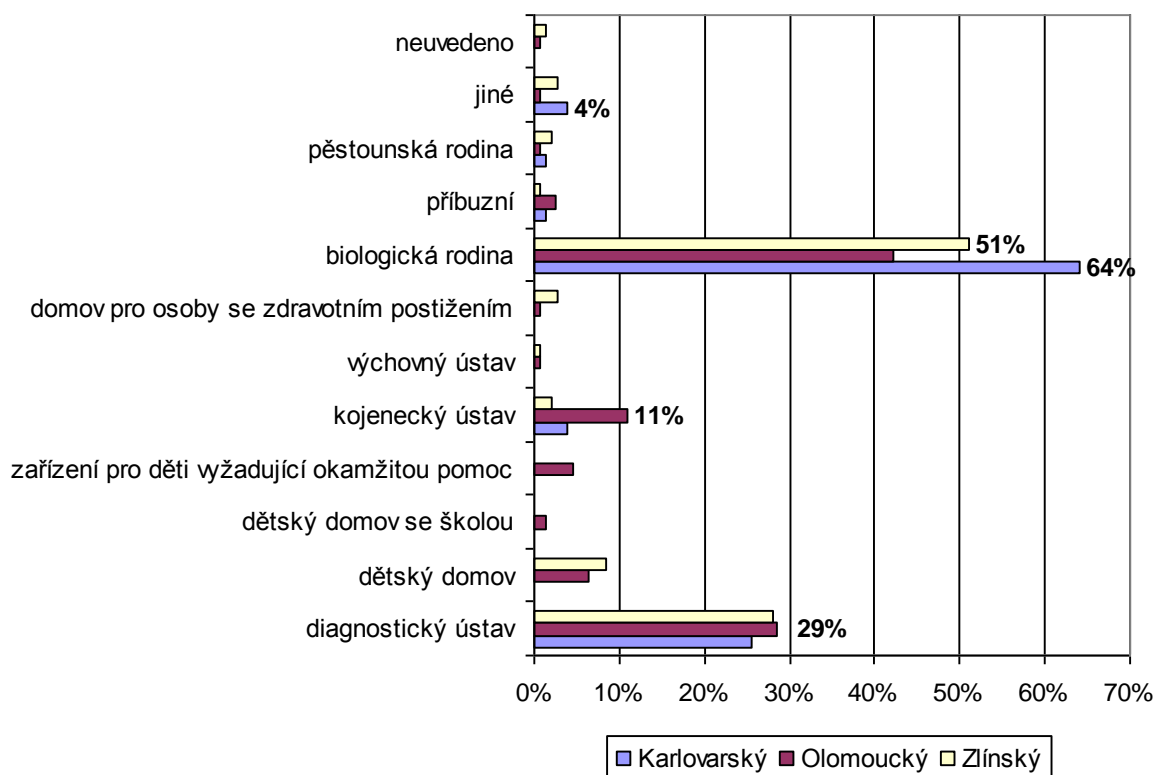
Přesně polovina klientů přišla do dětského domova přímo z biologické rodiny (50 %). Více než čtvrtina klientů pocházela z diagnostického ústavu (28 %) a méně než jedna desetina klientů z dalšího dětského domova a kojeneckého ústavu (shodně 6 %). Ostatní typy institucí, pěstounská rodina či příbuzní netvořili tak významný podíl.

Z hlediska jednotlivých krajů byla situace následující: v Karlovarském kraji (graf č. 34) pocházely z biologické rodiny téměř dvě třetiny klientů (64 %) a z diagnostického ústavu více než jedna čtvrtina klientů (26 %). Zbývající pak přišli z kojeneckého ústavu (4 %), pěstounské rodiny (1 %), od příbuzných (1 %) či odjinud (4 %).

V Olomouckém kraji naopak pocházela přímo z biologické rodiny méně než polovina klientů (42 %) a téměř jedna třetina klientů z diagnostického ústavu (29 %). Oproti ostatním krajům zde bylo nejvíce klientů, kteří přišli z kojeneckého ústavu (11 %) a ze zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (5 % klientů). Ostatní možnosti tvořily zanedbatelné procento .

Přímo z biologické rodiny pak přišlo do dětského domova ve Zlínském kraji 51 % klientů. Z diagnostického ústavu více než jedna čtvrtina klientů (28 %) a z dětského domova necelá desetina klientů (8 %). Více zobrazuje graf č. 34.

Graf č. 34 **Procentuální rozložení klientů dětských domovů podle místa, odkud přišli, v Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech v příslušném kraji)**



Důvodem pro přijetí pak byla u téměř poloviny klientů (47 %) nepříznivá sociální situace a u téměř třetiny klientů bytové problémy rodiny (30 %). Následovaly finanční potíže rodiny (28 %), přičemž významně zde bylo zastoupeno i nezvládnutí problémového chování dítěte, jež bylo důvodem pro přijetí v necelé čtvrtině případů (22 %). Položka „jiné“ byla uvedena u necelé pětiny klientů (17 %). V deseti případech pak byla uvedena bližší specifikace, a to 3x týrání, 3x úmrtí babičky, 3x nemoc pěstounky a v jednom případě se jednalo o pokus o sebevraždu.

V případě Karlovarského kraje byla nepříznivá sociální situace důvodem pro přijetí 60 % klientů, finanční potíže rodiny pro 42 % klientů a bytové problémy rodiny pro 41 % klientů (bylo možno zaznamenat více možností, proto jejich celkový součet nedává 100 %). Významnou položku zde tvořila i položka „jiné“, která byla uvedena u více než poloviny klientů (55 %). Bližší specifikace však nebyla uvedena.

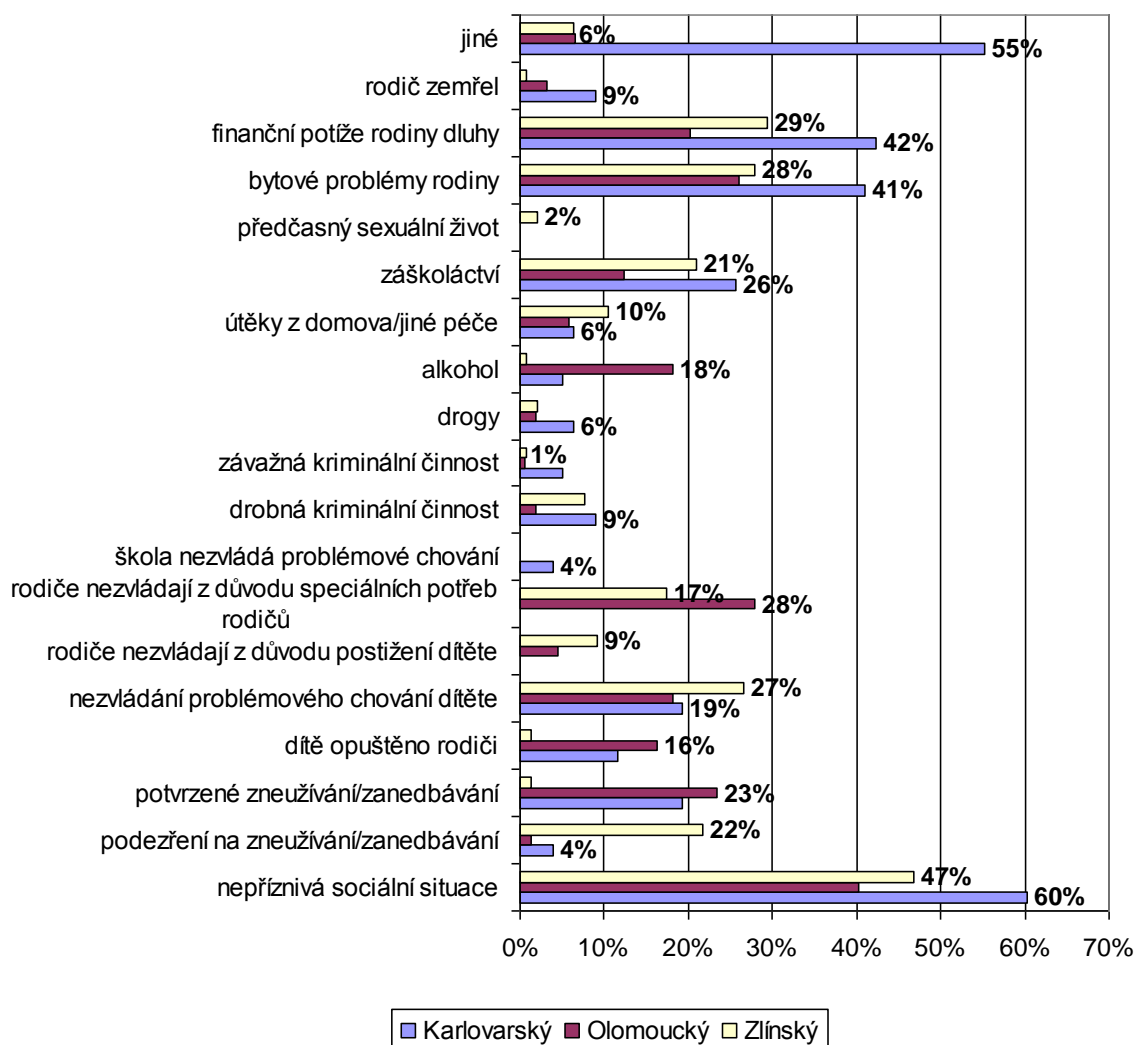
U více než třetiny klientů (40 %) v Olomouckém kraji byla důvodem rovněž nepříznivá sociální situace. U více než čtvrtiny klientů (28 %) se pak jednalo o nezvládnutí z důvodu speciálních potřeb rodičů, u 26 % klientů o bytové problémy rodiny a 23 % klientů bylo do instituce přijato z důvodu potvrzeného zneužívání/zanedbávání. Finanční potíže byly důvodem pro přijetí jedné pětiny klientů (20 %).

Ve Zlínském kraji však tato situace byla o trochu jiná. Nepříznivá sociální situace byla hlavním důvodem pro přijetí méně než poloviny klientů (47 %), u méně než třetiny klientů (29 %) se jednalo o finanční potíže/dluhy rodiny a u 28 % klientů

to byly bytové problémy rodiny. Více než čtvrtinou zde byla zastoupena i položka nezvládnání problémového chování dítěte (27 %). Více zobrazuje graf č. 35.

V případě romského etnika byly nejčastějším důvodem pro přijetí do dětského domova finanční potíže rodiny (36 % klientů romského etnika) a nepříznivá sociální situace (29 %). U poloromského etnika to pak nejčastěji byly nepříznivá sociální situace (63 % klientů poloromského etnika), bytové problémy rodiny (42 % klientů poloromského etnika) a finanční potíže (37 %).

Graf č. 35 **Důvody pro přijetí do dětského domova v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



Při přijetí do instituce byl pobyt klienta nejčastěji stanoven předběžným opatřením, a to v 58 % případů, u třetiny klientů (34 %) byla nařízena ústavní výchova. V sedmnácti případech byl pobyt stanoven předběžným opatřením se souhlasem rodičů, resp. na žádost rodičů, v osmi případech bez souhlasu rodičů a ve

dvou případech se jednalo o dobrovolný pobyt dítěte. Ústavní výchova se souhlasem rodičů pak byla nařízena ve dvou případech (těchto celkem 29 možností bylo uvedeno pouze v Olomouckém kraji).

Z hlediska krajského rozložení byl v Karlovarském kraji, podobně jako ve Zlínském kraji, pobyt klienta stanoven pouze na základě předběžného opatření (Karlovarský kraj 67 % klientů, Zlínský kraj 62 % klientů) a nařízené ústavní výchovy (Karlovarský kraj 33 % klientů, Zlínský kraj 38 % klientů). Pouze v Olomouckém kraji bylo předběžné opatření stanoveno u 51 % klientů a ústavní výchova byla nařízena u 31 % klientů (u zbývajících 29 klientů bylo uvedeno více možností, viz. výše).

Co se týká problematiky opakovaného umísťování klientů mimo biologickou rodinu, tak u téměř dvou třetin klientů se jednalo o první umístění mimo biologickou rodinu (63 %). Méně než třetina klientů (30 %) již byla jednou umístěna mimo biologickou rodinu a necelá desetina (7 %) pak dvakrát a více.

Jednotlivé kraje se však od sebe lišily. V Karlovarském kraji se o první umístění mimo biologickou rodinu jednalo téměř ve všech případech (97 %), o druhé ve 3 % případech. V Olomouckém kraji byla poprvé mimo biologickou rodinu umístěna necelá polovina klientů (47 %), podruhé 45 % klientů, potřetí 6 % klientů, počtvrté 1 % a popáté 1 % klientů. Ve Zlínském kraji se pak jednalo o více než polovinu klientů dětských domovů (61 %), kteří byli mimo biologickou rodinu umístěni poprvé, více než čtvrtinu klientů (28 %) umístěných mimo rodinu po druhé, necelou jednu desetinu klientů (9 %) po třetí a po jednom procentu pak po čtvrté i po páté.

Opakované umístění mimo rodinu se zpravidla týkalo klientů většinového etnika (60 % případů) a klientů bez speciálních potřeb (61 %). Jak již bylo zmíněno, více než třetina klientů (37 %, tj. 139 z 375 klientů) byla opakovaně umísťována mimo biologickou rodinu. Z nich pak naprostá většina neměla problémy s drogami (71 %), alkoholem (94 %) ani útekami ze zařízení (86 %).

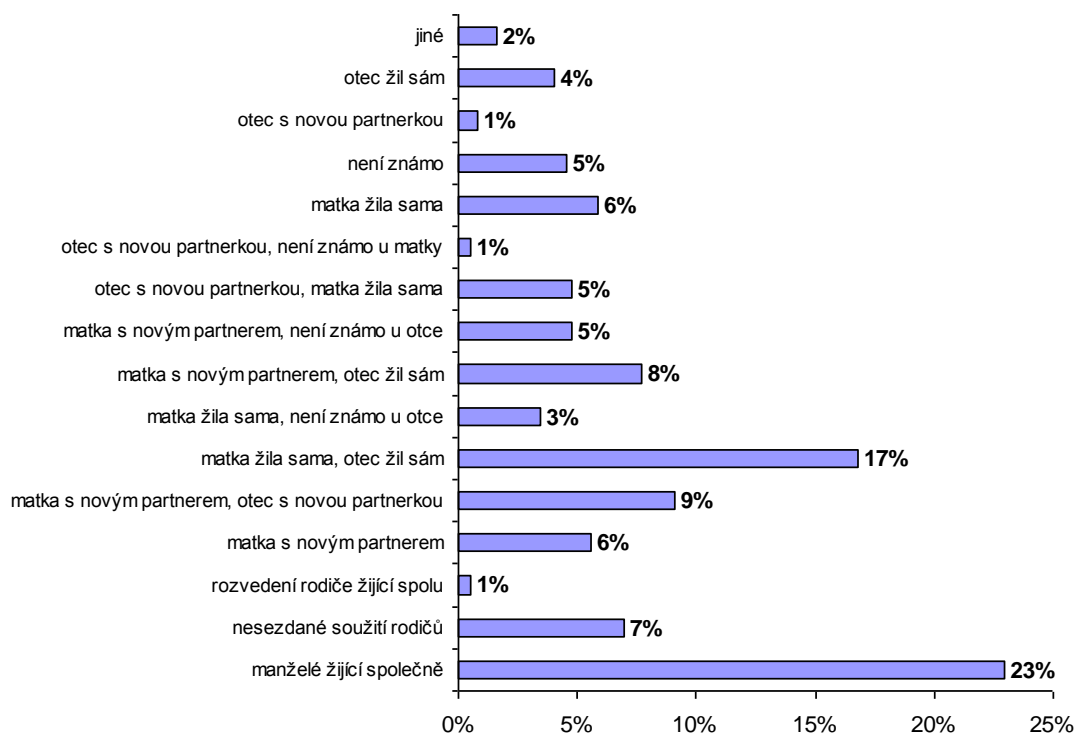
Rodina, sociálně-právní situace rodiny a kontakt s rodinou

Naprostá většina klientů dětského domova měla v rodném listu uvedeny oba rodiče (95 %), v 5 % případů byla uvedena pouze matka. U jednoho klienta v Olomouckém kraji pak toto nebylo známo.

V době přijetí klienta do instituce žili oba rodiče v 82 % případů. Ostatní možnosti tvořily zanedbatelné procento (u 27 klientů matka žila, ale otec ne; v 19 případech žil otec, ale matka ne; u 8 klientů matka žila, ale o otci to nebylo známo; v 5 případech žila pouze matka, ve 3 případech otec nežil a u dvou klientů nežil nikdo z rodičů).

Z hlediska jednotlivých krajů je situace obdobná. Nejvíce klientů z Karlovarského (78 %), tak Olomouckého (79 %) i Zlínského (86 %) kraje mělo při přijetí do dětského domova naživu oba rodiče.

Nejčastějším typem soužití rodičů v době přijetí klienta do instituce byli manželé žijící společně. Tato možnost byla uvedena u téměř čtvrtiny klientů (23 %). Velmi často bylo rovněž uváděno i to, že matka žila sama a otec žil sám (17 %). Ostatní uváděné možnosti nepřesáhly hranici 10 %. Více zobrazuje graf č. 36.

Graf č. 36 **Typ soužití rodičů v době přijetí do instituce (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech)**

Z hlediska krajů však byla situace poněkud odlišná. V Karlovarském kraji žili nejčastěji v době přijetí dítěte do instituce matka a otec sami (31 %), případně žili rodiče nesezdaně (14 % případů); v případě Olomouckého kraje se naopak jednalo o manžele žijící společně (21 % případů) a odděleně žijící rodiče (16 %). Zlínský kraj měl 22 % klientů, jejichž rodiče byli při přijetí do instituce manžely žijícími společně (22 % klientů) a dále se častěji jednalo o soužití matky s novým partnerem či otce s novou partnerkou (15 %).

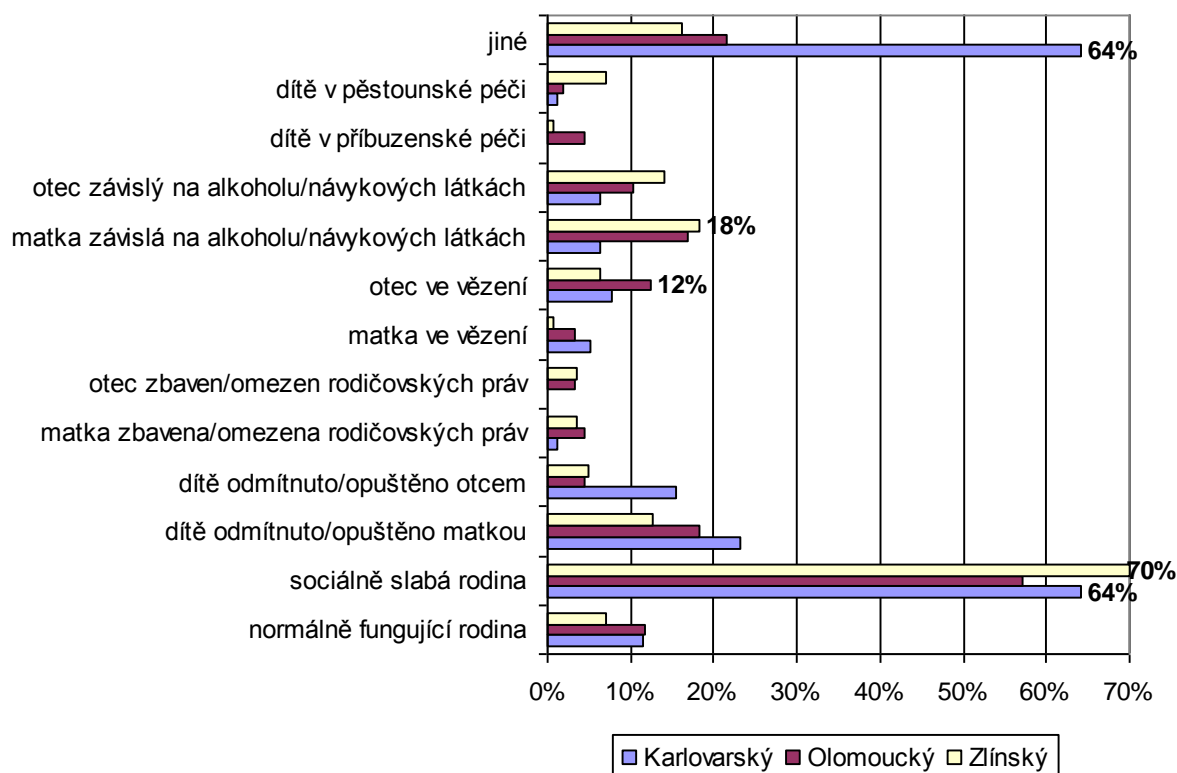
Nejčastěji uváděnými sociálně-právními situacemi rodiny v době přijetí klienta do instituce byla sociálně slabá rodina (63 %), s odstupem následovaná odmítnutím/opuštěním dítěte matkou (17 %) a matkou závislou na alkoholu/návykových látkách (15 %). Ostatní uváděné možnosti jsou zobrazeny na grafu č. 37. Součet jednotlivých podílů nedává 100 %, neboť bylo možno zaznamenat více možností najednou. U více než čtvrtiny klientů (28 %) byla významně zastoupena i položka „jiné“. V jedenácti případech pak tato položka byla dále specifikována, a to tak, že u pěti klientů se jednalo o bytové podmínky, u třech klientů byla uvedena nemoc matky, ve dvou případech byly děti v péči otce, který situaci nezvládal, a v jednom případě byl specifikován alkohol u partnera matky.

Krajské rozdíly mezi nejpočetněji zastoupenými sociálními a právními situacemi rodiny se vyskytly především u položky „jiné“. V Karlovarském kraji byla zaznamenána u 64 % klientů, zatímco v Olomouckém kraji u 21 % klientů a ve Zlínském kraji u 16 % klientů. Ve všech krajích pak byla nejčastějším typem sociálně právní situace rodiny sociálně slabá rodina (Karlovarský kraj 64 %, Olomoucký kraj 57 %, Zlínský kraj 70 %). V Karlovarském a Olomouckém kraji následovala situace, kdy dítě bylo

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

odmítnuto/opuštěno matkou (Karlovarský 23 %, Olomoucký 18 %), ve Zlínském kraji to naopak byla matka závislá na alkoholu/návykových látkách (18 % klientů). V Karlovarském kraji oproti ostatním krajům byl nejvyšší podíl klientů, kteří byli odmítnuti/opuštěni otcem (15 %), a současně nejnižší podíl klientů, jejichž matka byla závislá na alkoholu/návykových látkách (6 %).

Graf č. 37 **Sociálně-právní situace rodiny v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji, součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



Chování klienta

Téměř u všech klientů dětských domovů existoval kontakt se sociálním pracovníkem (93 %). Jedinou formou tohoto kontaktu byla osobní návštěva sociálního pracovníka, a to každé tři měsíce (78 % klientů). Každých 6 měsíců se pak se sociálním pracovníkem scházelo 13 % klientů, měsíčně 1 % klientů a méně než jednou za rok rovněž 1 % klientů.

V případě Karlovarského kraje nemělo kontakt se sociálním pracovníkem 9 % klientů a zbývajcí klienti se s ním scházeli každé tři měsíce (86 % klientů) či méně než jednou za rok (4 %). V Olomouckém kraji nemělo kontakt 8 % klientů, 62 % klientů se se sociálním pracovníkem scházelo každé tři měsíce, 29 % klientů každých šest měsíců a 1 % klientů měsíčně. Ve Zlínském kraji nemělo kontakt se sociálním pracovníkem 5 % klientů. Zbývajících 91 % klientů se s ním scházelo každé tři měsíce a 4 % klientů každých šest měsíců.

Útěky, kdy byl klient více než 24 hodin pryč mimo instituci, nebyly časté. Naprostá většina klientů z dětského domova neutekla (86 %), jednou uteklo 9 % klientů a dvakrát a více 5 % klientů. Nejvíce klientů, kteří utíkali, pak bylo z Olomouckého kraje (26 z celkového počtu 54 klientů za všechny kraje, kteří utekli alespoň jednou).

Pokud klient mohl navštívit svou rodinu doma, vrátili se téměř všichni zpět do instituce (96 %). Pouze čtyři procenta klientů se vrátila o více než 24 hodin později nebo vůbec (tj. 15 z 375 klientů, každý klient z jiného kraje). Počet „nenávratů“ z návštěvy doma dosáhl u jednoho klienta z Olomouckého kraje hodnoty 39.

Výchovná opatření (např. izolace) se nikdy nepoužila u 81 % klientů dětských domovů. Zřídka (méně než jednou ve čtvrtletí) se použila u 14 % klientů, někdy u 3 % klientů a často ve 3 % případů. Častá výchovná opatření se tak používala u 10 klientů ze 375, jednalo se spíše o chlapce (pouze 1 dívka), 4 klienti byli většinového, 4 romského a 2 poloromského etnika. Z hlediska speciálních potřeb měli tři klienti mentální postižení a psychiatrické onemocnění, jeden klient mentální postižení, jeden klient psychiatrické onemocnění a jeden klient psychiatrické onemocnění a ADHD. Zbývající pak byli bez speciálních potřeb.

Návykové látky (drogy) nikdy neužívalo 80 % klientů (Karlovarský kraj 76 %, Olomoucký 65 %, Zlínský 99 %). Méně než desetina klientů (8 %) však návykové látky užívala pravidelně (Karlovarský kraj 9 %, Olomoucký 15 %, Zlínský 0 %) a ve 12 případech z 375 se jednalo dokonce o závislost (3 klienti Karlovarského a 9 klientů z Olomouckého kraje). Zbývající klienti tyto návykové látky užívali buď příležitostně (6 %) nebo experimentálně (3 %).

V případě závislosti na drogách se jednalo jak o dívky, tak i o chlapce (6 dívek, 6 chlapců) ve věku 12 až 19 let (při odchodu), ve většině případů většinového etnika (8 klientů) bez speciálních potřeb (7 klientů) a různé délky pobytu v zařízení. Co se týká speciálních potřeb, tak u pěti klientů zde bylo uvedeno mentální postižení, psychiatrické onemocnění, poruchy chování či ADHD.

Pravidelné užívání drog (30 klientů z 375) nebylo ovlivněno pohlavím, věkem a ani etnikem. Naprostá většina z nich byla rovněž bez speciálních potřeb (67 %) a téměř polovina pak již alespoň jednou utekla (47 %).

Téměř čtvrtina klientů, kteří přišli do kontaktu s drogou (75 z 375), se setkala ještě s alkoholem (24 %) a 35 % z nich pak alespoň jednou ze zařízení uteklo. Více než třetina klientů (35 %) byla alespoň jednou umístěna mimo biologickou rodinu a necelá polovina z nich (41 %) byla přijata do dětského domova z důvodu nepříznivé sociální situace. U téměř třetiny těchto klientů se dále jednalo o nezvládnutí problémového chování dítěte (31 %), záškoláctví (29 %) a finanční potíže rodiny (29 %).

Co se týká alkoholu, tak ho nikdy neokusilo 95 % klientů a 4 % pouze příležitostně (Karlovarský kraj 10 % klientů, Olomoucký 2 % klientů, Zlínský 2 % klientů). Čtyři klienti z Olomouckého kraje pak užívali alkohol pravidelně a u dvou klientů z Karlovarského kraje se jednalo o závislost.

Vzdělávání

V době přijetí do dětského domova navštěvovala polovina klientů místní školu v obci/městě (51 %). Školu v zařízení navštěvovala necelá čtvrtina klientů (22 %) a více než desetina klientů pak mateřskou školu v obci/městě (14 %) či do školy nechodilo (9 %). Ostatní možnosti tvořily zanedbatelné procento.

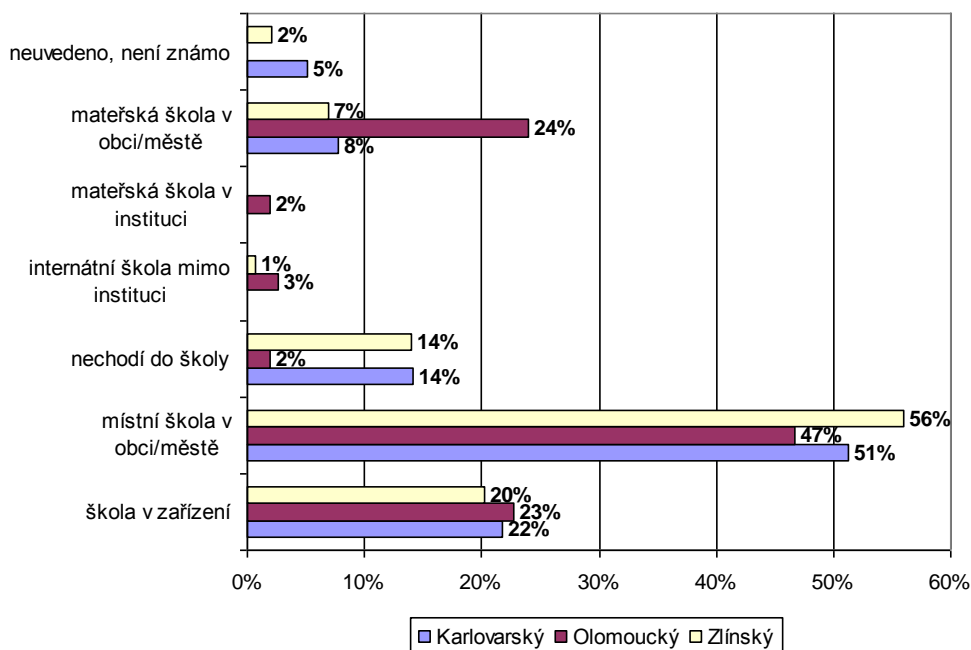
II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

V polovině případů se pak jednalo o základní školu (51 %) a u více než čtvrtiny klientů nebyl typ školy uveden (26 %). Důvodem, proč se neuváděl typ školy, bylo v převážné většině případů to, že klienti buď do školy nechodili, či navštěvovali mateřskou školu. U více než desetiny klientů se pak jednalo o základní školu - dříve zvláštní školu (12 %). Speciální škola (dříve pomocná škola) byla zastoupena 6 %, učiliště 4 % a střední škola s maturitou 1 %.

Stupeň navštěvované třídy nebyl uveden u více než čtvrtiny klientů (26 %), a to z toho důvodu, že klient buď do školy nechodil, navštěvoval mateřskou školu, či údaj byl vynechán. První a druhou třídu při přijetí navštěvovala necelá desetina klientů (shodně 8 %), třetí třídu 6 % klientů, čtvrtou třídu 5 % klientů, pátou třídu 6 % klientů, šestou třídu a sedmou třídu shodně 9 % klientů, osmou třídu 10 % klientů a devátou třídu 7 % klientů. První ročník střední školy pak navštěvovala 4 % klientů a druhý a třetí ročník shodně jen 1 % klientů.

Na výše uvedené se nyní zaměříme z pohledu krajského rozložení. Obecnému popisu navštěvované školy při přijetí do instituce za všechny dětské domovy se vymykal pouze Olomoucký kraj, neboť místní školu v obci/měště navštěvovala při přijetí méně než polovina klientů (47 % klientů) a mateřskou školu v obci/měště navštěvovalo 24 % klientů. Oproti Karlovarskému a Zlínskému kraji pak do školy nechodila pouhá 2 % klientů. Podíly ostatních možností v jednotlivých krajích jsou znázorněny na grafu č. 38.

Graf č. 38 **Navštěvovaná škola při přijetí do instituce v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



Nejčastějším typem navštěvované školy při přijetí do instituce pak byla shodně ve všech krajích základní škola (Karlovarský kraj 45 %, Olomoucký kraj 56 %, Zlínský kraj 50 %). U značné části klientů však nebyl typ školy uveden. Blíže tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 **Typ navštěvované školy při přijetí do instituce v jednotlivých krajích (%)**

typ školy	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
základní škola	45%	56%	50%
základní škola (dříve zvláštní škola)	15%	9%	14%
speciální škola (dříve pomocná škola)	6%	1%	10%
učiliště	4%	5%	4%
střední škola s maturitou	3%	1%	0%
neuvedeno	27%	29%	21%
celkem	100%	100%	100%

Pokud se jedná o navštěvovaný stupeň třídy při přijetí do instituce, tak v Karlovarském kraji tato informace nebyla uvedena ve 29 % případů, podobně jako v Olomouckém kraji (28 %) a ve Zlínském kraji ve 21 % případů (viz tabulka č. 13). V Karlovarském kraji pak byla nejčastěji zastoupena osmá třída ZŠ (17 % klientů), v Olomouckém kraji druhá a devátá třída ZŠ (shodně 10 %) a ve Zlínském kraji to byla první třída ZŠ (shodně 13 %).

Při odchodu pak místní školu v obci/městě navštěvovaly téměř dvě třetiny klientů (62 %). Tzn. oproti stavu při přijetí se tento podíl zvýšil o 11 procentních bodů. Internátní školu mimo instituci navštěvovalo 14 % klientů (oproti stavu při přijetí nárůst o 13 procentních bodů). Ostatní uváděné možnosti nepřesáhly hranici 10 % (škola v zařízení 7 %, nechodí do školy 1 %, mateřská škola v obci/městě 6 %, neuvedeno 10 %).

Pokud se jedná o typ navštěvované školy při odchodu, tak nejčastěji to byla učiliště (34 %) a základní škola (32%). U méně než jedné desetiny klientů to pak byly základní škola (dříve zvláštní škola, 8 %), střední škola s maturitou (7 %), speciální škola (dříve pomocná škola, 5 %) a praktická škola (5 %). Vysokou školu navštěvovalo 1 % klientů a v 8 % případů informace o typu navštěvované školy nebyla uvedena.

Zatímco stupeň navštěvované třídy při přijetí nebyl uveden u více než čtvrtiny klientů (26 %), při odchodu to bylo „pouze“ u necelé desetiny klientů (9 %). Nejčastějším stupněm při přijetí byla osmá třída ZŠ, nicméně při odchodu to byl první a třetí ročník SŠ (15 % klientů) následovaný druhým ročníkem SŠ (12 % klientů).

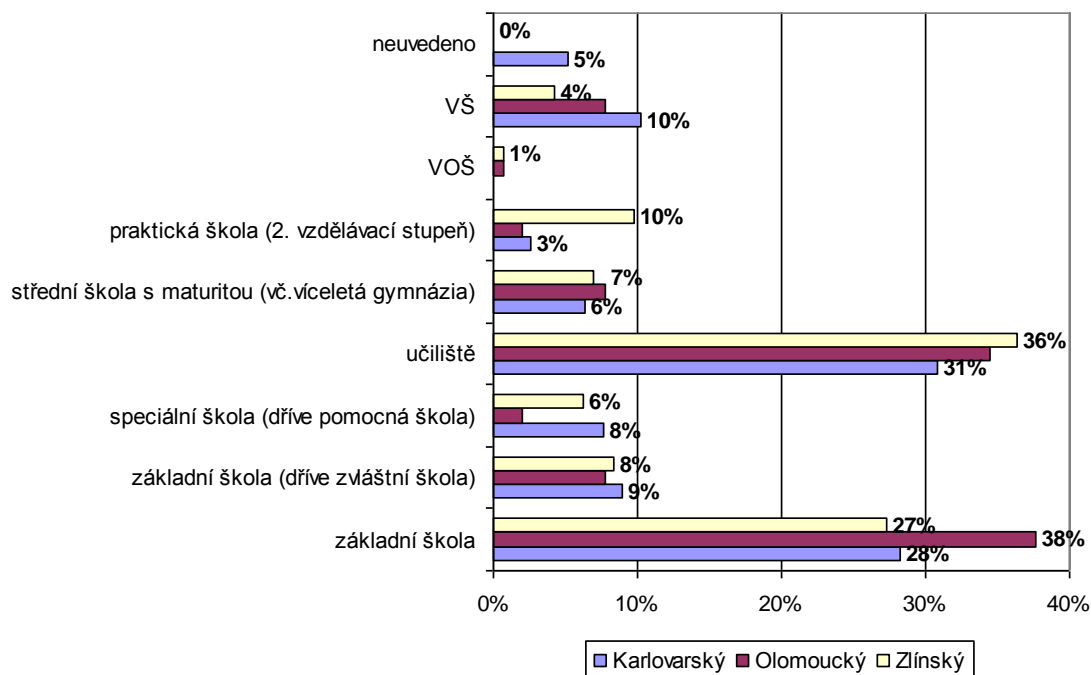
Na výše uvedené se opět zaměříme z hlediska jednotlivých krajů. Při odchodu navštěvovala nadpoloviční většina klientů (64 %) v Karlovarském kraji, více než tři čtvrtiny klientů v Olomouckém kraji (84 %) a méně než polovina klientů ve Zlínském kraji (40 %) místní školu v obci/městě. Oproti stavu při přijetí zde tudíž došlo k navýšení uvedených podílů, a to pouze v případě Karlovarského a Olomouckého kraje. Ve Zlínském kraji naopak došlo ke snížení tohoto podílu, a to o 24 procentních bodů. V Karlovarském a Zlínském kraji se rovněž snížil podíl klientů, kteří nechodili do školy, a současně se navýšil podíl klientů, kteří při odchodu navštěvovali internátní školu mimo instituci (tabulka č. 12). V případě Olomouckého kraje rovněž došlo ke snížení podílu klientů, kteří navštěvovali mateřskou školu v obci/městě, a to o 19 procentních bodů. Položka „neuvedeno, není známo“ významně vzrostla ve Zlínském kraji. Při odchodu nebyla navštěvovaná škola uvedena u 24 % klientů, zatímco při přijetí to bylo pouze u 2 % klientů.

Tabulka č. 12 **Navštěvovaná škola při přijetí do instituce a při odchodu z instituce v jednotlivých krajích (%)**

škola	při přijetí			při odchodu		
	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
škola v zařízení	22%	23%	20%	0%	0%	19%
místní škola v obci/městě	51%	47%	56%	64%	81%	40%
nechodí do školy	14%	2%	14%	0%	2%	1%
internátní škola mimo instituci	0%	3%	1%	21%	12%	12%
mateřská škola v instituci	0%	2%	0%	0%	0%	0%
mateřská škola v obci/městě	8%	24%	7%	10%	5%	4%
neuvedeno, není známo	5%	0%	2%	5%	0%	24%
celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nejčastěji navštěvovaným typem školy při odchodu z instituce (graf č. 39) bylo v Karlovarském (31 %) a Zlínském kraji (36 %) učiliště, následované základní školou (Karlovarský kraj 28 %, Zlínský 27 %). V Olomouckém kraji pak toto pořadí bylo opačné. Nejčastější byla základní škola, kterou navštěvovalo 38 % klientů z Olomouckého kraje, následovaná učilištěm (34 % klientů). Vysoké školy pak byly typické zejména pro Karlovarský a Olomoucký kraj (8-10 % klientů). V případě Karlovarského kraje nebyl typ navštěvované školy uveden u 5 % klientů (u těchto nebyla rovněž uvedena ani navštěvovaná škola).

Graf č. 39 **Typ navštěvované školy při odchodu z instituce v jednotlivých krajích (100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



Mezi nejnavštěvovanější stupně třídy při odchodu ze zařízení patřil v Karlovarském kraji 2. ročník SŠ (14 %) a 3. ročník SŠ (13 %). V Olomouckém kraji to byl 1. ročník SŠ (16 %) a 3. ročník SŠ (13 %); ve Zlínském kraji pak 3. a 1. ročník SŠ (19 % a 18 % klientů). Procentuální rozložení ostatních stupňů třídy v jednotlivých krajích je uvedeno v tabulce č. 13. Lze si povšimnout, že oproti stavu při přijetí se velmi znatelně snížilo procento neuvedených údajů (v případě Olomouckého kraje o 22 procentních bodů), a naopak se zvýšilo procento klientů, kteří navštěvovali první až třetí ročník střední školy.

Tabulka č. 13 **Navštěvovaný stupeň třídy při přijetí do instituce a při odchodu v jednotlivých krajích (%)**

stupeň třídy	při přijetí			při odchodu		
	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
neuvedeno	28%	29%	21%	17%	7%	6%
1. třída	4%	6%	13%	3%	5%	3%
2. třída	5%	10%	8%	1%	5%	2%
3. třída	5%	6%	8%	8%	6%	3%
4. třída	4%	5%	6%	6%	6%	6%
5. třída	5%	5%	8%	1%	3%	4%
6. třída	14%	7%	9%	4%	6%	3%
7. třída	6%	9%	9%	8%	8%	5%
8. třída	17%	7%	10%	5%	5%	8%
9. třída	5%	10%	3%	6%	3%	8%
SŠ 1. ročník	3%	5%	3%	10%	16%	18%
SŠ 2. ročník	1%	1%	0%	14%	12%	10%
SŠ 3. ročník	1%	0%	1%	13%	13%	19%
SŠ 4. ročník	1%	0%	0%	4%	1%	1%
VŠ 2. ročník	0%	0%	0%	0%	0%	1%
VŠ 3. ročník	0%	0%	0%	0%	3%	1%
celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%

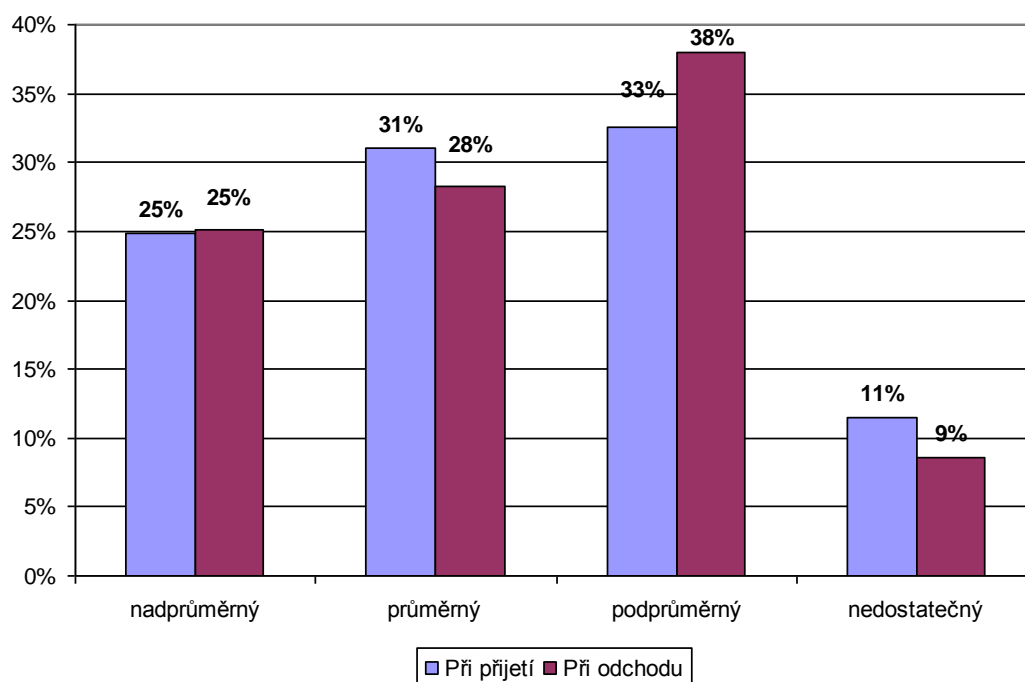
Při přijetí do instituce byly informace týkající se **školního prospěchu** - nadprůměrný (jedničky, nějaké dvojky), průměrný (trojka alespoň z jednoho předmětu), podprůměrný (čtyřka alespoň z jednoho předmětu), nedostatečný (pětka alespoň z jednoho předmětu); uvedeny u 56 % respondentů (z celkového počtu 375). U zbývajících 44 % respondentů toto buď nebylo uvedeno vůbec či se jednalo o děti předškolního věku. Při odchodu se pak procento nedostupných informací snížilo o 18 procentních bodů, tj. na hodnotu 26 %, a to především z důvodu poklesu podílu dětí v předškolním věku.

Při přijetí do instituce dosahovaly děti nejčastěji podprůměrných (33 %) a průměrných (31 %) školních výsledků. Nadprůměrný školní prospěch byl uveden u jedné čtvrtiny dětí (24 %) a nedostatečný u více než jedné desetiny dětí (11 %). Nutno upozornit na skutečnost, že tyto hodnoty vychází pouze z validních údajů, tj. od těch respondentů, kteří uvedli jeden ze čtyř školních průměrů. Výsledné hodnoty jsou názorně vidět na grafu č. 40.

Oproti tomu při odchodu pak z celkového počtu 279 validních údajů dosahovaly téměř čtyři desetiny dětí podprůměrného (38 %) a více než jedna čtvrtina dětí

průměrného (28 %) školního prospěch. Nadprůměrný školní prospěch byl zaznamenán u 25 % dětí a nedostatečný u 9 % dětí.

Graf č. 40 Školní prospěch při přijetí do instituce (100 % = 209 respondentů) a při odchodu (100 % = 279 respondentů)



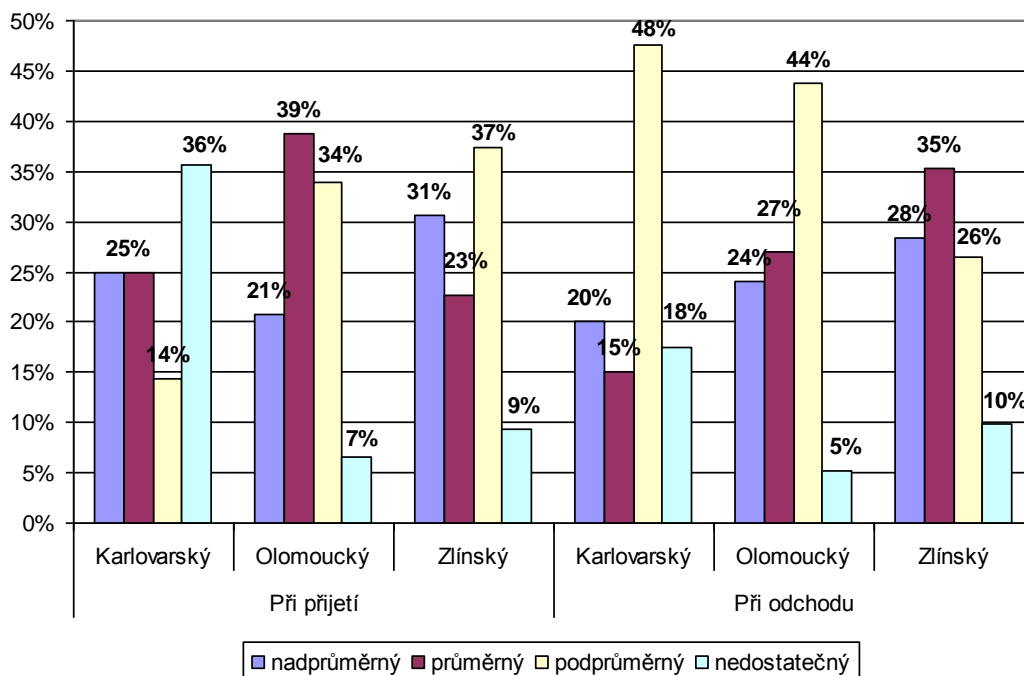
Na výše uvedené se nyní zaměříme z pohledu jednotlivých krajů. Při přijetí tvořily validní údaje v Karlovarském kraji 36 % z celkového počtu 78 údajů, v Olomouckém kraji 69 % ze 154 údajů a ve Zlínském kraji 52 % z celkového počtu 143 údajů. Při odchodu se pak podíly validních informací významně zvýšily (Karlovarský kraj 51 %, Olomoucký kraj 89 %, Zlínský kraj 71 %).

V Karlovarském kraji byly při přijetí nejčastěji zastoupeny děti s nedostatečným školním prospěch (36 % z validních údajů). Průměrný i nadprůměrný školní prospěch byl zastoupen shodně u čtvrtiny dětí (25 % z validních údajů). Oproti tomu při odchodu se výrazně zvýšil podíl dětí s podprůměrnými školními výsledky, a to o 34 procentních bodů. Nejčastěji tak byly při odchodu zastoupeny děti s podprůměrným školním prospěchem (48 % z validních údajů) a podíl dětí s nadprůměrným a nedostatečným prospěchem se pohyboval přibližně na stejné úrovni (18-20 % z validních údajů).

V Olomouckém kraji tvořily při přijetí významný podíl děti s průměrným školním prospěchem (39 % z validních údajů). Dále se pak jednalo o podprůměrný (34 % z validních údajů), nadprůměrný (21 % z validních údajů) a nedostatečný školní prospěch (7 % z validních údajů). Při odchodu se však situace změnila a necelá polovina dětí měla podprůměrný školní prospěch (44 % z validních údajů).

Ve Zlínském kraji byly při přijetí nejčastěji zastoupeny děti s podprůměrným školním prospěch (37 % z validních údajů). Při odchodu to pak byly děti s průměrným školním prospěch (35 % z validních údajů), který oproti přijetí znatelně vzrostl, a to o 12 procentních bodů. Výše uvedené je názorně zobrazeno na grafu č. 41.

Graf č. 41 Školní prospěch při přijetí do instituce a při odchodu v jednotlivých krajích*



- * Při přijetí: Karlovarský kraj 100 % = 28 respondentů
 Olomoucký kraj 100 % = 106 respondentů
 Zlínský kraj 100 % = 75 respondentů
- * Při odchodu: Karlovarský kraj 100 % = 40 respondentů
 Olomoucký kraj 100 % = 137 respondentů
 Zlínský kraj 100 % = 102 respondentů

Školní prospěch není ovlivněn pohlavím ani etnikem. V souvislosti se speciálními potřebami, jež byly zaznamenány u 117 ze 375 klientů, byl u klientů s mentálním postižením nejčastější podprůměrný školní prospěch (26 % klientů s tímto postižením) následovaný průměrným a nadprůměrným školním prospěchem (shodně 20 % klientů). Provedením analýzy závislosti však nebyl prokázán vztah mezi školním prospěchem a speciálními potřebami klienta. Psychiatrická medikace rovněž neměla vliv na školní výsledky.

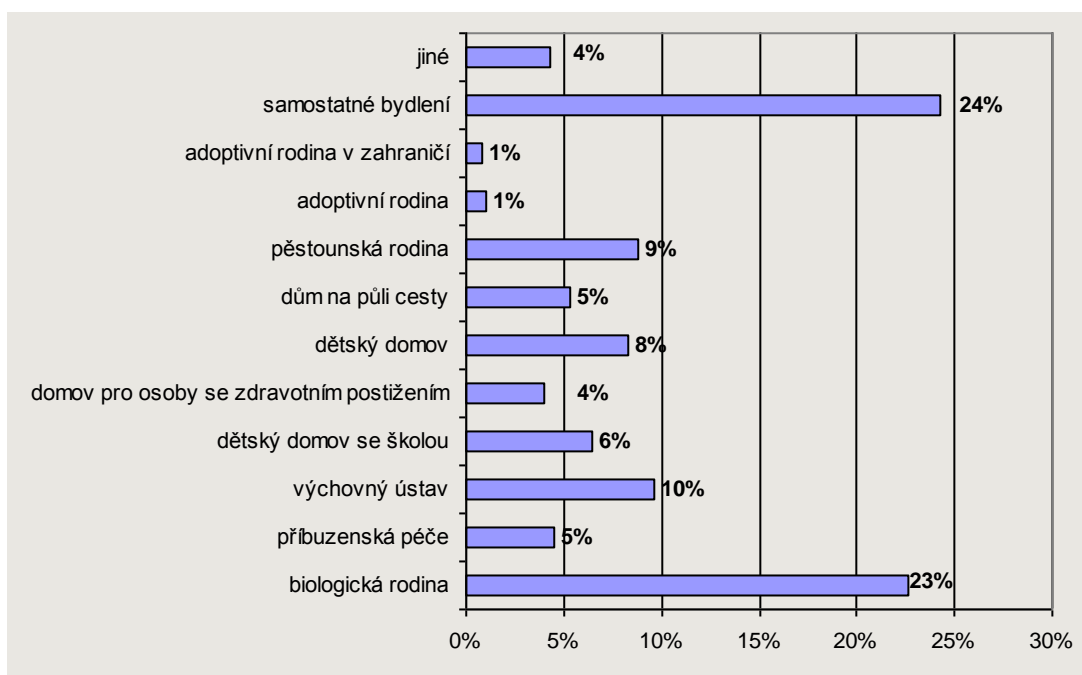
Ve vztahu ke zneužívání návykových látek - drog, byla situace následující: u těch klientů, kteří drogu nebrali (300 z 375), byl nejčastější školní prospěch nadprůměrný (22 % klientů), následoval průměrný (21 %) a podprůměrný (21 %). Nicméně u více než poloviny klientů, kteří se již s drogou setkali, či jí užívají pravidelně (75 klientů z 375), to byl podprůměrný školní prospěch (57 % klientů). Méně než čtvrtina z nich pak měla průměrný školní prospěch (23 %). Provedená analýza závislosti pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce, kdy jsme utvořili dvě hlavní skupiny (drogy ano, drogy ne), na 5% hladině významnosti prokázala, že existuje vztah mezi školním průměrem a zneužíváním návykových látek - drog. Tento vztah nicméně není příliš těsný (Cramérovo V = 33,2 %).

Propuštění z instituce

Necelá čtvrtina klientů dětských domovů, kteří byli propuštěni z instituce, si buď pořídila samostatné bydlení (24 %) nebo se vrátila zpět do biologické rodiny (23 % klientů). Do výchovného ústavu odešla desetina klientů, do pěstounské rodiny 9 % klientů a do jiného dětského domova 8 % klientů. Podíly ostatních možností jsou uvedeny na grafu č. 42.

Nejčastěji uváděnými důvody pro propuštění (uvádělo se i více možností, proto procentuální součet podílů nedává 100 %) byly věk (39 % klientů), nalezení vhodnější péče (21 %), změna podmínek v rodičovské péči (18 %), špatné chování dítěte (14 %), dokončená školní docházka (13 %), nemožnost zajištění adekvátní péče v zařízení (5 %), psychiatrické problémy (1 %) a méně než jednou desetinou byla zastoupena položka jiné (8 %). Tzn. u 29 z 375 klientů bylo uvedeno „jiné“, přičemž bližší specifikace byla v 15 případech. U čtyř klientů bylo propuštění na základě žádosti rodičů, ve dvou případech se jednalo o žádost pěstounky, ve třech případech na základě rozhodnutí soudu, ve dvou případech byli klienti přerazeni k sourozencům, ve třech případech byla zrušena ústavní výchova a v jednom případě se upravily výchovné problémy.

Graf č. 42 **Místo, kam byl klient z instituce propuštěn (% , 100 % = celkový počet klientů v dětských domovech)**



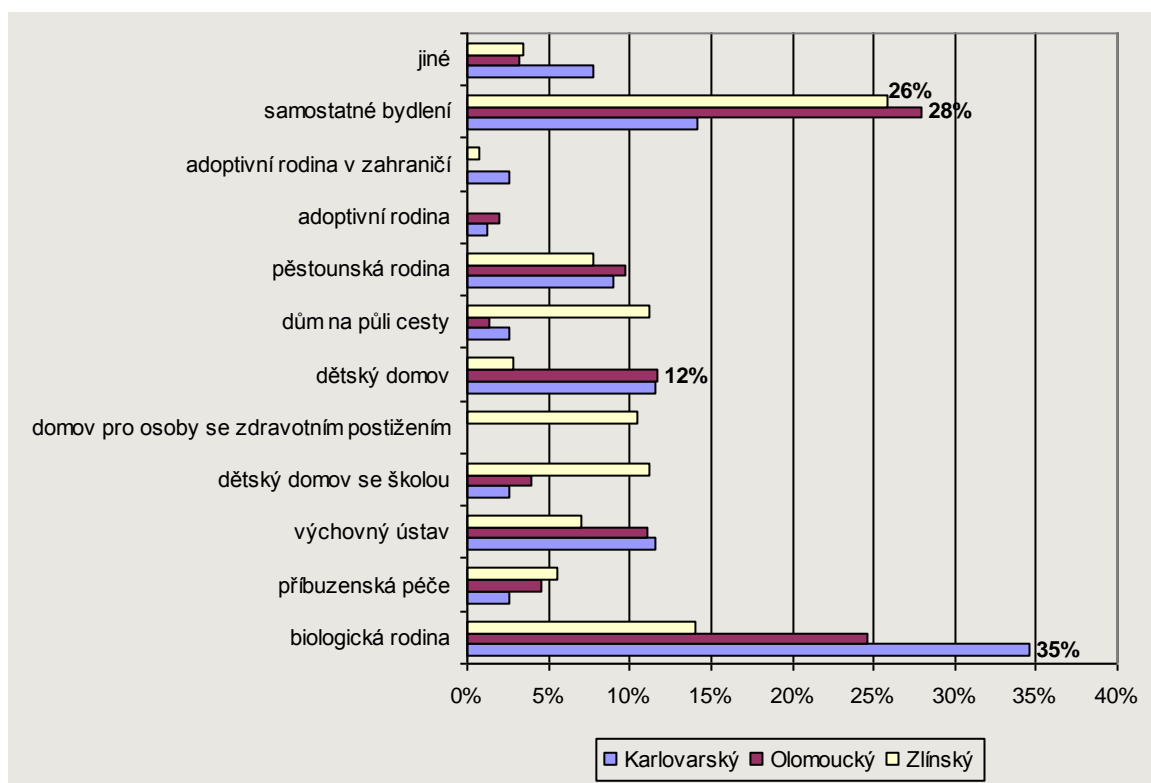
Z hlediska jednotlivých krajů byla situace následující. V Karlovarském kraji bylo nejvíce klientů propuštěno zpět do biologické rodiny (35 %), následovalo samostatné bydlení (14 %), výchovný ústav (12 %) a dětský domov (12 %). Ostatní možnosti nepřesáhly hranici 10 % (graf č. 43). Co se týká důvodu propuštění (graf č. 44), tak u téměř jedné třetiny klientů došlo k propuštění z důvodu věku (32 %). Dále se jednalo o změnu podmínek v rodičovské péči (23 %), nalezení vhodnější péče (21 %) a nemožnost zajistit adekvátní péči v zařízení (18 %).

V Olomouckém kraji, oproti Karlovarskému, byli klienti nejčastěji propuštěni rovnou do samostatného bydlení (28 %). Čtvrtina klientů se pak navrátila zpět do biologické rodiny (25 %). Podobně jako v předchozím případě, i zde se stal nejčastějším důvodem pro propuštění věk (36 %), nalezení vhodnější péče (25 %) a změna podmínek v rodičovské péči (20 %).

Poslední z analyzovaných krajů, Zlínský, podobně jako v předchozích krajích, nejvíce svých klientů propustil do samostatného bydlení (26 %) a biologické rodiny (14 %). Lišil se však v tom, že zde byl významněji zastoupen i dům na půli cesty (11 %), dětský domov se školou (11 %) a domov pro osoby se zdravotním postižením (10 %). Oproti Karlovarskému a Olomouckému kraji se odlišoval i v důvodech propuštění. Téměř polovina klientů byla propuštěna z důvodu věku (46 %) a necelá třetina klientů kvůli dokončené školní docházce (31 %). Nalezení vhodnější péče pak bylo u 16 % klientů.

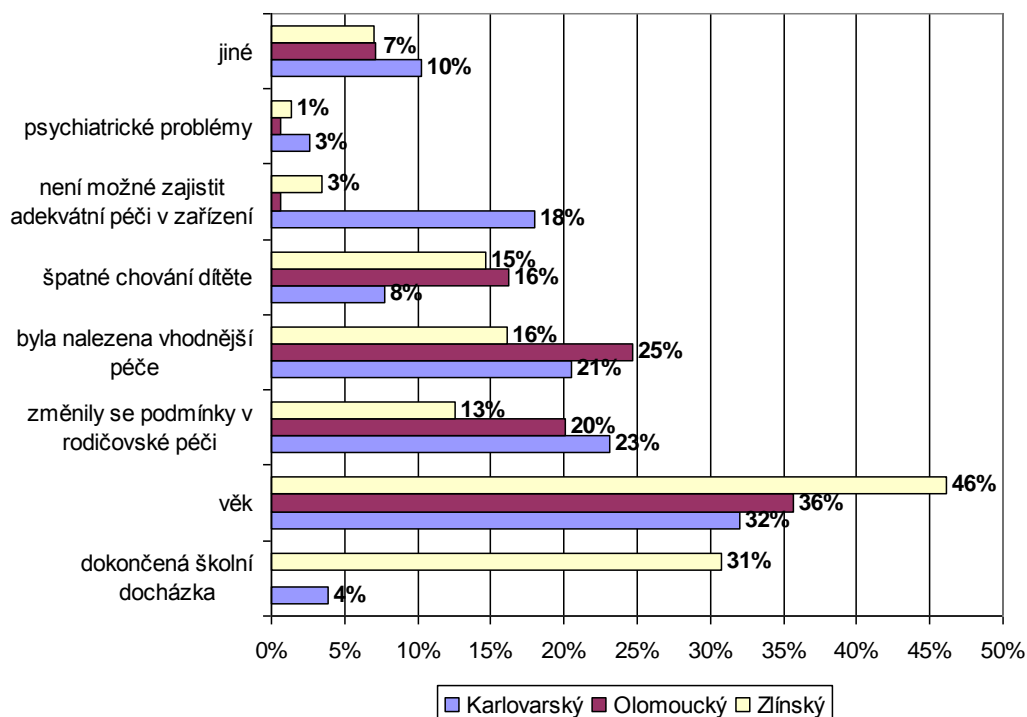
Na základě srovnání krajských údajů můžeme říci, že zatímco ve Zlínském kraji je oproti ostatním krajům nejvíce klientů propuštěno z důvodu dokončené školní docházky, v případě Karlovarského kraje to je z důvodu nemožnosti zajistit adekvátní péči v zařízení. Tento důvod se v Olomouckém a Zlínském kraji vyskytuje u pouhých 1 až 3 % klientů, oproti 18 % v Karlovarském kraji. Karlovarský kraj má naopak oproti ostatním krajům nejméně zastoupeny klienty, kteří byli propuštěni z důvodu špatného chování (8 %). Blíže viz graf č. 44.

Graf č. 43 **Místo, kam byl klient z instituce propuštěn, v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji)**



II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Graf č. 44 **Důvody propuštění z instituce v jednotlivých krajích (% , 100 % = celkový počet klientů dětských domovů v příslušném kraji; součet uvedených podílů nedává 100 %, neboť se zaznamenávalo více možností najednou)**



Z dětského domova tedy přešlo do výchovného ústavu 36 z 375 klientů (Karlovarský kraj 9 klientů, Olomoucký kraj 17 klientů, Zlínský kraj 10 klientů). Naprostá většina z nich byla starší 15 let, většinou se jednalo o chlapce (22 chlapců, 14 dívek), většinové etnikum (17 klientů jiného než většinového etnika), délka pobytu v instituci byla různá a tři čtvrtiny z těchto klientů byly rovněž bez speciálních potřeb. Polovina jich pak přišla do kontaktu s drogami (závislost u pěti klientů, pravidelně 9 klientů) a s alkoholem 8 klientů, přičemž u jednoho byla prokázána závislost. Co se týká školních výsledků, tak 12 z nich mělo podprůměrný prospěch, 9 jich měl průměrný prospěch a 5 nedostatečný. Více než polovina těchto klientů navštěvovala střední školu - zejména učiliště.

Shrnutí

V této části jsme se zabývali analýzou demografických údajů, zdravotního stavu, pobytu v instituci, rodiny, chování a vzděláním klientů v dětských domovech a důvody propuštění z instituce, a to jak v Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji, tak i za všechny kraje dohromady.

V dětských domovech v Olomouckém a Zlínském kraji tvořili nadpoloviční většinu klientů, kteří ze sledovaných institucí v poslední době odešli, klienti mužského pohlaví. V Karlovarském kraji pak byli klienti z hlediska pohlaví zastoupeni rovnoměrně. Z hlediska národnosti byli téměř všichni klienti české národnosti, pouhý jeden

klient byl vietnamské a jeden jiné národnosti. **U nadpoloviční většiny klientů bylo zaznamenáno většinové etnikum**, pouze v Karlovarském kraji etnikum téměř u poloviny klientů nesledovali.

Průměrný věk klientů při příchodu do instituce byl 10,8 let, nejčastěji se však jejich věk pohyboval v intervalu 6 až 10 let a 11 až 15 let. **Průměrný věk při odchodu byl pak ve výši 15,2 let a více než polovina klientů byla starší 16 let. Průměrná délka pobytu v dětském domově tak byla 57 měsíců, přičemž nadpoloviční většina klientů pobývala v instituci do 5 let.** Situace byla v jednotlivých krajích obdobná.

Co se týká zdravotního stavu, **nadpoloviční většina klientů dětských domovů neměla žádné speciální potřeby**. Z jednotlivých potřeb pak bylo nejčastěji uváděno mentální postižení. Příspěvek na péči pobíral pouze jeden klient. Medikace nebyla naprostě většině klientů dětských domovů podávána a v necelé desetině případů se jednalo o pravidelnou psychiatrickou medikaci. Ta byla v Karlovarském kraji, oproti ostatním krajům, podávána pouze u jednoho klienta.

Nejčastěji klienti přicházeli do dětského domova přímo z biologické rodiny a z diagnostického ústavu. **Hlavními důvody pro přijetí pak byly nepříznivá sociální situace, bytové problémy rodiny a finanční potíže rodiny**. V případě Olomouckého kraje se mezi nejčastější důvody zařadilo i nezvládnutí rodičů z důvodu speciálních potřeb rodičů.

Co se týká problematiky opakovaného umístění klientů mimo biologickou rodinu, tak nadpoloviční většina klientů byla umístěna mimo svou rodinu poprvé. V případě Karlovarského kraje však byli poprvé mimo rodinu umístěni téměř všichni klienti, na rozdíl od ostatních krajů. **Opakované umístění mimo rodinu se většinou týkalo klientů většinového etnika a klientů bez speciálních potřeb**. Na základě provedených analýz závislostí jsme však na 5% hladině významnosti prokázali vztah mezi počtem umístění mimo biologickou rodinu a problémy s drogami. Těsnost toho vztahu byla velmi slabá.

Téměř všichni klienti dětského domova měli v rodném listu uvedeny oba rodiče a v době přijetí do instituce oba rodiče žili. Nejčastějším typem soužití rodičů pak bylo manželé žijící společně, v Karlovarském kraji to však byl typ, kdy matka a otec žili sami. Nejčastěji uváděnými sociálně-právními situacemi rodiny v době přijetí klienta do instituce byla sociálně slabá rodina, s odstupem následovaná dítětem odmítnutým/opuštěným matkou a matkou závislou na alkoholu/návykových látkách.

Téměř u všech klientů dětských domovů existoval kontakt se sociálním pracovníkem. Jedinou formou tohoto kontaktu byla osobní návštěva sociálního pracovníka, a to každé tři měsíce.

Útěky, kdy byl klient více než 24 hodin pryč mimo instituci, nebyly časté. Naprostá většina klientů z dětského domova nikdy neutekla. Pokud klienti mohli navštívit svou rodinu doma, vrátili se téměř všichni zpět do instituce. Většina rovněž neužívala návykové látky - drogy, alkohol. Výchovná opatření (např. izolace) se tak nikdy u naprosté většiny klientů nepoužila.

Další analyzovanou oblastí bylo vzdělávání. V době přijetí navštěvovala přibližně polovina klientů místní školu v obci/měste, a to zejména základní školu. V Karlovarském kraji byla nejčastěji navštěvovaná osmá třída ZŠ a školní prospěch byl nejčastěji nedostatečný (pětka alespoň z jednoho předmětu). V Olomouckém kraji byla nejčastěji navštěvovaná devátá třída ZŠ a školní prospěch byl průměrný (trojka alespoň z jednoho předmětu) a v případě Zlínského kraje byla nejvíce navštěvovaná první třída

ZŠ a nejčastějším byl podprůměrný prospěch (čtyřka alespoň z jednoho předmětu). Při přijetí ovšem byla značná část klientů v předškolním věku, do školy nechodila či údaje nebyly uvedeny.

Při odchodu ze zařízení pak byla rovněž nejčastěji navštěvována místní škola v obci/měste. Typem této školy bylo zejména učiliště a základní škola. Mezi nejnavštěvovanější stupně třídy při odchodu patřil v Karlovarském kraji 2. ročník SŠ, v Olomouckém kraji 1. ročník SŠ a ve Zlínském kraji pak 1. a 3. ročník SŠ. Nejčastěji se jednalo o podprůměrný školní prospěch, pouze ve Zlínském kraji to byly průměrné školní výsledky.

Školní průměr nebyl ovlivněn pohlavím, ani etnikem. V souvislosti se speciálními potřebami byl u klientů s mentálním postižením nejčastější podprůměrný školní prospěch. Provedením analýzy závislosti však nebyl prokázán vztah mezi školním průměrem a speciálními potřebami klienta. Psychiatrická medikace rovněž neměla vliv na školní prospěch.

Ve vztahu ke zneužívání návykových látek - drog, byla situace následující: u více než poloviny klientů, kteří se již s drogou setkali, či jí užívají pravidelně, se jednalo o podprůměrné školní výsledky, následované průměrným školním prospěchem. Provedená analýza závislosti pak na 5% hladině významnosti prokázala, že existuje vztah mezi školním průměrem a zneužíváním návykových látek. Tento vztah nicméně nebyl příliš těsný.

Co se týká místa a důvodu propuštění klienta z dětského domova, tak **klienti nejčastěji odcházeli buď do samostatného bydlení, či se navrátili zpět do své biologické rodiny.** Hlavními **důvody propuštění byly nejčastěji věk klienta, změny podmínek v rodičovské péči a nalezení vhodnější péče.** Pouze v případě Zlínského kraje zde byla významně zastoupena i položka dokončené školní docházky.

2.3 Výchovné ústavy a dětské domovy se školou

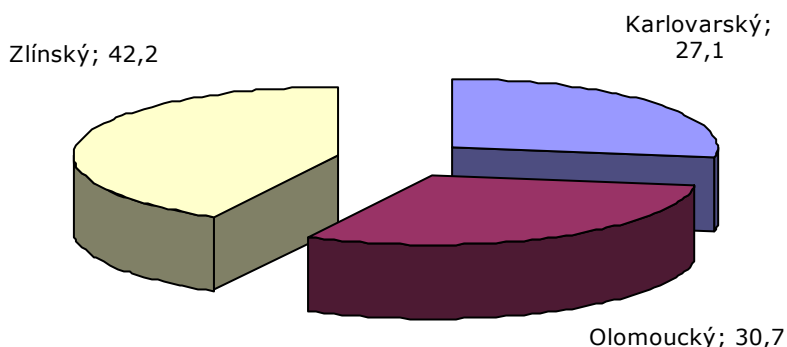
2.3.1 Děti pobývající v zařízeních

Tato analýza vychází z dat dotazníkového šetření, které bylo realizováno v šesti výchovných ústavech a dětském domově se školou - dvou v Karlovarském kraji, dvou v Olomouckém a dvou ve Zlínském kraji.⁵⁶ Děti umístěné ve výchovných ústavech a dětských domovech se školou tvoří druhou nejpočetnější skupinu dětí v ústavní výchově.

Základní charakteristika souboru

Základní soubor pro analýzu obsahuje celkem 192 respondentů. Největší podíl na celkovém sledovaném souboru tvoří děti Zlínského kraje, následuje Olomoucký kraj a nejmenší podíl přináležejí Karlovarskému kraji - viz graf č. 1.

Graf č. 1 Regionální skladba zkoumaných VV a DDŠ (%)



Vzhledem k tomu, že výchovné ústavy Olomouckého a Zlínského kraje jsou určeny pouze pro chlapce, tvoří děvčata z Karlovarského kraje pouze 13 % základního souboru. V Karlovarském kraji tvoří děvčata nadpoloviční většinu (60 %).

Věk dětí umístěných ve zkoumaných ústavech se pohyboval v širokém intervalu 11 až 19 let, přičemž nejpočetnější zastoupení měly děti ve věku 16 až 17 let (průměrný věk dětí ve VÚ je 16,5 let). Z tabulky č. 1 vyplývá, že nejnižší věková kategorie 11 až 13 let byla v rámci zkoumaného souboru pouze ve VÚ Olomouckého kraje. Naopak, ve Zlínském kraji jsou umístěny děti spíše vyšší věkové kategorie ve věku 17 až 18 let.

⁵⁶ Vzhledem k tomu, že v rámci dětských domovů se školou (dále DDŠ) byl zkoumán pouze jeden případ DDŠ v Olomouckém kraji a jedno spojené zařízení VÚ a DDŠ v Karlovarském kraji, byl tento typ ústavní péče pro potřeby analýzy zařazen mezi zkoumané výchovné ústavy.

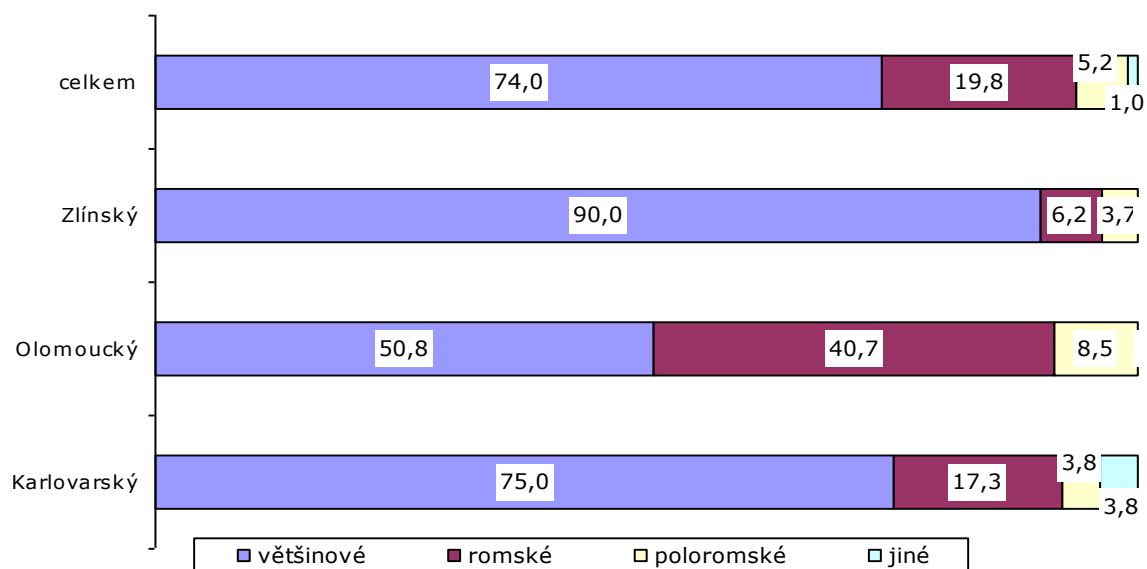
II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 1 **Věková struktura dětí výchovných ústavů podle krajů (%)**

kraj	11 až 13 let	14 až 16 let	17 až 19 let	celkem
Karlovarský	-	55,8	44,2	100,0
Olomoucký	10,2	52,5	37,3	100,0
Zlínský	-	35,8	64,2	100,0
celkem	3,1	46,4	50,5	100,0

Většinové etnikum tvořilo většinu analyzovaného souboru, následovalo pak romské a poloromské etnikum - viz graf č. 2. Všechny děti zkoumaného souboru byly české národnosti. Porovnáním etnické skladby chovanců ústavů v rámci jednotlivých krajů bylo zjištěno, že nejbohatší zastoupení romského a poloromského etnika je v ústavech Olomouckého kraje. Naopak, ve Zlínském kraji⁵⁷ tvořilo většinové etnikum až 90 %.

Graf č. 2 **Etnická skladba výchovných ústavů celkem a podle krajů (%)**

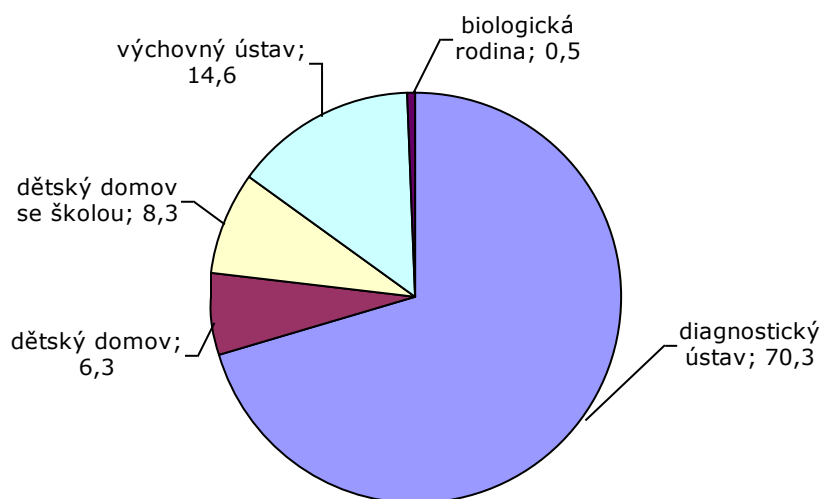


⁵⁷ V případě Zlínského kraje je zastoupení romského etnika podhodnoceno skutečností, že u dětí jednoho zařízení byly všechny dotazníky (N=40) z tří čtvrtin nevyplněny. Z důvodu „zkreslovacího“ efektu nebyly tyto dotazníky zařazeny do analýzy. Stručný popis této instituce vycházející z vyplněných otázek: umístění jsou pouze chlapci ve věku 11 až 20 let (nejpočetnější zastoupení mají 16 až 17letí). Romské etnikum zde tvoří téměř polovinu chovanců (48 %). Do instituce děti přišly převážně z diagnostického ústavu (65 %), dětského domova (25 %) nebo výchovného ústavu (2 děti), pouze dvě děti přišly z biologické rodiny. Speciální potřeby byly zejména tyto: poruchy chování byly zaznamenány u 35 dětí, ADHD u 26, jako další individuální speciální potřeby byly uvedeny: agresivita (1x), alkohol (1x), CAN (2x), drogy (3x), enuréza (4x), vývojové poruchy učení (2x). Pravidelnou medikaci užívalo 9 dětí, pravidelnou psychiatrickou až 37. Před přijetím do dané instituce bylo jednou na psychiatrii hospitalizováno 6 dětí, dvakrát 4. Při přijetí navštěvovaly téměř všechny děti školu v zařízení.

Odkud, kdy a jak se dítě do diagnostického ústavu dostalo

Naprostá většina dětí sledovaného souboru přišla do VÚ z diagnostického ústavu - viz graf č. 3. Signifikantní regionální nebo etnické diference v místech, odkud děti do výchovných ústavů přišly, zjištěny nebyly.

Graf č. 3 **Odkud dítě do výchovného ústavu přišlo (%)**



Do sledovaných výchovných ústavů přišly děti zejména ve věku 14 až 16 let, nejméně ve věku 11 až 13 let - viz tabulka č. 2. Lze konstatovat, že ve skladbě věku příchodu dětí do ústavů byly zjištěny významné regionální rozdíly. I když ve VÚ Karlovarského a Olomouckého kraje byly děti všech výše uvedených věkových kategorií, děti v nejnižším uvedeném věku mají vyšší zastoupení v Olomouckém kraji. V Karlovarském a Zlínském kraji přicházejí děti do výchovných ústavů zejména ve věku 14 až 16 let.

Tabulka č. 2 **Věková skladba dětí při příchodu do výchovného ústavu celkem a podle krajů**

kraj	11 až 13 let (%)	14 až 16 let (%)	17 až 19 let (%)	celkem (%)
Karlovarský	5,7	73,1	21,2	100
Olomoucký	20,4	59,3	20,3	100
Zlínský	-	75,3	24,7	100
celkem	7,8	69,8	22,4	100

Děti zkoumaného souboru všech krajů byly ve výchovném ústavu nejčastěji po dobu do půl roku nebo do jednoho roku, ojediněle stráví děti v ústavu více než dva roky - viz tabulka č. 3. V Olomouckém kraji - na rozdíl od ostatních dvou krajů - bylo poměrně značné zastoupení dětí, které byly v ústavu delší dobu než rok a půl. Maximální uvedená délka pobytu ve VÚ byla 59 měsíců (Karlovarský kraj). Zajímavým zjištěním bylo, že sociálně-právní situace rodiny má v jistých případech výrazný vliv

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

na délku pobytu dítěte ve výchovném ústavu. I když děti z tzv. fungujících rodin zůstávají ve VÚ průměrně necelých 11 týdnů a děti ze sociálně slabých rodin cca o týden déle, v případě opuštění dítěte matkou nebo uvězněním rodičů se tato doba prodlužuje v průměru na 15,5 týdne.

Tabulka č. 3 **Délka pobytu dětí ve výchovných ústavech dle krajů (%)**

kraj/měsíce	0 až 6	7 až 12	13 až 18	19 až 24	25 a více	celkem
Karlovarský	48,1	21,2	13,5	9,6	7,7	100,0
Olomoucký	33,9	28,8	6,8	16,9	13,6	100,0
Zlínský	35,8	19,8	28,4	7,4	8,6	100,0
celkem	38,5	22,9	17,7	10,9	9,9	100,0

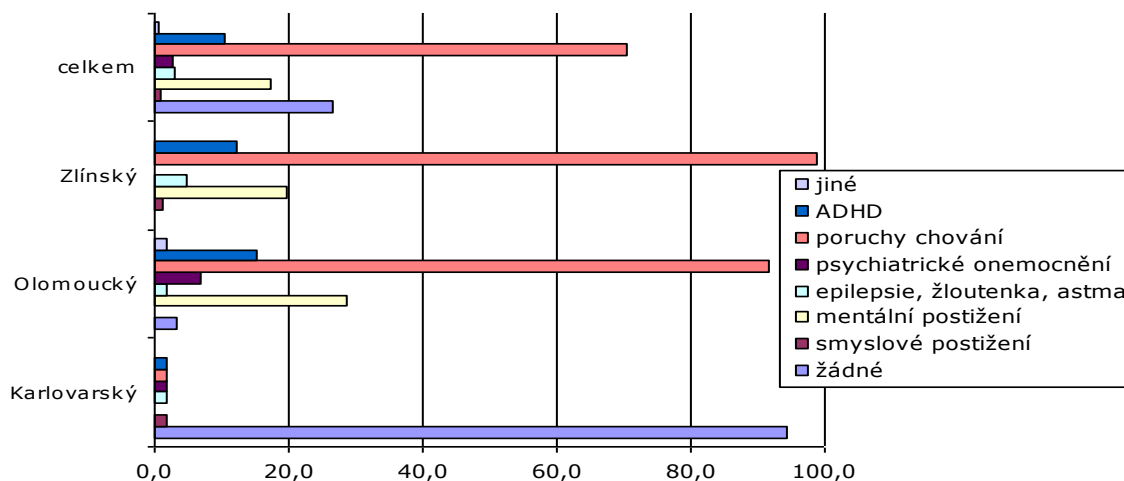
Níže uvedená tabulka č. 4 uvádí srovnání průměrných hodnot kvantitativních dat: délka pobytu dětí ve VÚ, věk dítěte a věk dítěte při příchodu do VÚ. Výrazné regionální rozdíly zjištěny nebyly.

Tabulka č. 4 **Regionální srovnání průměrů délky pobytu ve VÚ, věku dětí a jejich věku při příchodu do VÚ**

kraj	délka pobytu v měsících	věk dítěte	věk dítěte při příchodu
Karlovy Vary	10,62	16,13	15,48
Olomouc	12,73	15,83	14,97
Zlín	11,07	16,74	16,04
celkem	11,46	16,30	15,56

Speciální potřeby dětí všech výchovných ústavů byly zejména poruchy chování (70 %) nebo nebyly žádné (27 %). Mentální postižení bylo deklarováno u 17 %, ADHD u 10 %, epilepsie, žloutenka, astma apod. u 3 %, psychiatrické onemocnění u 3 % a smyslové postižení u 1 % (tj. 2 osoby z celkového souboru). V charakteru speciálních potřeb dětí ve výchovných ústavech byly zjištěny jisté regionální rozdíly - viz graf č. 4. Na rozdíl od dvou ostatních krajů, většina dětí VÚ Karlovarského kraje (94 %) nemá žádné specifické potřeby. V rozložení potřeb dětí Zlínského a Olomouckého kraje nebyly žádné difference - viz výše charakteristika speciálních potřeb celého zkoumaného souboru. Ani jedno z dětí celého zkoumaného souboru nemělo žádný stupeň postižení.

Graf č. 4 **Speciální potřeby dětí ve výchovných ústavech celkově a podle krajů** (setová otázka⁵⁸, součet nedává 100 %)



Žádnou medikaci nebrala většina dětí celkového souboru (81 %). Pravidelnou medikaci užívaly v Karlovarském kraji 2 děti, v Olomouckém 9 dětí a ve Zlínském kraji 2 děti (celkem 13). Pravidelnou psychiatrickou medikaci užívaly v Karlovarském kraji 2 děti, v Olomouckém 5 dětí a ve Zlínském kraji to bylo až 16 dětí (tj. 20 % dětí VÚ Zlínského kraje). Vyjmenované medikace byly tyto (celkem): alergie (1x), epilepsie (1x), neklid (9x - pouze Olomoucký kraj), snížení sexuálních potřeb (1x), tlumení agresivity (1x).

Naprostá většina dětí sledovaného souboru nebyla po dobu pobytu ve výchovném ústavu nikdy hospitalizována na psychiatrii (92 %), jeden příjem byl zaznamenán u 5 % dětí, dva příjmy u 2 % a tři příjmy u 1 %. Signifikantní rozdíly v třídění podle krajů nebyly zaznamenány.

Vzdělání

Vzhledem k tomu, že až na jeden případ přišly všechny děti do výchovných ústavů z jiných institucí, navštěvovala naprostá většina dětí (68 %) v době přijetí do výchovného ústavu školu v zařízení. 32 % dětí navštěvovalo místní školu v obci či městě. Ve Zlínském kraji navštěvovaly děti při přijetí výlučně školu v zařízení, v Karlovarském kraji spíše místní školu v obci (78 % dětí Karlovarského kraje) a v Olomouckém kraji spíše školu v zařízení (64 % tamějších dětí).

Nadpoloviční většina dětí celkového zkoumaného souboru docházela v době přijetí do VÚ na základní školu (56 %), dále zvláštní základní školu (23 % - pouze Olomoucký a Zlínský kraj), učiliště (16 %) či střední školu s maturitou (2 %),⁵⁹ speciální (pomocnou) školu a praktickou školu (2. vzděl. stupeň) navštěvovalo 1 % a VOŠ navštěvovalo jedno dítě. Významné krajské rozdíly zjištěny nebyly. Děti na

⁵⁸ Setová otázka znamená, že na danou otázku v dotazníku mohl tazatel odpovědět několika variantami odpovědi, tzn. že součet těchto odpovědí se nerovná počtu případů v analýze (N) a procentuální vyhodnocení odpovědí respondentů nedává výsledný součet 100 %.

⁵⁹ Naprostá většina těchto studentů navštěvovala střední školu nebo učiliště prvním rokem, pouze dvě děti rokem druhým.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

základní škole navštěvovaly převážně druhý stupeň. Jak je patrné z tabulky č. 5, Olomoucký kraj se od ostatních dvou zkoumaných krajů liší v tom, že tamější děti navštěvovaly při přijetí do VÚ i první stupeň ZŠ (5 % dětí VÚ z Olomouckého kraje) a naprostá většina chovanců přicházela v období, kdy navštěvovali druhý stupeň ZŠ (91 %).

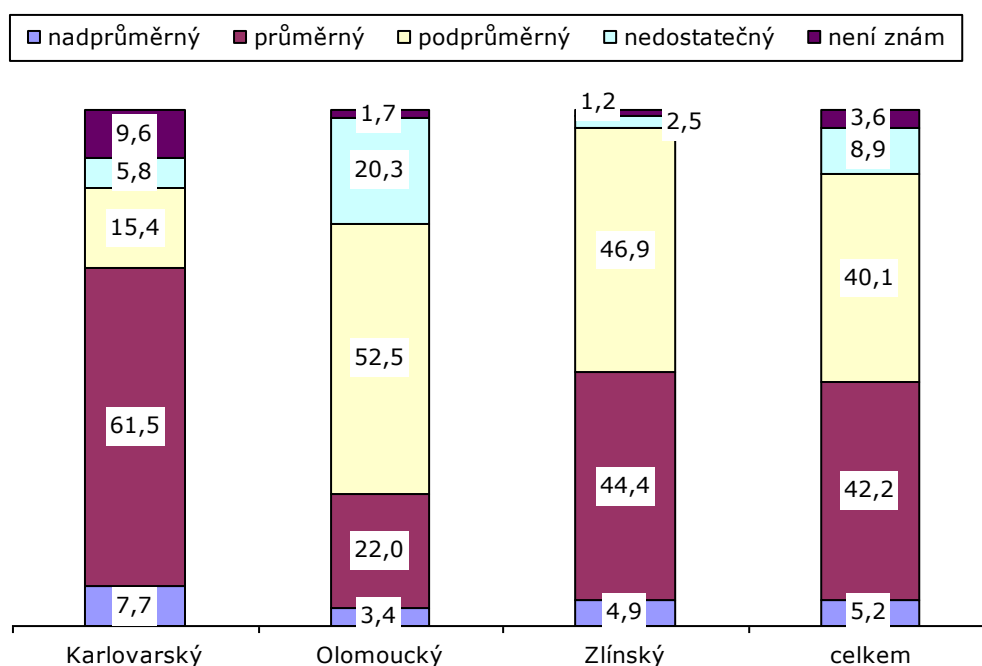
Tabulka č. 5 **Navštěvovaný stupeň třídy při přijetí do výchovného ústavu celkem a podle krajů (%)**

kraj/stupeň třídy	první stupeň ZŠ	druhý stupeň ZŠ	střední škola/ učiliště	celkem
Karlovarský	-	76,6	23,5	100,0
Olomoucký	5,1	91,5	3,4	100,0
Zlínský	-	71,6	28,4	100,0
celkem	1,6	79,1	19,4	100,0

Čtvrtina všech dětí zkoumaného souboru jednou opakovala ročník, 4 děti opakovaly ročník dvakrát, jedno dítě třikrát.

Školní prospěchový průměr všech dětí sledovaného souboru při přijetí do výchovného ústavu byl převážně průměrný až podprůměrný. Nadprůměrné výsledky ve škole dosahovalo pouze 10 dětí - viz graf č. 5. V porovnání s ostatními kraji, děti z Karlovarského kraje dosahovaly v době příjmu do VÚ lepší školní průměr, školní prospěch nadpoloviční většiny těchto dětí byl průměrný.

Graf č. 5 **Školní prospěchový průměr dětí v době přijetí do výchovného ústavu celkem a podle krajů (%)**



V období výzkumu navštěvovala naprostá většina všech dětí zkoumaného souboru (79 %) školu v zařízení, 10 % dětí navštěvovalo místní školu v obci nebo městě, 6 % internátní školu mimo instituci a 5 % nechodilo do školy. Děti Zlínského kraje navštěvovaly výlučně školu v zařízení.

Nadpoloviční většina dětí zkoumaného souboru v současnosti navštěvovala učiliště (62 %), dále základní školu (17 %), praktickou školu (2. vzdělanostní stupeň 12 %), zvláštní základní školu (8 %) a střední školu s maturitou 1 % (tj. celkem 2 děti).

Vzhledem k tomu, že většina dětí zkoumaného souboru stráví ve výchovném ústavu delší dobu než 6 měsíců, navštěvovaný stupeň třídy se po dobu pobytu mění. Dvě třetiny dětí celkového zkoumaného souboru v současné době navštěvovaly učiliště nebo střední školu, čtvrtina druhý stupeň základní školy. Na rozdíl od dvou ostatních krajů převážná většina dětí Zlínského kraje studovala na učilišti nebo střední škole - viz tabulka č. 6. Prvním rokem navštěvovala učiliště/střední školu polovina všech dětí, druhým rokem téměř čtvrtina a třetím rokem pouze tři děti.

Tabulka č. 6 **Navštěvovaný stupeň třídy v současnosti celkem a podle krajů (%)**

kraj/stupeň třídy	první stupeň ZŠ	druhý stupeň ZŠ	střední škola/ učiliště	celkem
Karlovarský	-	32,6	67,4	100,0
Olomoucký	-	47,4	52,6	100,0
Zlínský	-	3,7	96,3	100,0
celkem	-	24,3	75,7	100,0

Školní průměr chovanců VÚ v současnosti v porovnání s dobou jejich přijetí do ústavu se prakticky nezměnil. Avšak adekvátní srovnání nelze provést z důvodu chybějících dat (u 24 % všech dětí sledovaného souboru školní průměr v současnosti není znám). Z deklarovaných odpovědí vyplynula tato struktura současných školních výsledků: 32 % dětí dosahuje průměrné výsledky, stejná část podprůměrné 3 %, 8 % nedostatečné a 4 % nadprůměrné.

Rodina

U naprosté většiny dětí sledovaného souboru byli v jejich rodném listu zapsáni oba rodiče (98 %), pouze matku měly zapsanou tři děti. Většinu dětí základního souboru žili oba rodiče (85 %), žádné dítě nebylo úplným sirotkem. Signifikantní rozdíly mezi kraji nebyly zjištěny.

Významná část dětí sledovaného souboru pochází z neúplných nebo rozvrácených rodin, kde aspoň jeden rodič žije osamocen. Rodiče žijící společně (v různé formě soužití) tvořili cca třetinu souboru - detailněji viz tabulka č. 7.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 7 **Typ soužití rodičů dětí celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
manželé žijící společně	počet	11	8	28	47
	%	21,2%	13,8%	34,6%	24,6%
nesezdané soužití rodičů	počet	11	9	2	22
	%	21,2%	15,5%	2,5%	11,5%
rozvedení rodiče žijící spolu	počet	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,2%	0,5%
matka s novým partnerem	počet	1	12	23	36
	%	1,9%	20,7%	28,4%	18,8%
otec s novou partnerkou	počet	0	11	11	22
	%	0,0%	19,0%	13,6%	11,5%
matka žila sama	počet	36	28	15	79
	%	69,2%	48,3%	18,5%	41,4%
otec žil sám	počet	34	26	12	72
	%	65,4%	44,8%	14,8%	37,7%
není známo	počet	2	1	15	18
	%	3,8%	1,7%	18,5%	9,4%
jiné	počet	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	2,5%	1,0%
manželé nežijí spolu	počet	0	0	8	8
	%	0,0%	0,0%	9,9%	4,2%
celkem	počet	52	58	81	191
	%	27,2%	30,4%	42,4%	100,0%

Na problémy v rodině, ze které dítě do výchovného ústavu přišlo, lze usuzovat i odkrytím sociálně-právní situace rodiny. Nadpoloviční většina dětí přišla do VÚ ze sociálně slabé rodiny (opuštění dítěte matkou/otcem, matka či otec závislí na alkoholu, matka/otec ve vězení nebo zbaveni rodičovských práv). V příbuzenské péči, u adoptivní rodiny nebo v pěstounské péči byla celkem 4 % všech dětí zkoumaného souboru - detailněji viz tabulka č. 8. V Olomouckém kraji bylo v porovnání se situací v ostatních dvou sledovaných krajích zastoupení sociálně slabých rodin vyšší. Další významné regionální rozdíly zjištěny nebyly. Je důležité poznamenat, že na rozdíl od dětí většinového etnika,⁶⁰ statisticky významná část romských dětí přišla do VÚ ze sociálně slabých rodin. Obdobnou situaci lze konstatovat i u poloromského etnika.

⁶⁰ Ze sociálně slabé rodiny pocházela necelá polovina dětí většinového etnika.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 8 **Sociálně právní situace rodiny celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

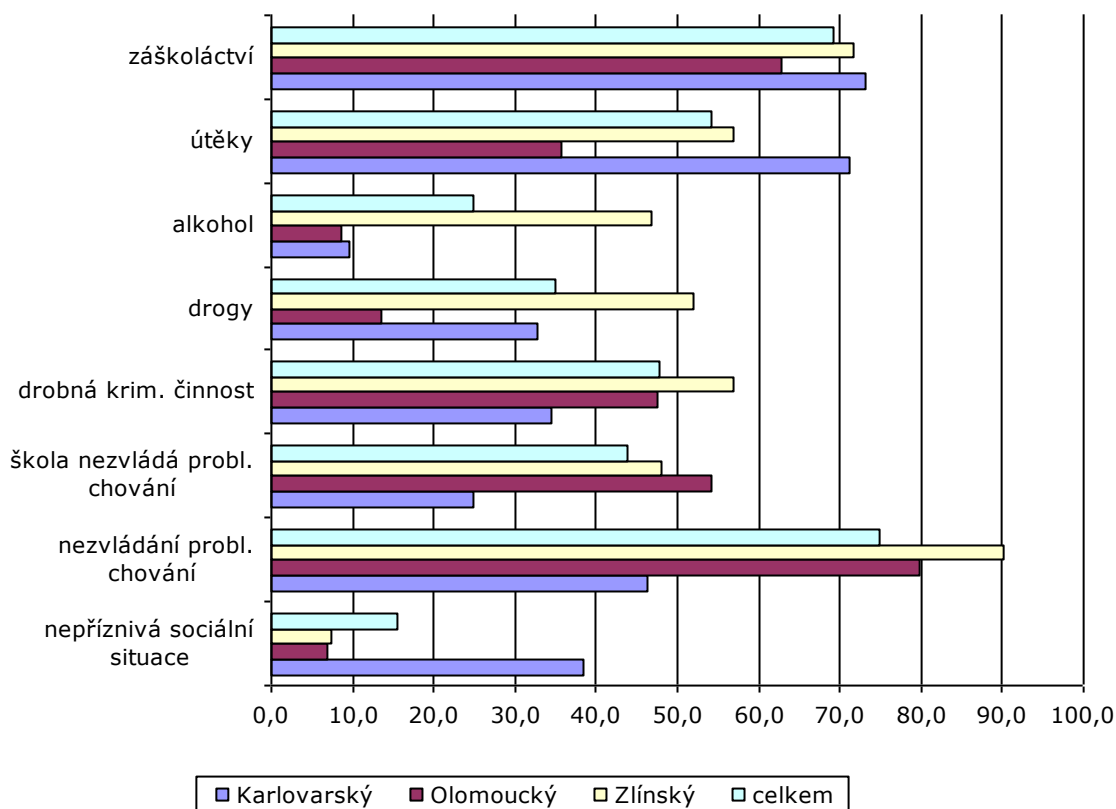
		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
fungující rodina	počet	13	10	30	53
	%	25,5%	16,9%	37,0%	27,7%
sociálně slabá rodina	počet	30	41	34	105
	%	58,8%	69,5%	42,0%	55,0%
dítě opuštěno matkou	počet	5	5	1	11
	%	9,8%	8,5%	1,2%	5,8%
dítě opuštěno otcem	počet	10	9	6	25
	%	19,6%	15,3%	7,4%	13,1%
matka zbavena rod. práv	počet	2	4	1	7
	%	3,9%	6,8%	1,2%	3,7%
otec zbaven rod. práv.	počet	2	3	1	6
	%	3,9%	5,1%	1,2%	3,1%
matka ve vězení	počet	3	0	3	6
	%	5,9%	0,0%	3,7%	3,1%
otec ve vězení	počet	3	4	4	11
	%	5,9%	6,8%	4,9%	5,8%
matka závislá na alkoholu/náv. látkách	počet	8	6	1	15
	%	15,7%	10,2%	1,2%	7,9%
otec závislý na alkoholu/náv. látkách	počet	3	0	1	4
	%	5,9%	0,0%	1,2%	2,1%
dítě v příbuzenské péči	počet	1	1	0	2
	%	2,0%	1,7%	0,0%	1,0%
dítě v adoptivní péči	počet	0	1	0	1
	%	0,0%	1,7%	0,0%	0,5%
dítě v pěstounské péči	počet	0	3	2	5
	%	0,0%	5,1%	2,5%	2,6%
jiné	počet	3	1	16	20
	%	5,9%	1,7%	19,8%	10,5%
celkem	počet	51	59	81	191
	%	26,7%	30,9%	42,4%	100,0%

Nejčastějším hlavním důvodem pro přijetí dítěte do výchovného ústavu bylo u tří čtvrtin dětí nezvládnutí jeho problémového chování. Nejčastější projevy problémového chování byly: záškoláctví (69 %), útěky (54 %, v případě Karlovarského kraje byly právě útěky nejčastějším důvodem pro přijetí dítěte do výchovného ústavu - viz graf č. 6). Ústavní výchova z důvodu páchaní drobné kriminální činnosti byla zahájena téměř u poloviny dětí (48 %), škola nezvládala problémové chování u 43 % dětí základního souboru. Alkohol anebo drogy přivedly do ústavu více jak polovinu dětí (60 %). Je zajímavé, že v krajském srovnání jsou drogy anebo alkohol uvedeny jako důvod pro zahájení ústavní výchovy ve Zlínském kraji u podstatně větší části dětí (téměř u všech tamějších respondentů - 99 %), než je tomu v ostatních dvou krajích. U dalších (méně častých) důvodů pro přijetí dítěte do výchovného ústavu byly zjištěny tyto regionální zajímavosti: z důvodu předčasného sexuálního života bylo do VÚ přijato 5 % (tj. 10 dětí pouze z Karlovarského kraje; v rámci Karlovarského kraje byla jedním z

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

významných důvodů přijetí do ústavu i nepříznivá sociální situace (39 %)). Dále lze konstatovat, že mezi romskými a poloromskými dětmi je statisticky vyšší podíl těch, které do výchovného ústavu přivedla právě jejich nevyhovující sociální situace.

Graf č. 6 **Nejčastější důvody přijetí dítěte do výchovného ústavu celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)



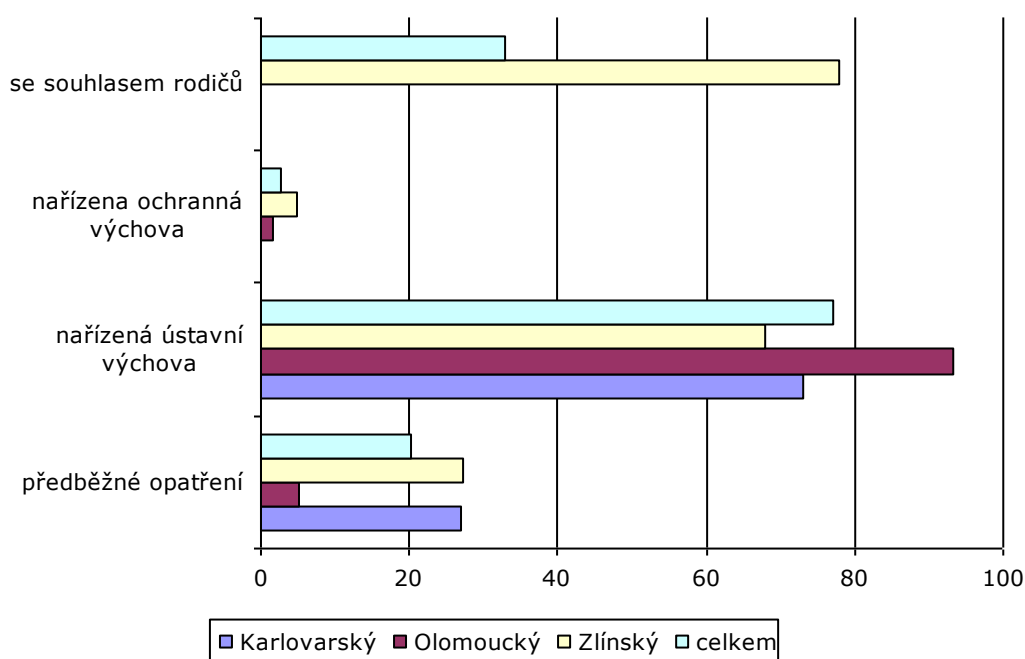
Tabulka č. 9 uvádí vyjmenované další (jiné) hlavní důvody přijetí dítěte do výchovného ústavu, jakými jsou např. agresivita, gambling, pohlavní zneužívání, znásilnění, vyhrožování spolužákům a rodičům atd.

Tabulka č. 9 **Přehled „jiných“ hlavních důvodů přijetí do výchovného ústavu**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
afektivní jednání, negativní postoj	1	0	1
agresivita	5	0	5
gambling	1	2	3
nadměrná sexualita	0	1	1
podezření na znásilnění	1	0	1
pohlavní zneužívání	2	0	2
sebepoškozování, CAN	0	1	1
soud zjišťuje poměry v rodině, blízkost zařízení v rodině	1	0	1
užívání a distribuce THC	1	0	1
vyhrožování rodičům a spolužákům, vzdorovité chování	1	0	1
znásilnění bratrem	1	0	1
znásilnění otčímem	1	0	1

U většiny respondentů základního souboru byla při přijetí do VÚ nařízena ústavní výchova (77 %), předběžné opatření bylo vydáno u 20 %, ochranná výchova byla nařízena u 3 % dětí - viz graf č. 7. Se souhlasem rodičů bylo vydáno předběžné opatření nebo nařízena ústavní výchova u 33 % dětí (pouze) Zlínského kraje. Další signifikantní regionální diference zjištěny nebyly.

Graf č. 7 **Soudní rozhodnutí při přijetí celkem a podle krajů (%)**



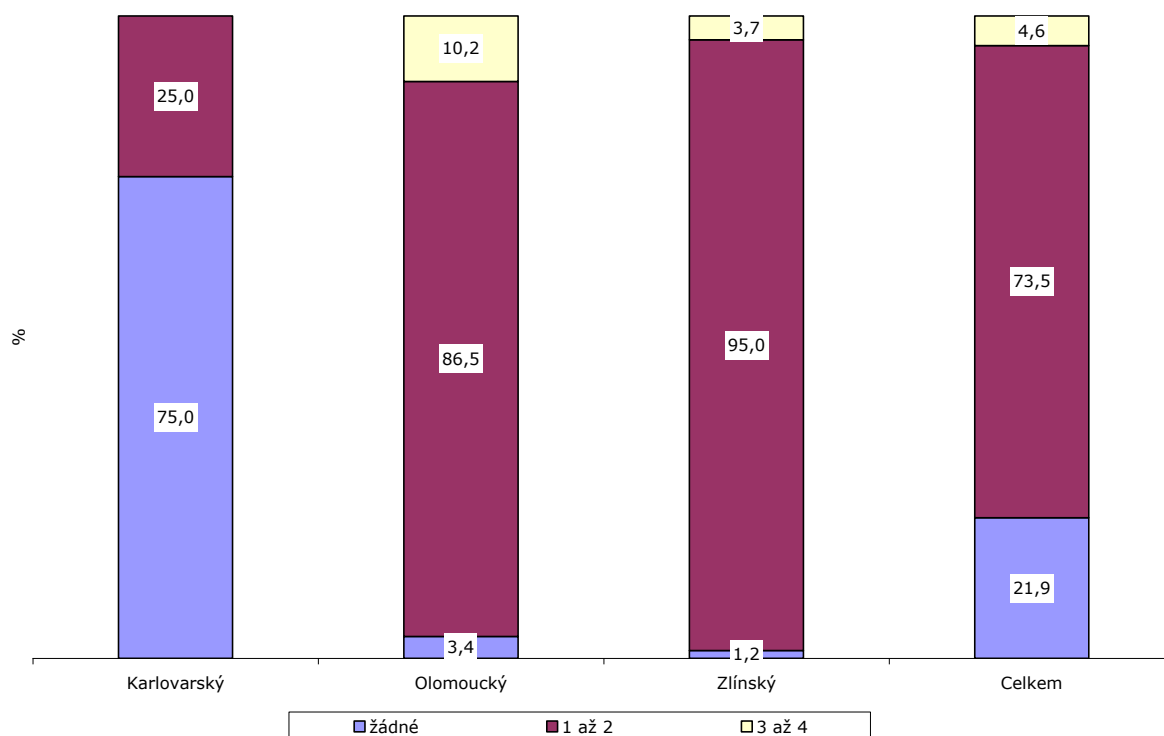
II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

V případech, kdy bylo vydáno předběžné opatření, byla ústavní výchova nařízena po 1 až 4 týdnech v 10 případech, po 5 až 9 týdnech v 9, po 10 až 16 týdnech v 10 a po 18 týdnech a více ve 2 případech. V průměru byla na základě předběžného opatření nařízena ústavní výchova v Karlovarském kraji po cca dvou měsících, v Olomouckém po 2,5 měsíci (10 týdnů počítáno z dvou případů) a ve Zlínském kraji po čtvrt roku.

Současné soudní rozhodnutí proběhlo v 89 % nařízením ústavní výchovy, v devíti případech se jednalo o předběžné opatření a ve stejném počtu o nařízenou ochrannou výchovu. V 16 případech (pouze) ze Zlínského kraje byla nařízena ústavní výchova se souhlasem rodičů.

Většina dětí základního souboru byla před nástupem do sociálního zařízení mimo biologickou rodinu umístěna jeden až dvakrát, necelá čtvrtina nebyla umístěna mimo svoji rodinu nikdy - viz graf č. 8. V tomto případě lze konstatovat regionální rozdíly. Většina dětí z Karlovarského kraje nebyla mimo svoji rodinu umístěna nikdy, zatímco u většiny dětí z Olomouckého a Zlínského kraje byly zaznamenány jedno až dvě umístění. Tři až čtyři umístění mimo rodinu byly zaznamenány pouze u Olomouckého a Zlínského kraje.

Graf č. 8 **Počet předchozích umístění mimo biologickou rodinu celkem a podle krajů (%)**



Před umístěním ve výchovném ústavu nebyla většina dětí základního souboru (66 %) hospitalizována na psychiatrickém oddělení. 19 % dětí má za sebou 1 až 2 pobyty na psychiatrii, 3 % 3 až 4 hospitalizace, u jednoho respondenta bylo uvedeno sedm hospitalizací. U 12 % respondentů tento údaj není znám. Signifikantní rozdíly nebyly zaznamenány.

Většina sledovaných chovanců VÚ měla sourozence (86 %), jedináčků bylo 12 % a u 2 % dětí tato skutečnost nebyla známá. Jednoho až dva sourozence mělo 69 % dětí, tři až čtyři sourozenci byly u 23 % respondentů a pět a více sourozenců mělo 8 %⁶¹ dětí. Nejvyšší uvedený počet sourozenců byl 9 (u jedné osoby). Naprostá většina dětí sledovaného souboru neměla ve stejné instituci sourozence (98 %), tři děti měly ve stejném VÚ jednoho sourozence. V jiných institucích určených pro péči o děti neměla sourozence většina respondentů (92 %), 12 respondentů mělo v obdobných institucích jednoho až dva sourozence, 3 respondenti čtyři až pět sourozenců. Většina dětí základního souboru neměla žádné sourozence v osvojení nebo v pěstounské péči, 4 děti měly v této formě náhradní péče jednoho až dva sourozence. Doma u rodiny mělo jednoho až dva sourozence 78 % dětí, 17 % tři až čtyři sourozence a 5 % pět a více sourozenců. Signifikantní regionální diference u uvedených proměnných zaznamenány nebyly.

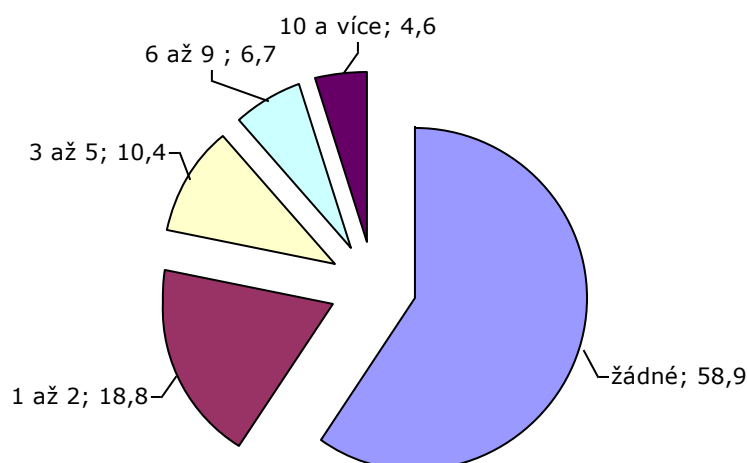
Život ve výchovném ústavu

Kontakt se sociálním pracovníkem udržovala naprostá většina dětí celkového souboru (94 %) v tříměsíční periodicitě. Nižší frekvence v kontaktu se sociálním pracovníkem byla zaznamenána pouze ve Zlínském kraji: osm dětí bylo sociálním pracovníkem kontaktováno každých šest měsíců, dvě děti méně než jednou za rok. U dvou dětí tento údaj nebyl znám, jedno z toho bylo na útěku.

Typický způsob udržování kontaktu se sociálním pracovníkem pro všechny zkoumané výchovné ústavy byly osobní návštěvy sociálního pracovníka (98 %). Pouze ve Zlínském kraji udržoval sociální pracovník s dítětem kontakt také prostřednictvím telefonu u 59 % tamějších chovanců.

Většina dětí základního souboru neutekla z výchovného ústavu zatím nikdy - více viz graf č. 9. Maximální uvedený počet útěků byl 18 (jedno dítě). Jedno dítě bylo v době realizace průzkumu na útěku. Výrazná regionální specifika zjištěna nebyla.

Graf č. 9 **Počet útěků z VÚ (více než 24 hodin pryč) celkem (%)**



⁶¹ Počítáno z dětí, které mely alespoň jednoho sourozence.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Průměrné hodnoty útěků celkem a podle krajů mapuje tabulka č. 10. V průměru připadlo na jedno dítě 1,8 útěku celkem, v případě Zlínského kraje lze konstatovat, že zdejší chovanci vykazovali v porovnání s ostatními kraji o jeden útěk více.

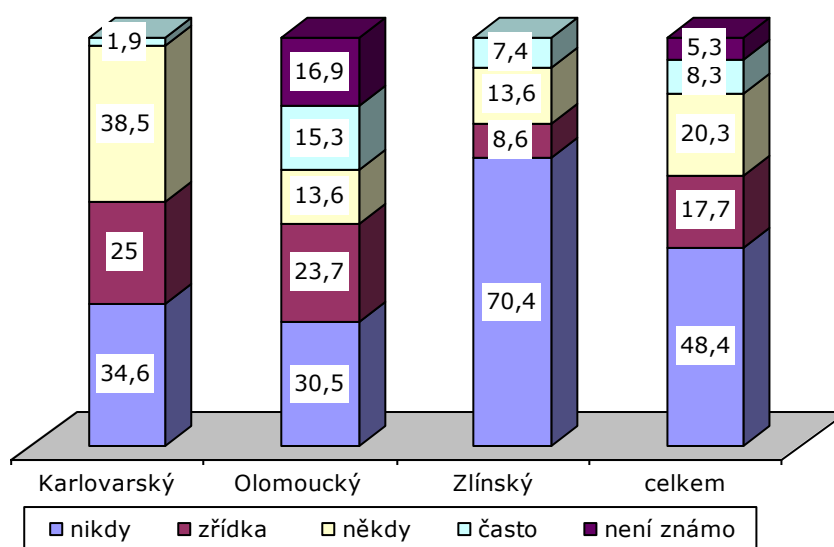
Tabulka č. 10 **Průměrný počet útěků celkem a podle krajů**

kraj	počet útěků (více než 24 hodin pryč)
Karlovarský	1,69
Olomoucký	1,24
Zlínský	2,26
celkem	1,79

U naprosté většiny respondentů „nenávraty“⁶² z návštěvy doma nebyly uváděny (70 %). 22 % dětí se z návštěvy doma „nenavrátilo“ jeden až dvakrát, tři a více „nenávratů“ bylo uvedeno u 7 % dětí. Maximální počet nenávratů byl 12 (u jednoho dítěte). Z krajů byl nejnižší počet nenávratů uveden u Karlovarského kraje (maximálně tři nenávraty). Další signifikantní regionální specifika zjištěny nebyly.

Výchovná opatření (např. izolace apod.) nebylo nutné používat u necelé poloviny dětí, více - viz graf č. 10. V porovnání s ostatními sledovanými kraji, v případě VÚ Zlínského kraje nebylo potřeba používat výchovná opatření vůbec až u dvou třetin chovanců. V případě Karlovarského kraje byla uvedena tato konkrétní výchovná opatření: omezení vycházek (9 x), omezení sledování televize (3 x), snížení kapesného (16 x), zákaz účasti na atraktivních akcích ústavu (4 x) a zkrácení pobytu u rodiny (1 x); v případě Olomouckého kraje to byl zákaz vycházek (6 x).

Graf č. 10 **Četnost používání výchovných opatření celkem a podle krajů (%)**

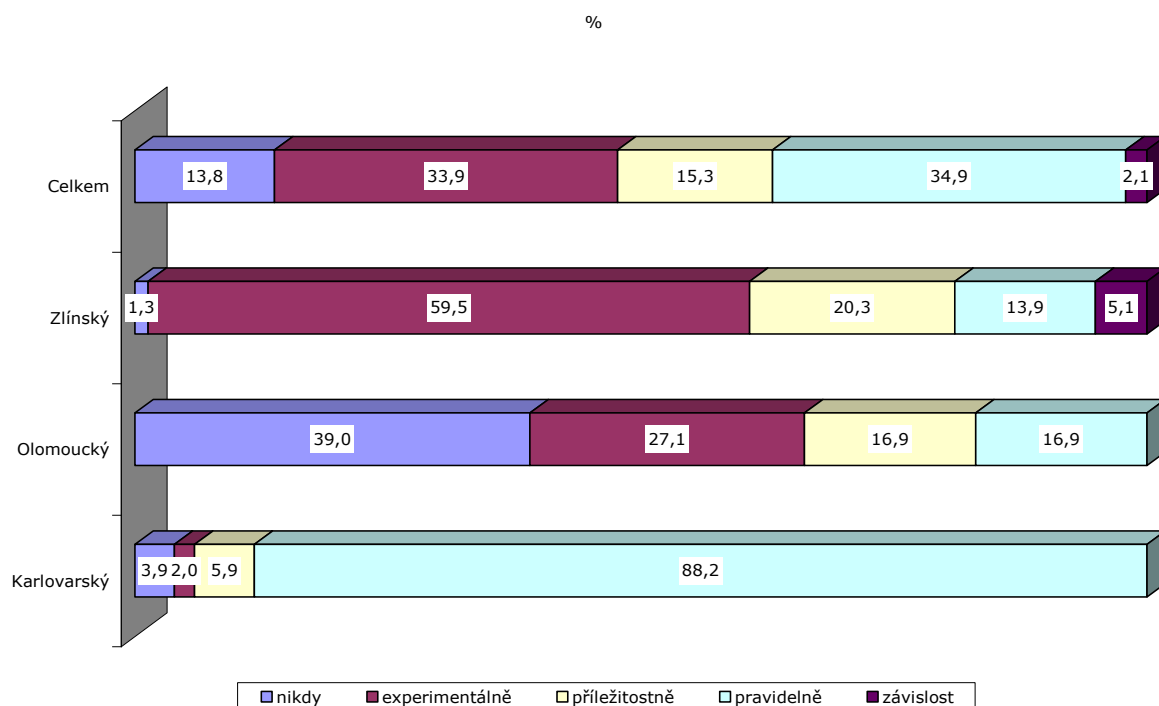


⁶² Návrat později o 24 hodin a více/vůbec.

Zneužívání návykových látek - drogy

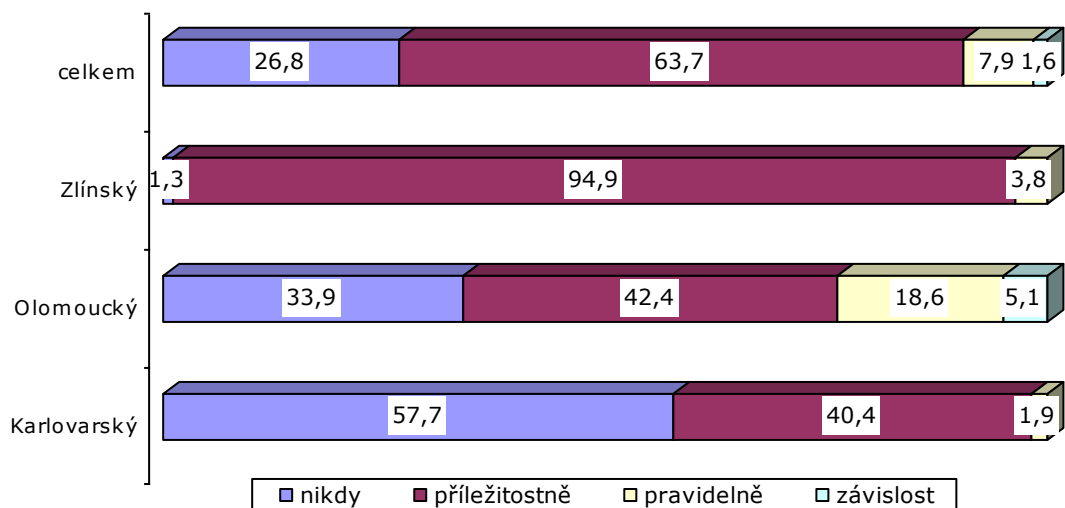
Ke zneužívání nealkoholových návykových látek (zejména cigaret) v různé míře dochází mezi dětmi poměrně často. Jak ilustruje graf č. 11, pravidelně holduje nealkoholovým drogám 35 % všech dětí základního souboru, závislost byla zaznamenána u 2 % z nich. V Karlovarském kraji užívá nealkoholové drogy vysokých 88 % respondentů. Nutno ovšem zdůraznit, že otázka zaměřená na sledování frekvence zneužívání nealkoholových drog byla u většiny tazatelů vyplněna bez identifikace, o jaký druh nealkoholové drogy jde. Lze usuzovat, že časté pravidelné užívání drogy respondenty v mnoha případech spíše vypovídá o pravidelném kouření nikotinových cigaret. V případě respondentů, u kterých byl druh drogy specifikován (20 případů z Karlovarského kraje), lze stanovit, že vyjmenované nealkoholové drogy (pervitin, THC a opiáty) jsou (zne)užívané spíše příležitostně (12 x) nebo experimentálně (7 x) a pravidelně pouze u jedné osoby.

Graf č. 11 Zneužívání návykových látek - nealkoholové drogy celkem a podle krajů (%)



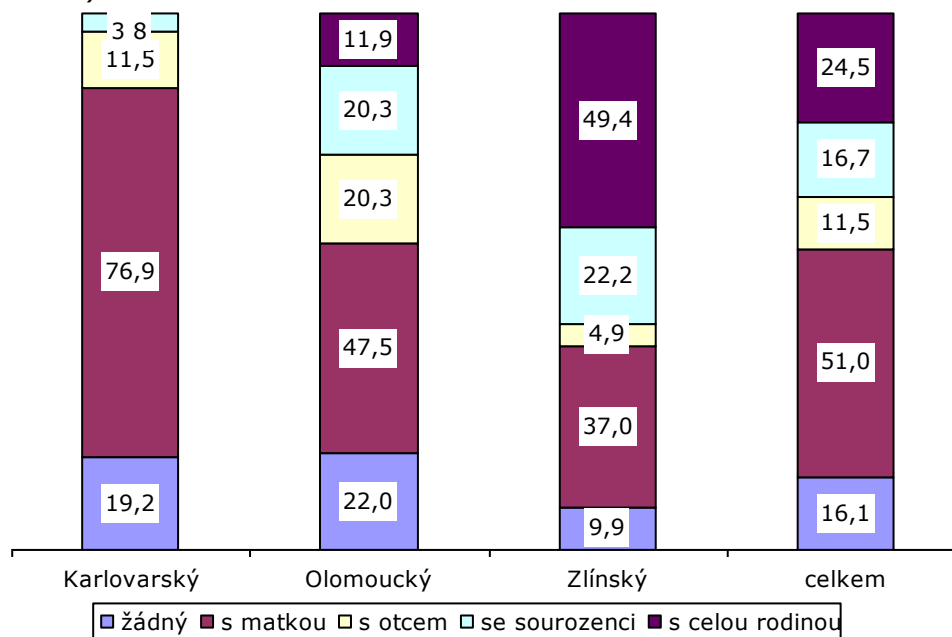
Reálnější představu o vztahu respondentů k návykovým látkám nám umožňuje vyhodnocení otázky zaměřené na frekvenci užívání alkoholu. Příležitostně alkoholickým nápojům holduje nadpoloviční většina všech dětí sledovaného souboru, pravidelně popíjí 8 % z nich a závislost byla konstatována u 2 %. Regionální diference byly v tomto případě poměrně značné. Zatímco v Karlovarském kraji nepřicházela do kontaktu s alkoholem nadpoloviční většina chovanců, v případě Zlínského kraje byla situace zcela opačná - příležitostně popíjela převážná většina tamějších chovanců - viz graf č. 12.

Graf č. 12 **Zneužívání návykových látek - alkoholu celkem a podle krajů (%)**



Kontakt s rodinou

U všech dětí analyzovaného souboru existoval psaný plán péče. Děti udržovaly kontakt zejména s matkou nebo s celou rodinou. Vazba na otce a individuální vazby s ostatními členy rodiny byly již slabší - s otcem udržovalo kontakt pouze 12 % dětí a se sourozenci 9 %. Žádný kontakt s nejbližší rodinou neudržovala necelá pětina dětí - viz graf č. 13. S celou rodinou udržovaly kontakt zejména děti Zlínského kraje. Žádný kontakt s užší rodinou neudržovaly zejména děti ze sociálně slabších rodin, v případech, kdy byli rodiče zbaveni rodičovských práv, např. z důvodu závislosti na alkoholu a také z důvodu např. problematické vztahové situace v pěstounské rodině.

Graf č. 13 **Kontakt dítěte s rodinou celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

Děti se s bližší rodinou setkávaly zejména jednou za měsíc (34 %), méně často jednou týdně (23 %). Čtvrtletně se s rodinou stýkalo 9 % dětí, jednou ročně nebo méně často 3 %. Domů o prázdninách chodila celkem 3 % (tj. šest) dětí, dlouhodobou propustku měla 4 %. U čtvrtiny dětí tato periodicita specifikována nebyla nebo ke kontaktu s rodinou nedocházelo. Regionální specifika nebyla zjištěna.

Lze se domnívat, že na spíše nižší četnost návštěv nejbližší rodiny měla kromě sociálně-právní situace rodiny a individuálních rodinných vazeb určitý vliv i vzdálenost výchovného ústavu od rodin respondentů - viz tabulka č. 11. Až nadpoloviční většina všech dětí zkoumaného souboru byla od své nejbližší rodiny vzdálena nad 100 km. Pouze 11 % dětí bylo od své rodiny vzdáleno do 25 km. Signifikantní regionální rozdíly zjištěny nebyly.

Tabulka č. 11 **Vzdálenost dítěte od užší rodiny celkem a podle krajů (v %)**

	kraj			celkem
	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
pod 10 km	1,9	6,9	2,5	3,7
10-25 km	5,8	10,3	5,0	6,8
26-50 km	25,0	17,2	31,3	25,3
51-100 km	32,7	29,3	40,0	34,7
nad 100 km	34,6	36,2	21,3	29,5
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

S širší rodinou neudržovala kontakt nadpoloviční většina dětí (celkem 64 %). Z těch, které se svojí širokou rodinou kontakt udržovaly (36 %), se s prarodiči stýká 84 % dětí, se strýci a tetami 22 %, s bratry a sestřenicemi 19 % a s ostatní rodinou

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

udržuje kontakt 25 %⁶³ dětí. Nejčastěji se děti stýkají se širokým příbuzenstvem jednou za měsíc (49 %), týdně 22 %, čtvrtletně 21 %, jednou za půlrok 4 % (tj. 3 děti), jednou ročně 3 % (2 děti) a o prázdninách navštěvovalo širší rodinu jedno dítě.

Jak dokládá tabulka č. 12, téměř u poloviny dětí sledovaného souboru nebylo známo, v jaké vzdálenosti od VÚ bydlí jejich širší rodina. Ve většině uvedených případů se širší příbuzenstvo nacházelo ve vzdálenosti 26 až 50 km a 51 až 100 km.

Tabulka č. 12 **Vzdálenost dítěte od širší rodiny celkem a podle krajů (v %)**

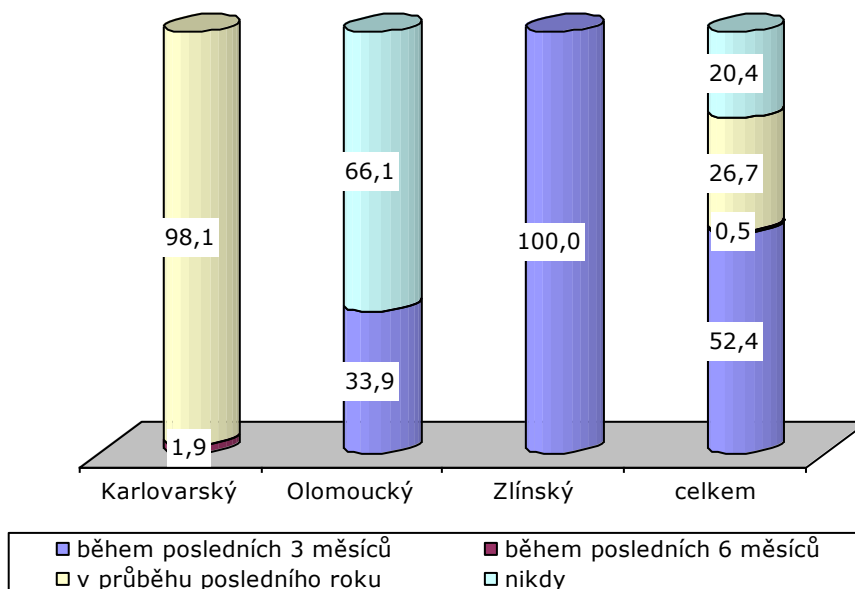
	kraj			celkem
	Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
pod 10 km	0,0	0,0	2,5	1,1
10-25 km	1,9	2,2	2,5	2,2
26-50 km	5,8	8,7	25,9	15,6
51-100 km	7,7	10,9	33,3	20,1
nad 100 km	5,8	15,2	12,3	11,2
není známo	78,8	63,0	23,5	49,7
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

Naprostá většina dětí zkoumaného souboru nenavštěvuje jinou rodinu (98 %). Ke stejné rodině o víkendech či prázdninách naopak dochází celkem pouze 5 dětí (1 x Karlovarský kraj, 2 děti ve Zlínském a Olomouckém kraji). Žádné z dětí nenavštěvuje o víkendech či prázdninách různé rodiny.

Značné regionální rozdíly byly zaznamenány v době provádění revize případů jednotlivými ústavy - viz graf č. 14. Všechny zkoumané výchovné ústavy Zlínského kraje revidovaly případy svých chovanců během posledních 3 měsíců. Naopak, ve výchovných ústavách Karlovarského kraje došlo k těmto revizím v průběhu posledního roku. V Olomouckém kraji zrevidovali v průběhu posledních 3 měsíců třetinu případů, nadpoloviční většina případů doposud revidována nebyla.

⁶³ Součet procent nedává dohromady 100 %, jedná se o setovou otázku.

Graf č. 14 **Doba provedení revize případu výchovným ústavem celkem a podle krajů**

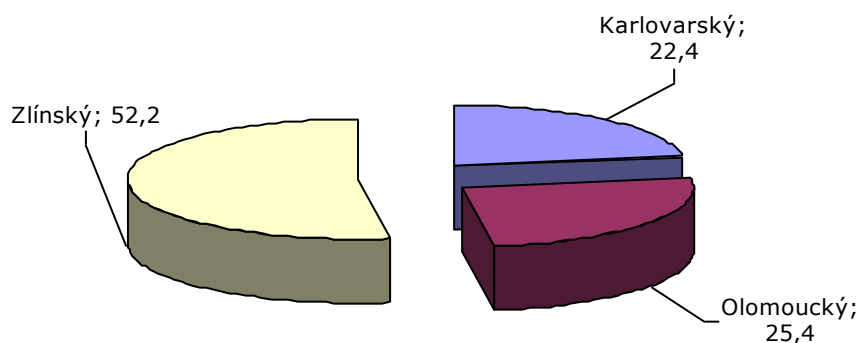


2.3.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

Základní charakteristika souboru

Základní soubor pro analýzu obsahuje celkem 232 dětí, které byly v minulosti umístěné do vybraných výchovných ústavů ve třech sledovaných krajích - viz graf č. 15. Nadpoloviční většinu sledovaného souboru tvořily děti z výchovných ústavů Zlínského kraje. Olomoucký kraj tvořil čtvrtinu sledovaného souboru. Nejmenší podíl přináležel Karlovarskému kraji.

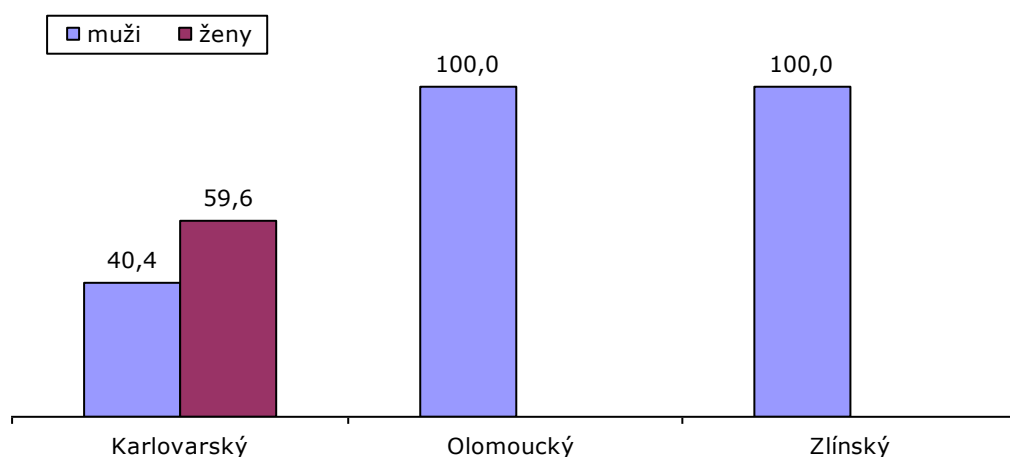
Graf č. 15 **Regionální skladba zkoumaných výchovných ústavů (%)**



II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Vzhledem k tomu, že výchovné ústavy Olomouckého a Zlínského kraje jsou určeny pouze pro chlapce, tvoří děvčata z Karlovarského kraje pouze 13,4 % základního souboru, přičemž v Karlovarském kraji tvoří děvčata nadpoloviční většinu - viz graf č. 16.

Graf č. 16 **Struktura podle pohlaví a krajů (%)**



Věk dětí umístěných ve zkoumaných ústavech se pohyboval v širokém intervalu 11 až 21 let, přičemž nejpočetnější zastoupení tvořily děti ve věku 16 let a 18 až 19 let. Z tabulky č. 13 vyplývá, že pro nejnižší věkovou kategorii 14 až 16 let jsou v rámci zkoumaného souboru určeny spíše VÚ Olomouckého kraje. Naopak, ve Zlínském kraji jsou umístěny děti spíše vyšší věkové kategorie ve věku 17 až 18 let.

Tabulka č. 13 **Věková struktura dětí výchovných ústavů podle krajů (%)**

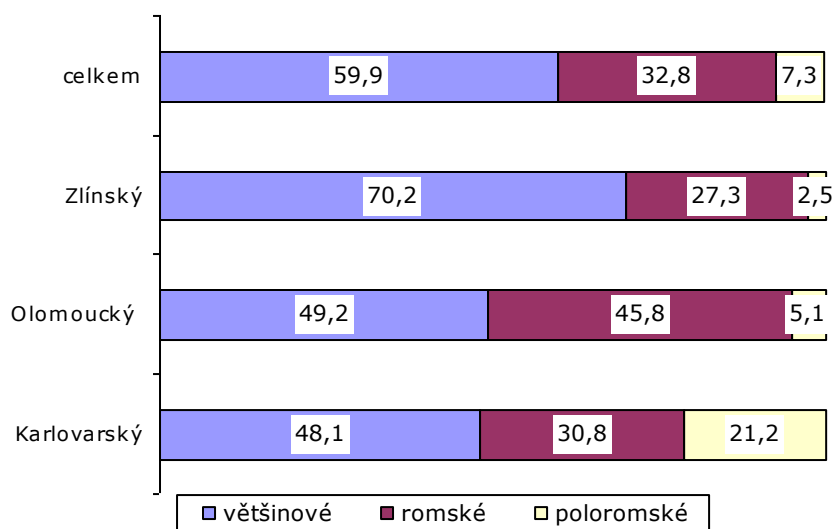
kraj	11 až 13 let	14 až 16 let	17 až 19 let	20 až 21 let	celkem
Karlovarský	-	24,0	76,0	-	100,0
Olomoucký	1,7*	40,7	57,6	-	100,0
Zlínský	0,8*	17,4	71,1	10,7	100,0
celkem	0,9	24,8	68,7	5,6	100,0

* jeden případ

Až na jedno dítě Karlovarského kraje, které bylo ukrajinské národnosti, byly děti české národnosti.

Většinové etnikum tvořilo polovinu zkoumaného souboru, romské etnikum třetinu poloromské bylo zastoupeno nejméně - viz graf č. 17. Porovnáním etnické skladby chovanců ústavů v rámci jednotlivých krajů bylo zjištěno, že nejbohatší zastoupení romského etnika v rámci daných VÚ bylo v Olomouckém kraji. Poloromské etnikum je zase výrazněji zastoupeno v ústavech Karlovarského kraje.

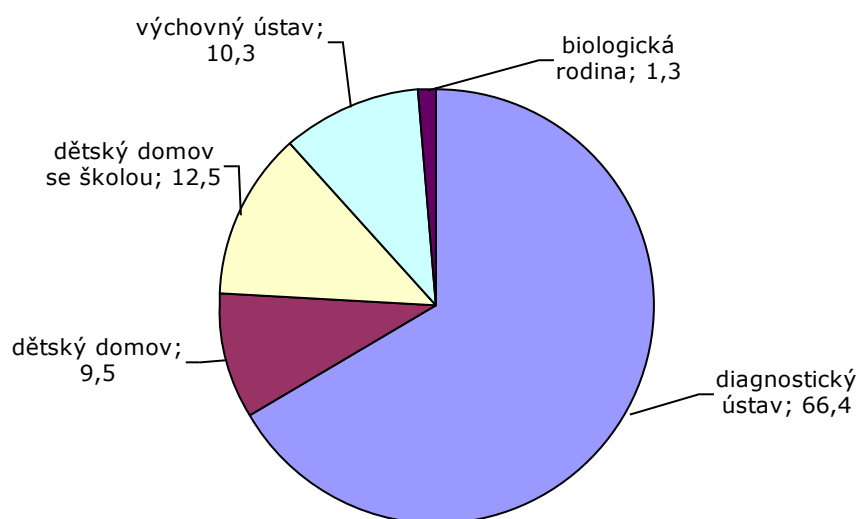
Graf č. 17 **Etnická skladba výchovných ústavů celkem a podle krajů (%)**



Odkud, kdy a jak se dítě do výchovného ústavu dostalo

Většina dětí sledovaného souboru přišla do VÚ z diagnostického ústavu, 66 % všech dětí - viz graf č. 18. Signifikantní regionální diference v místech, odkud děti do výchovných ústavů přišly, zjištěny nebyly.

Graf č. 18 **Odkud dítě do výchovného ústavu přišlo (%)**



Do výchovných ústavů přišla téměř polovina dětí zejména ve věku 14 až 16 let, nejméně ve věku 10 až 13. Vybrané věkové kategorie viz tabulka č. 14. Lze konstatovat, že ve skladbě věku příchodu dětí do ústavů byly zjištěny významné

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

regionální rozdíly. I když do výchovných ústavů Karlovarského a Olomouckého kraje přicházely děti ve všech výše uvedených věkových kategoriích, děti v nejnižším uvedeném věku měly větší zastoupení v Olomouckém kraji a v Karlovarském kraji přišly do výchovných ústavů zejména děti ve věku 14 až 16 let. Ve Zlínském kraji zase přicházely děti do výchovných ústavů zejména v šestnáctém roku věku.

Tabulka č. 14 **Věková skladba dětí při příchodu do výchovného ústavu celkem a podle krajů**

kraj	10 až 13 let (%)	14 až 16 let (%)	17 až 19 let (%)	celkem (%)
Karlovarský	2,0*	58,0	40,0	100,0
Olomoucký	15,4	60,3	24,1	100,0
Zlínský	7,5	66,9	25,7	100,0
celkem	8,3	63,3	25,4	100,0

* jeden případ

Děti zkoumaného souboru všech krajů byly ve výchovném ústavu nejčastěji po dobu jednoho roku až roku a půl (48 % všech). Ve VÚ Karlovarského kraje trávili chovanci oproti ostatním dvěma sledovaným krajům podstatně kratší dobu - viz tabulka č. 15 (většina z nich do roku a půl odešla). V Olomouckém a Zlínském kraji bylo poměrně značné zastoupení dětí, které byly v ústavu delší dobu než rok a půl. Maximální uvedená délka pobytu dítěte ve VÚ byla 61 měsíců (Zlínský kraj).

Tabulka č. 15 **Délka pobytu dětí ve výchovných ústavech dle krajů (%)**

kraj/měsíce	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	37-42	42 a více	celkem
Karlovarský	23,0	26,9	30,7	17,3	-	0,4*	-	-	100
Olomoucký	10,3	27,5	29,2	8,5	8,5	5,1	5,1	5,1	100
Zlínský	13,3	23,2	16,6	17,3	14,9	9,9	3,3	1,6	100
celkem	14,7	25,2	23,0	15,2	10,1	6,8	2,9	2,1	100

*jeden případ

Průměrné hodnoty délky pobytu ve VÚ, věku dítěte, věku dítěte při příchodu a jeho věku při odchodu z VÚ uvádí tabulka č. 16. Signifikantní rozdíly lze konstatovat v rozdílné průměrné délce pobytu ve VÚ - zatímco děti v Karlovarském kraji trávily ve výchovném ústavu průměrně jeden rok, v ostatních dvou sledovaných krajích strávili chovanci v ústavní péči o půl roku více.

Tabulka č. 16 **Regionální srovnání průměrných hodnot délky pobytu, věku, věku při příchodu/odchodu dítěte z VÚ**

kraj		délka pobytu v měsících	věk dítěte	věk dítěte při příchodu	věk dítěte při odchodu
Karlovarský	průměr	12,40	17,31	15,88	16,92
	N = základní počet	52	52	52	52
Olomoucký	průměr	18,02	16,88	15,19	16,61
	N = základní počet	58	59	58	59
Zlínský	průměr	18,74	17,98	15,80	17,37
	N = základní počet	121	121	121	121
celkem	průměr	17,13	17,55	15,67	17,08
	N = základní počet	231	232	231	232

Speciální potřeby dětí všech výchovných ústavů byly zejména v důsledku poruch chování (75 %), psychiatrických onemocnění (30 %) a ADHD (21 %). Žádné speciální potřeby nemělo celkem 23 % dětí. Charakter speciálních potřeb respondentů v jednotlivých krajích se značně odlišoval. Zatímco téměř všichni (až na jeden případ psychiatrického onemocnění) respondenti Karlovarského kraje neměli specifikované žádné speciální potřeby, v případě VÚ Olomouckého kraje to byly hlavně poruchy chování (98 % tamějších dětí) a v případě VÚ Zlínského kraje to byly poruchy chování (95,9 %) a psychiatrická onemocnění (49 %). Konkrétní speciální potřeby byly specifikovány u 14 respondentů Zlínského kraje: agresivita (1x), alkohol (1x), CAN (2x), drogy (3x), enuréza (4x), poruchy učení (2x), vývojové poruchy (1x).

Ani jedno z dětí celého zkoumaného souboru nemělo žádný stupeň postižení.

Žádnou medikaci neužívala nadpoloviční většina respondentů (63 %). Naopak, pravidelnou medikaci užívalo 10 % dětí, pravidelnou psychiatrickou 27 %. V případě pravidelné medikace byly specifikovány tyto poruchy či nemoci: 11x neklid (Olomoucký kraj), alergie a záněty průdušek 1x, enuréza 5x, sexuální léčba 2x, žloutenka 5x (Zlínský kraj). V případě Karlovarského kraje tento údaj specifikován nebyl.

Naprostá většina dětí sledovaného souboru nebyla po dobu pobytu ve VÚ hospitalizována na psychiatrii (87 %). Jeden příjem byl zaznamenán u 8 % dětí, 2 příjmy u 3 %, 3 příjmy u 1 % (tj. 2 případy). U jednoho dítěte Zlínského kraje bylo zaznamenáno 5 příjmů na psychiatrickém oddělení.

Vzdělání

Vzhledem k tomu, že naprostá většina dětí základního souboru přišla do výchovných ústavů z jiných institucí, téměř tři čtvrtiny dětí (72 %) navštěvovaly v době přijetí do VÚ školu v zařízení. V případě Karlovarského kraje navštěvovaly školu v obci či městě tři čtvrtiny dětí a 19 % chodilo do školy v zařízení, odkud děti do VÚ přišly. Obdobná situace byla i v Olomouckém kraji, více dětí ale navštěvovalo školu v příslušném zařízení (64 %). V případě Zlínského kraje navštěvovaly téměř všechny děti školu v zařízení (98 %).

Téměř polovina dětí analyzovaného souboru navštěvovala při přijetí do VÚ základní školu (44 %) a zvláštní školu 37 % (zejména Olomoucký a Zlínský kraj). Učiliště navštěvovalo 16 % (zejména Karlovarský a Zlínský kraj). Speciální školu navštěvovala 2 % dětí, praktickou školu 1 % (tj. 2 případy). Střední školu s maturitou navštěvovaly v době příjmu 2 děti Karlovarského kraje.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

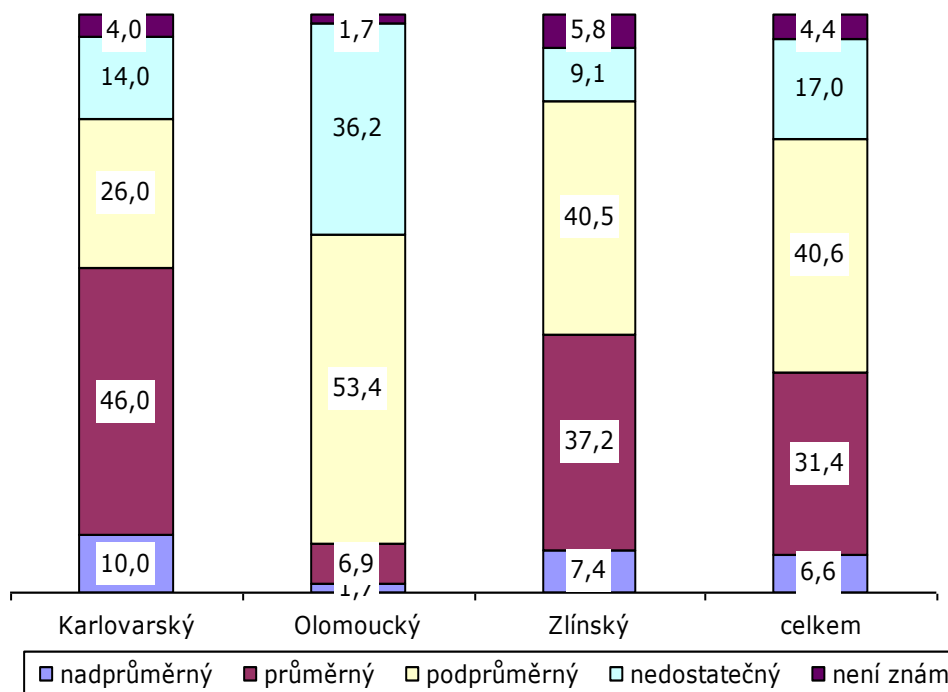
Naprostá většina chovanců VÚ navštěvovala při přijetí do instituce druhý stupeň ZŠ - viz tabulka č. 17. Děti Olomouckého kraje navštěvovaly druhý stupeň základní školy všechny. Do prvního ročníku učiliště nebo střední školy chodilo celkem 15 % všech dětí, do druhého ročníku celkem 1,3 % (tj. 3 děti) a do třetího ročníku chodilo jedno dítě. Jedenkrát opakovalo ročník celkem 56 dětí, dvakrát 10 dětí.

Tabulka č. 17 **Navštěvovaný stupeň třídy při přijetí do výchovného ústavu celkem a podle krajů (%)**

kraj/stupeň třídy	první stupeň ZŠ	druhý stupeň ZŠ	střední škola/ učiliště	celkem (%)
Karlovarský	-	75,0	25,0	100,0
Olomoucký	-	100,0	-	100,0
Zlínský	-	79,3	20,7	100,0
celkem	-	82,9	17,1	100,0

Školní prospěchový průměr dětí sledovaného souboru byl ve většině krajů zejména podprůměrný až nedostatečný - viz graf č. 19. V případě Karlovarského kraje lze konstatovat téměř u poloviny dětí průměrné školní výsledky.

Graf č. 19 **Školní prospěchový průměr v době přijetí do výchovného ústavu celkem a podle krajů (%)**



V době odchodu z VÚ navštěvovala naprostá většina dětí sledovaného souboru (85 %) školu v daném zařízení, 7 % místní školu v obci nebo městě a 3 % internátní

školu mimo instituci. 7 % respondentů (tj. 15 dětí - pouze z Karlovarského kraje) nechodilo do školy.

Téměř polovina dětí sledovaného souboru navštěvovala v době odchodu z VÚ učiliště (47 %) a 2 děti studovaly střední školu s maturitou. Základní školu navštěvovalo 18 % dětí, zvláštní školu čtvrtina (až na jeden případ pouze kraje Olomoucký a Zlínský), praktickou školu zase 10 % (pouze Olomoucký kraj). Žákem speciální (pomocné) školy bylo jedno dítě.

Vzhledem k průměrné délce pobytu dětí sledovaného souboru ve VÚ (cca rok a půl) postoupila značná část respondentů na střední školu. Střední školu/učiliště/praktickou školu v době odchodu z VÚ navštěvovalo celkem 58 % dětí. Druhá (téměř) polovina dětí pokračovala ve studiu základní školy - viz tabulka č. 18. Signifikantní regionální rozdíly nebyly zaznamenány.

Tabulka č. 18 **Navštěvovaný stupeň třídy v době odchodu z VÚ celkem a podle krajů**

kraj/stupeň třídy	první stupeň ZŠ	druhý stupeň ZŠ	střední škola/ učiliště/praktická škola	celkem (%)
Karlovarský	-	54,1	45,9	100,0
Olomoucký	-	53,5	46,5	100,0
Zlínský	-	32,8	67,2	100,0
celkem	-	42,0	58,0	100,0

Školní průměr chovanců v době odchodu z VÚ byl zejména podprůměrný (41 %). Průměrně prospívalo 22 %, nadprůměrné výsledky dosahovalo 5 % (tj. 12 dětí). Nedostatečné školní výsledky byly zaznamenány u 13 %.

Rodina

U naprosté většiny dětí byli v rodném listu zapsáni oba rodiče (97 %). Pouze matku měla v rodném listu uvedenou 3 % dětí (tj. 8 případů). U tří čtvrtin respondentů žili v době přijetí do VÚ oba rodiče. Čtyři děti Zlínského kraje byly sirotci. V případě Zlínského kraje matka nežila u čtvrtiny dětí, což je v porovnání s ostatními dvěma kraji poměrně vysoký údaj.

Z dat uvedených v tabulce č. 19 vyplývá, že **cca dvě třetiny dětí analyzovaného souboru pocházelo z neúplných nebo rozvrácených rodin**, přičemž nejčastější forma soužití byl „osamocený rodič“. Rodiče, kteří žili společně - buď jako manželé nebo nesezdaní partneři - se vyskytovali u více než jedné třetiny dětí. Signifikantní regionální rozdíly nebyly zaznamenány.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 19 **Typ soužití rodičů dětí celkem podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
manželé žijící společně	počet	9	13	27	49
	%	18,0%	22,0%	22,3%	21,3%
nesezdané soužití rodičů	počet	11	4	20	35
	%	22,0%	6,8%	16,5%	15,2%
rozvedení rodiče žijící spolu	počet	0	1	1	2
	%	0,0%	1,7%	0,8%	0,9%
matka s novým partnerem	počet	0	11	28	39
	%	0,0%	18,6%	23,1%	17,0%
otec s novou partnerkou	počet	0	4	8	12
	%	0,0%	6,8%	6,6%	5,2%
matka žila sama	počet	37	28	21	86
	%	74,0%	47,5%	17,4%	37,4%
otec žil sám	počet	35	30	18	83
	%	70,0%	50,8%	14,9%	36,1%
není známo	počet	1	0	17	18
	%	2,0%	0,0%	14,0%	7,8%
jiné	počet	0	1	13	14
	%	0,0%	1,7%	10,7%	6,1%
celkem	počet	50	59	121	230
	%	21,7%	25,7%	52,6%	100,0%

Problémy rodin, ze kterých děti do VÚ přišly, nastiňují i data v tabulce č. 20. Nadpoloviční většina dětí VÚ pocházela ze sociálně slabé rodiny, naopak z fungujícího zázemí více jak čtvrtina. Alespoň jeden z rodičů byl zbaven rodičovských práv u 6 % dětí, u necelých sedmi procent byl alespoň jeden rodič ve vězení - detailněji viz tabulka č. 20. Signifikantní regionální rozdíly nebyly zjištěny. Na rozdíl od dětí většinového etnika,⁶⁴ tři čtvrtiny romských dětí přišly do VÚ ze sociálně slabých rodin.

⁶⁴ Ze sociálně slabé rodiny pocházela necelá polovina dětí většinového etnika (48,2 %).

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 20 **Sociálně-právní situace rodiny celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
fungující rodina	počet	22	12	29	63
	%	42,3%	20,3%	24,0%	27,2%
sociálně slabá rodina	počet	27	43	69	139
	%	51,9%	72,9%	57,0%	59,9%
dítě opuštěno matkou	počet	2	1	5	8
	%	3,8%	1,7%	4,1%	3,4%
dítě opuštěno otcem	počet	6	3	6	15
	%	11,5%	5,1%	6,0%	6,5%
matka zbavena rod. práv	počet	0	3	3	6
	%	0,0%	5,1%	2,5%	2,6%
otec zbaven rod. práv.	počet	0	3	5	8
	%	0,0%	5,1%	4,1%	3,4%
matka ve vězení	počet	2	0	3	5
	%	3,8%	0,0%	2,5%	2,2%
otec ve vězení	počet	1	3	7	11
	%	1,9%	5,1%	5,8%	4,7%
matka závislá na alkoholu/náv. látkách	počet	3	3	17	23
	%	5,8%	5,1%	14,0%	9,9%
otec závislý na alkoholu/náv. látkách	počet	0	3	12	15
	%	0,0%	5,1%	9,9%	6,5%
dítě v příbuzenské péči	počet	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	1,7%	0,9%
dítě v pěstounské péči	počet	2	2	7	11
	%	3,8%	3,4%	5,8%	4,7%
jiné	počet	4	0	7	11
	%	7,7%	0,0%	5,8%	4,7%
celkem	počet	52	59	121	232
	%	22,4%	25,4%	52,2%	100,0%

Nejčastějšími důvody, proč bylo dítě do VÚ přijato, bylo problémové chování dítěte, dále záškoláctví a úteky. Ze závažnějších důvodů byly poměrně často zastoupeny tyto důvody: drogy a s tím často související drobnější nebo závažnější kriminální činnost. Škola nezvládla problémové chování u cca třetiny dětí. Signifikantní regionální rozdíly nebyly zaznamenány. Podrobnější přehled hlavních důvodů přijetí dítěte do VÚ přináší tabulka č. 21. Lze konstatovat, že mezi romskými a poloromskými dětmi je statisticky vyšší podíl těch, které do výchovného ústavu přivedla jejich nevyhovující sociální situace. Blíže byly specifikovány tyto formy sociálně-právní situace rodiny: CAN (2x), zákaz styku s rodiči (1x), zdravotní postižení matky (1x), nezvládnutá péče (2x), nefunkční rodina (2x), nezvěstní rodiče (1x).

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 21 **Hlavní důvody přijetí dítěte do VÚ celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

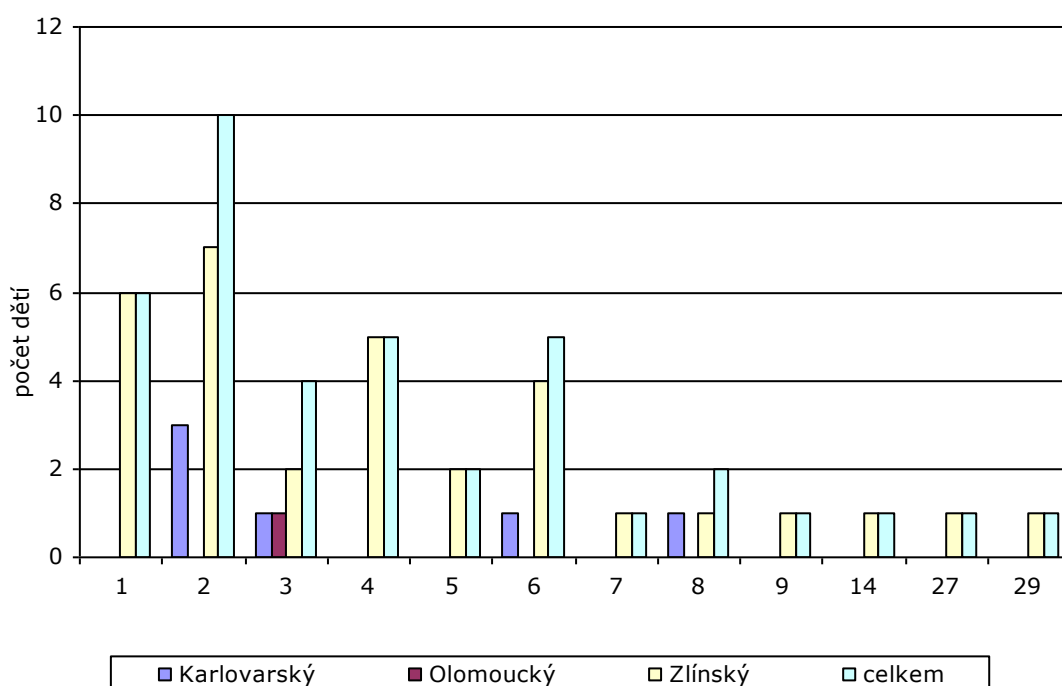
		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
nepříznivá sociální situace	počet	19	0	17	36
	%	38,0%	0,0%	14,0%	15,7%
potvrzené zneužívání/ zanedbávání	počet	1	2	11	14
	%	2,0%	3,4%	9,1%	6,1%
opuštění rodiči	počet	0	1	2	3
	%	0,0%	1,7%	1,7%	1,3%
problémové chování dítěte	počet	19	37	101	157
	%	38,0%	62,7%	83,5%	68,3%
speciální potřeby rodičů	počet	1	1	1	3
	%	2,0%	1,7%	0,8%	1,3%
škola nezvládá problémové chování dítěte	počet	4	29	42	75
	%	8,0%	49,2%	34,7%	32,6%
drobná kriminální činnost	počet	17	34	34	85
	%	34,0%	57,6%	28,1%	37,0%
závažná kriminální činnost	počet	0	5	34	39
	%	0,0%	8,5%	28,1%	17,0%
drogy	počet	25	10	54	89
	%	50,0%	16,9%	44,6%	38,7%
alkohol	počet	1	6	18	25
	%	2,0%	10,2%	14,9%	10,9%
útěky	počet	37	35	45	117
	%	74,0%	59,3%	37,2%	50,9%
záškoláctví	počet	42	37	68	147
	%	84,0%	62,7%	56,2%	63,9%
předčasný sexuální život	počet	6	1	3	10
	%	12,0%	1,7%	2,5%	4,3%
bytové problémy rodiny	počet	4	0	0	4
	%	8,0%	0,0%	0,0%	1,7%
finanční potíže rodiny	počet	2	0	5	7
	%	4,0%	0,0%	4,1%	3,0%
úmrtní rodiče	počet	1	0	13	14
	%	2,0%	10,0%	10,7%	6,1%
jiné	počet	4	1	7	12
	%	8,0%	1,7%	5,8%	5,2%
celkem	počet	50	59	121	230
	%	21,7%	25,7%	52,6%	100,0%

Z dalších důvodů přijetí dítěte do VÚ byly tazateli uvedeny pouze tyto: agresivita (2x) a šikana (2x).

U většiny dětí byla nařízena ústavní výchova (70 %), předběžné opatření bylo vydáno ve 23 % případů. Ochranná výchova byla nařízena u 8 % dětí, a to především ve Zlínském kraji. Soudní rozhodnutí bylo vydáno se souhlasem rodičů u 31 % dětí pouze Zlínského kraje. Na žádost rodičů bylo vydáno pouze jedno soudní rozhodnutí.

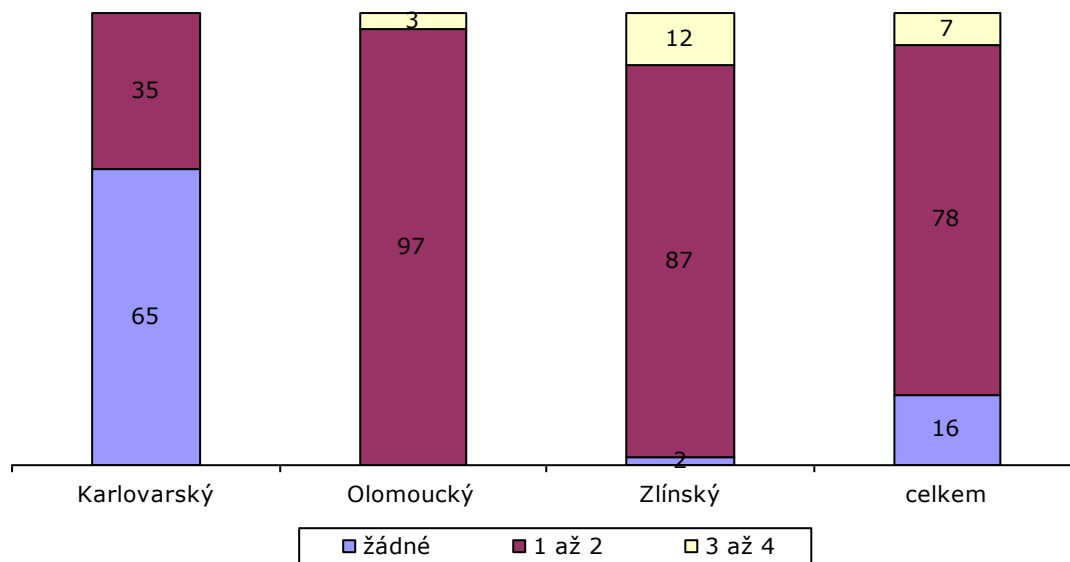
V případě 39 dětí bylo specifikováno, po kolika týdnech byla při přijetí na předběžné opatření nařízena ústavní výchova. Následující graf č. 20 ilustruje dobu, za kterou byla ústavní výchova nařízena. Tato doba byla specifikována zejména ve Zlínském kraji - při přijetí na předběžné opatření se zde nařizuje ústavní výchova v průměru po cca devíti měsících. U ostatních dvou krajů propočít nelze provést z důvodu nízké četnosti odpovědí.

Graf č. 20 **Doba, za kterou byla při přijetí na předběžné opatření nařízena ústavní výchova celkem a podle krajů (v měsících)**



Jak ilustruje graf č. 21, před současným pobytem ve výchovném ústavu se mimo rodinu jeden až dvakrát octly více jak tři čtvrtiny dětí, naopak téměř šestina dětí nebyla odloučena od rodiny doposud nikdy, a to zejména z Karlovarského kraje (nadpoloviční většina zdejších dětí nebyla umístěna mimo svoji rodinu). Naopak, děti z Olomouckého a Zlínského kraje (až na dva případy) už takovéto umístění či odloučení zažily. Nejčastěji byly děti umístěny mimo biologickou rodinu jednou - téměř polovina dětí.

Graf č. 21 **Počet předchozích umístění mimo biologickou rodinu celkem a podle krajů (%)**



Před umístěním dětí do VÚ nebyla nadpoloviční většina z nich nikdy hospitalizována na psychiatrii (62 %). Jeden až dva příjmy byly zaznamenány u 34 % dětí, tři až čtyři příjmy u 3 %. Čtyři děti byly na psychiatrii hospitalizovány celkem pětkrát. Nutno poznamenat, že v případě Karlovarského a Olomouckého kraje se děti octly na psychiatrii v minimálním zastoupení – Karlovarský kraj 6 dětí, Olomoucký kraj 8 dětí. V případě Zlínského kraje byla na psychiatrii hospitalizována více jak polovina tamějších dětí (55 %).

Život ve výchovném ústavu

Kontakt se sociálním pracovníkem udržovali všichni chovanci VÚ,⁶⁵ a to s tříměsíční periodicitou. Každých šest měsíců udržovalo kontakt se sociálním pracovníkem pouze jedno dítě. Regionální specifika zjištěna nebyla.

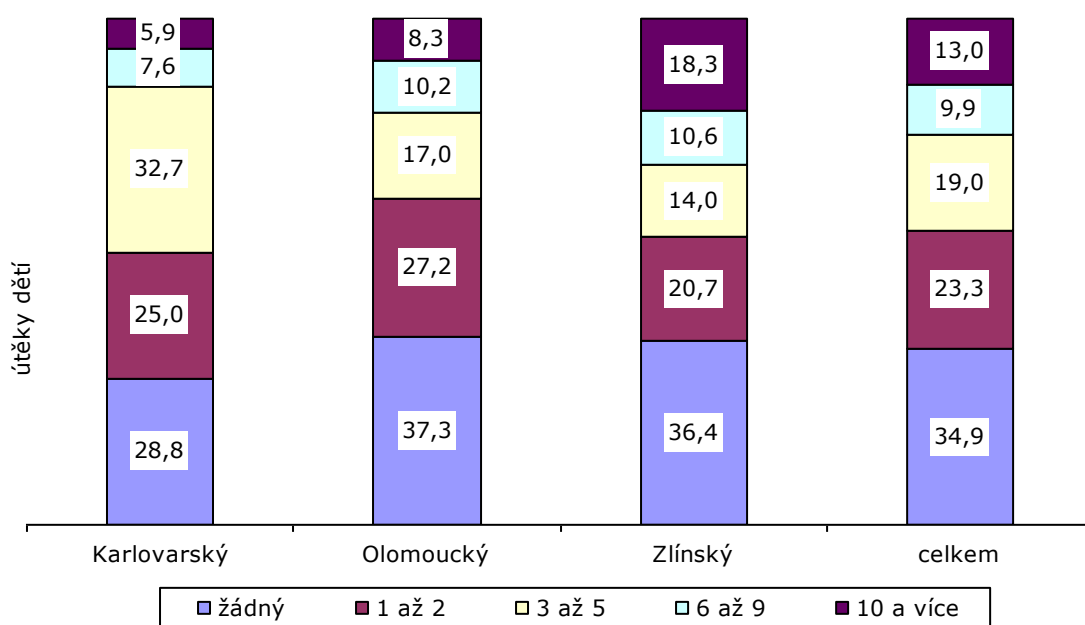
K osobním návštěvám sociálního pracovníka docházelo u všech dětí, telefonicky udržovaly kontakt se sociálním pracovníkem pouze děti Zlínského kraje - viz tabulka č. 22.

⁶⁵ Až na jeden případ dítěte, které je na dlouhodobém útěku.

Tabulka č. 22 **Druh kontaktu se sociálním pracovníkem celkem a podle krajů**
(setová otázka)

		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
osobní návštěvy sociálního pracovníka	počet	52	59	120	231
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
telefonicky	počet	0	0	98	98
	%	0,0%	0,0%	81,7%	42,4%
celkem	počet	52	59	120	231
	%				100,0%

Téměř dvě třetiny dětí utekly minimálně jednou. Jeden až dva útěky zrealizovala čtvrtina (v Karlovarském kraji téměř třetina dětí utekla tři až pětkrát) - detailněji viz graf č. 22.

 Graf č. 22 **Útěky dětí (více jak 24 hodin pryč) celkem a podle krajů (%)**


Jak uvádí tabulka č. 23, děti z VÚ měly za sebou v průměru 3,5 útěku na dítě. V případě Zlínského kraje připadá na dítě téměř o dva útěky více, než je tomu v ostatních dvou krajích. Maximální zaznamenaný počet útěků byl 21 a uveden byl u pěti dětí Zlínského kraje.

Tabulka č. 23 **Průměrný počet úteků celkem a podle krajů**

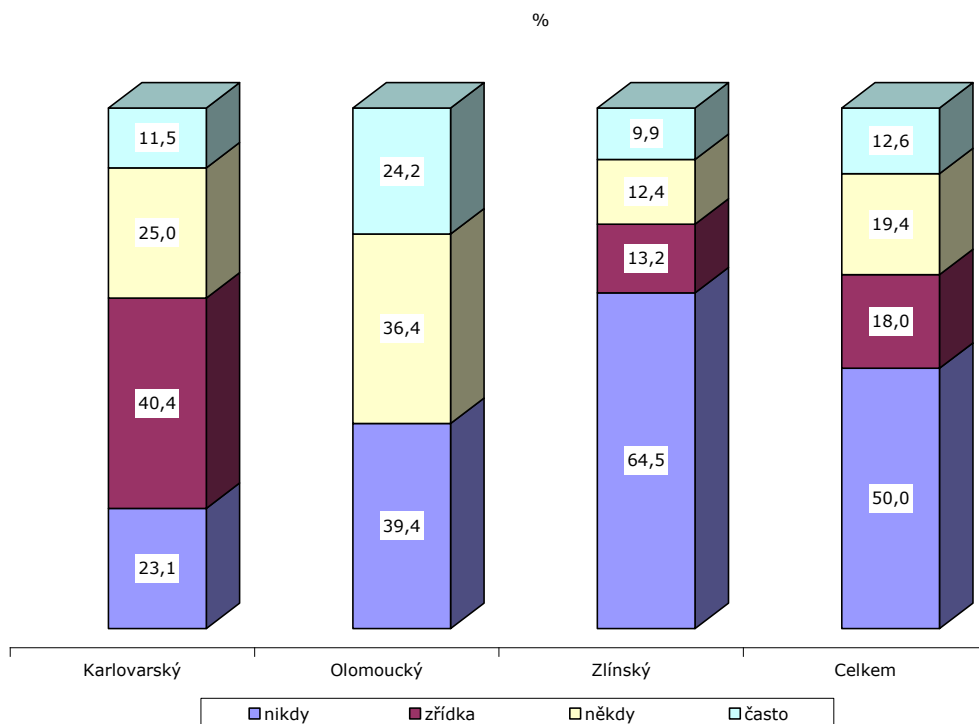
kraj	počet úteků (více než 24 hodin pryč)
Karlovarský	2,75
Olomoucký	2,80
Zlínský	4,26
celkem	3,55

U nadpoloviční většiny respondentů (59 %) nebyly zaznamenány „nenávraty“ z návštěvy doma (návrát později o 24 hodin a více/vůbec). Jeden-až dvakrát se z domova „nenavrátila“ celkem čtvrtina dětí, tři-až pětkrát 12 % a šest-a vícekrát 4 %. Maximální uvedený počet „nenávratů“ byl 17 (jedno dítě ze Zlínského kraje). Jak dokazuje tabulka č. 24, v případě VÚ Karlovarského kraje je výskyt „nenávratů“ spíše ojedinělý.

Tabulka č. 24 **Průměrný počet „nenávratů“ z domova celkem a podle krajů**

kraj	počet „nenávratů“ z návštěvy doma (návrát později o 24 hod. a více/vůbec)
Karlovarský	0,29
Olomoucký	1,05
Zlínský	1,45
celkem	1,09

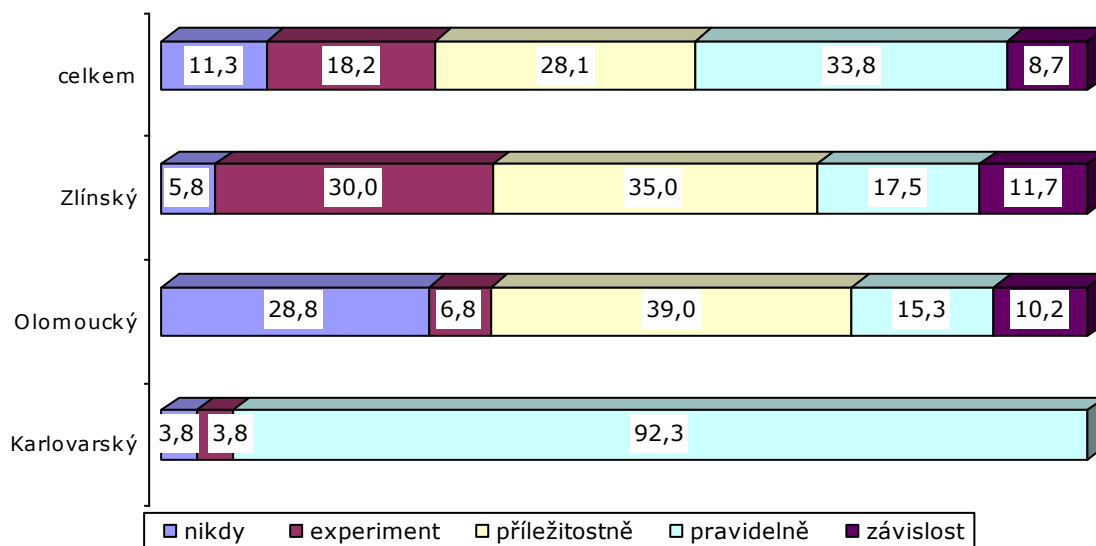
Výchovná opatření (např. izolace apod.) nebyla nikdy použita u poloviny dětí. Četnost použití výchovných opatření ilustruje graf č. 23. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že v případě Zlínského kraje výchovná opatření nebyla použita u nadpoloviční většiny dětí. V případě Olomouckého kraje jsou uvedená data do jisté míry zkreslena snížením počtu vyhodnocených relevantních dat, u 44 % tamějších dětí byl tento údaj vyplněn nesprávně. Dále byla uvedena tato konkrétní výchovná opatření: omezení vycházek (5x), omezení vycházek a snížení kapesného (2x), snížení kapesného (30x), zákaz odjezdu domů (1x), zákaz vycházek (11x).

Graf č. 23 **Četnost používání výchovných opatření (např. izolace apod.) celkem a podle krajů (%)**

Zneužívání návykových látek - drogy

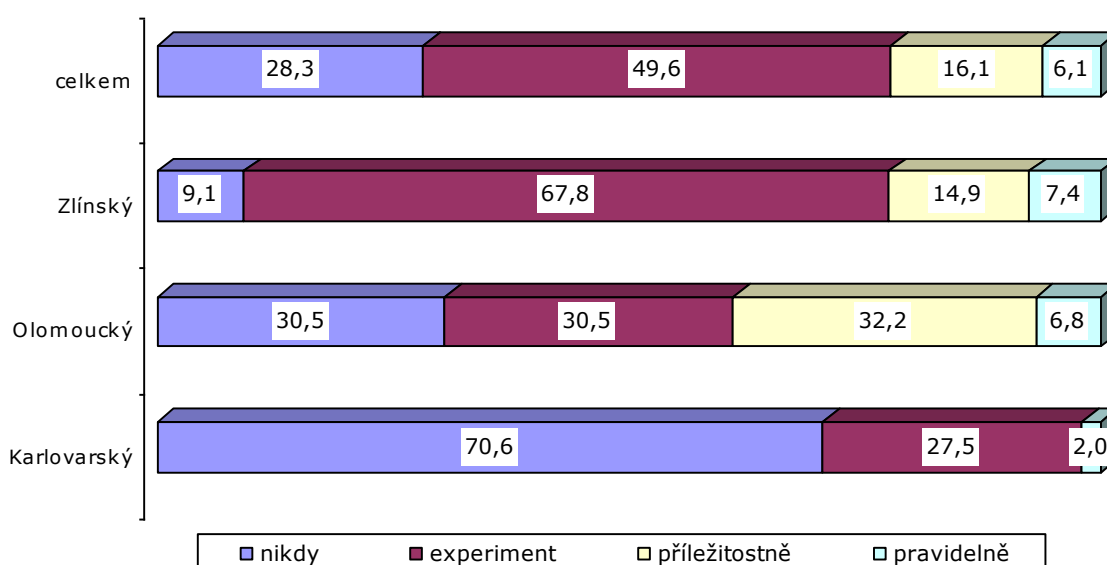
Ke zneužívání nealkoholových návykových látek docházelo mezi dětmi VÚ poměrně často. Jak ilustruje graf č. 24, pravidelně holdovala nealkoholovým drogám třetina dětí, závislost byla zaznamenána u 9 % z nich. V případě konzumace nealkoholových drog byly zjištěny signifikantní regionální rozdíly. V případě Karlovarského kraje byla pravidelná konzumace drog zaznamenána u většiny dětí. Nutno však poznamenat, že **toto nadměrné zneužívání nealkoholových drog u většiny dětí vypovídá o frekvenci kouření tabákových cigaret** (nikotin byl uveden u 90 % dětí Karlovarského kraje). V případě Karlovarského kraje byly dále uvedeny tyto nealkoholové drogy: THC experimentálně (14x) a příležitostně (11x), kombinace THC s opiáty (3x příležitostně, 1x pravidelně), THC a pervitin (5x příležitostně), THC, pervitin, heroin (1x příležitostně).

Graf č. 24 **Zneužívání návykových látek - nealkoholové drogy celkem a podle krajů (v %)**



Méně zkreslenou představu o zneužívání návykových látek nám umožňuje vyhodnocení frekvence pití alkoholu. **Alkohol nepila více jak čtvrtina dětí VÚ**, experimentální zkušenost s alkoholem měla téměř polovina dětí – viz graf č. 25. Z regionálního třídění dat vyplývá, že nejméně zkušeností s alkoholem měly děti z VÚ v Karlovarském kraji.

Graf č. 25 **Zneužívání návykových látek - alkoholu celkem a podle krajů (v %)**



Propuštění z výchovného ústavu

Děti z výchovného ústavu byly nejčastěji propouštěny do jiného výchovného ústavu nebo do biologické rodiny – viz tabulka č. 25. Signifikantní regionální rozdíly nebyly zjištěny. V případě VÚ Karlovarského kraje bylo místo pobytu dětí po propuštění z výchovného ústavu blíže specifikováno takto: diagnostický ústav (2x), k příteli (2x), na dlouhodobém útěku (4x), psychiatrická léčebna (1x), vězení (1x); v případě Zlínského kraje byl 6x uvedeno výkon trestu.

Tabulka č. 25 **Místo pobytu po propuštění z výchovného ústavu celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
biologická rodina	počet	17	14	43	74
	%	32,7%	23,7 %	37,1%	32,6%
příbuzenská péče	počet	0	4	1	5
	%	0,0%	6,8%	0,9%	2,2%
výchovný ústav	počet	19	29	45	93
	%	36,5%	49,2%	38,8%	41,0%
dětský domov se školou	počet	0	4	1	5
	%	0,0%	6,8%	0,9%	2,2%
domov pro osoby se zdrav. postižením	počet	0	1	0	1
	%	0,0%	1,7%	0,0%	0,4%
dětský domov	počet	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,9%	0,4%
dům na půli cesty	počet	4	6	8	18
	%	7,7%	10,2%	6,9%	7,9%
samostatné bydlení	počet	0	0	6	6
	%	0,0%	0,0%	5,2%	2,6%
neví se	počet	6	1	5	12
	%	11,5%	1,7%	4,3%	5,3%
jiné	počet	6	0	6	12
	%	11,5%	0,0%	5,2%	5,3%
celkem	počet	52	59	116	227

Nadpoloviční většina dětí byla z výchovného ústavu propuštěna z důvodu dosažení určité věkové hranice. Z důvodu špatného chování dítěte byly z VÚ propuštěny děti pouze z Olomouckého a Zlínského kraje. Z jiného důvodu byla propuštěna téměř čtvrtina dětí, v případě Karlovarského a Zlínského kraje byly uvedeny tyto důvody: dospělost, dohoda (2x), nenařízení ústavní výchovy (4x), přemístění k dalšímu vzdělávání (20x), těhotenství (1x), VT (8x), zrušení ústavní výchovy (6x).

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 26 **Důvod propuštění dítěte z výchovného ústavu celkem a podle krajů** (setová otázka, součet nedává 100 %)

		kraj			celkem
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	
dokončená školní docházka	počet	0	17	0	17
	%	0,0%	28,8%	0,0%	7,4%
věk	počet	20	16	90	126
	%	40,0%	27,1%	75,0%	55,0%
změna podmínek v rodinné péči	počet	0	7	8	15
	%	0,0%	11,9%	6,7%	6,6%
vhodnější péče	počet	0	1	0	1
	%	0,0%	1,7%	0,0%	0,4%
špatné chování dítěte	počet	0	13	15	28
	%	0,0%	22,0%	12,5%	12,2%
nemožnost zajištění adekvátní péče	počet	0	2	0	2
	%	0,0%	3,4%	0,0%	0,9%
jiné	počet	31	3	14	48
	%	62,0%	5,1%	11,7%	21,0%
celkem	počet	50	59	120	229

2.4 Diagnostické ústavy

2.4.1 Děti pobývající v zařízeních

Analýza vychází z dat dotazníkového šetření, které bylo provedeno ve dvou diagnostických ústavech, a je zaměřena na popis a analýzu sledovaných znaků (charakteristik) dětí, které byly v době tohoto šetření umístěny v tomto zařízení.

Základní charakteristika souboru

Sledovaný soubor zahrnoval celkem 64 dětí, které byly v těchto zařízeních umístěny v období realizace tohoto šetření - 21 dětí bylo v DÚ Olomouckého kraje a 43 dětí Zlínského kraje. Nutno uvést, že vzhledem k nižší četnosti základního souboru může působit procentuální rozložení souboru v uvedených statistických tříděních mírně zkreslujícím dojmem, proto jsou v určitých případech uváděny pro upřesnění získaných informací i absolutní četnosti.

Ve sledovaném souboru bylo celkem 35 chlapců a 29 dívek, přičemž věkové složení sledované skupiny dětí se pohybovalo v širokém intervalu od 8 do 18 let, přičemž nejpočetnější skupiny tvořili sedmnáctiletí (24 osob) a šestnáctiletí (13 osob) - viz tabulka č. 1. Průměrný věk dětí DÚ byl 15,8 let.

Věkové rozložení souboru v třídění podle pohlaví bylo v ústavech homogenní. Z níže uvedené tabulky č. 1 vyplývá, že zatímco DÚ Olomouckého kraje byl zaměřen spíše na děti nižšího věku (8 až 16 let), v DÚ Zlínského kraje byly umístěny spíše děti středoškolského/učňovského věku.

Tabulka č. 1 **Struktura krajů podle pohlaví a věku**

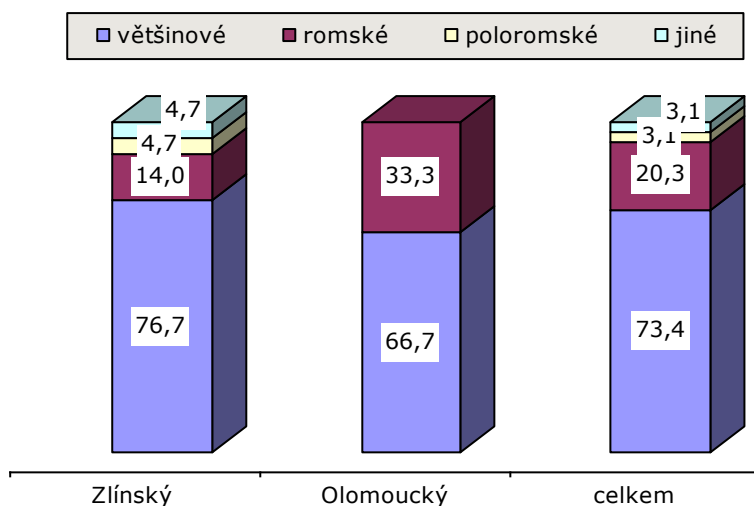
kraj			věk dítěte							celkem	
			8	12	13	14	15	16	17		18
Olomoucký	pohlaví	muž	1	1	3	2	4	2			13
			7,7%	7,7%	23%	15%	30,8%	15,4%			100,0%
	žena	0	1	0	4	2	1				8
			0,0%	12,5%	0,0%	50%	25,0%	12,5%			100,0%
celkem			1	2	3	6	6	3			21
			4,8%	9,5%	14%	29%	28,6%	14,3%			100,0%
Zlínský	pohlaví	muž					1	7	12	2	22
							4,5%	31,8%	54,5%	9,1%	100,0%
	žena					4	3	12	2		21
							19,0%	14,3%	57,1%	9,5	100,0%
celkem						5	10	24	4	43	
						11,6%	23,3%	55,8%	9,3%	100,0%	

Sledovaný soubor tvořily děti výhradně české národnosti. Většinové etnikum tvořilo naprostou většinu sledované skupiny (73 %), dále pak následovalo romské (20

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

%) a poloromské (3 %, tj. dvě děti) etnikum. Příslušníci jiných etnik pak tvořili zbylá 3 %. Etnickou skladbu znázorňuje graf č. 1. Specifikem DÚ Olomouckého kraje je skutečnost, že v něm umístěné děti se hlásily buď k většinovému nebo romskému etniku.

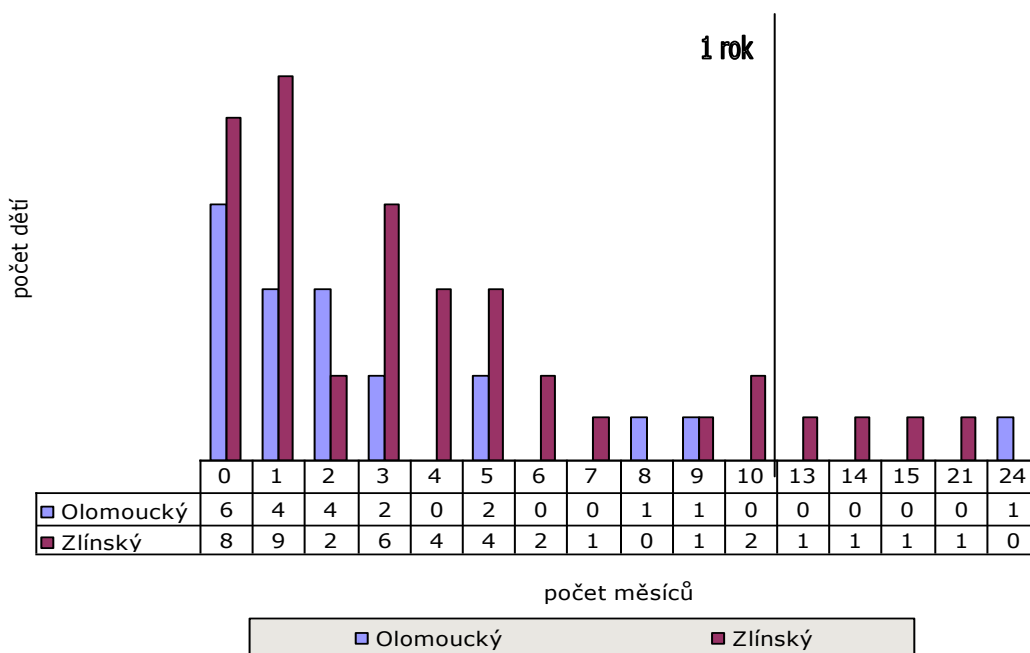
Graf č. 1 **Etnická struktura dětí diagnostických ústavů podle krajů (%)**



Naprostá většina respondentů Zlínského kraje přišla do DÚ mezi 16 a 17 rokem věku (celkem 84 %), průměrný věk přicházejících dětí do DÚ byl 16,4 let. V Olomouckém kraji přicházely děti do DÚ zejména ve věku 14 a 15 let (v obou případech 6 dětí), přičemž průměrný věk dítěte při příchodu byl 14 let.

Vzhledem k tomu, že délka pobytu v ústavu byla u drtivé většiny svěřenců pod hranicí 12 měsíců - celkem 59 osob (viz graf č. 2), věková struktura dětí při příchodu do zařízení prakticky kopíruje jejich skutečný věk. Nejvíce dětí strávilo v době realizace výzkumu v DÚ 0 až 3 měsíce. Maximální uvedená délka, po kterou dítě v DÚ pobývalo, byly dva roky.

Graf č. 2 **Délka pobytu v diagnostickém ústavu podle krajů**



Jak uvádí tabulka č. 2 - **průměrná délka pobytu v DÚ byla 3,9 měsíce.**

Tabulka č. 2 **Průměrná délka pobytu dítěte v DÚ celkem a podle krajů (v měs.)**

kraj	průměr	N (základní počet)
Olomoucký	3,3	21
Zlínský	4,1	43
celkem	3,9	64

Vzdělání

Komparací typů navštěvovaných škol v době při přijetí a v současnosti lze konstatovat, že vzhledem ke krajským specifikám ve věkové skladbě chovanců DÚ, v případě DÚ Zlínského kraje výrazně posílilo učňovské školství (přesun svěřenců ze základních škol do učilišť), zároveň zde ale došlo ke snížení jejich účasti na středoškolském vzdělávání - viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 **Změna typu navštěvované školy při přijetí a v současnosti v DÚ Zlínského kraje**

	při přijetí		v současnosti	
	četnost	%	četnost	%
ZŠ	4	9,3	1	2,3
ZŠ (zvláštní škola)	8	18,6	1	2,3
speciální škola (pomocná škola)	1	2,3	0	0,0
učiliště	18	41,9	30	69,8
SŠ s maturitou	11	25,6	5	11,6
bez odpovědi	1	2,3	6	14,0
celkem	43	100,0	43,0	100,0

V případě DÚ Olomouckého kraje se typ školy při přijetí a v současnosti prakticky nezměnil (pouze dvě děti ze ZŠ postoupily na učiliště).

Děti sledovaného souboru navštěvovaly buď školu v daném diagnostickém ústavu (36 osob) nebo místní školu ve městě (17 osob), 3 děti dojížděly na internátní školu mimo město, 4 do školy nechodily a u 4 odpověď chyběla. V případě DÚ Olomouckého kraje navštěvovala naprostá většina tamějších dětí školu v tomto zařízení (18 dětí), pouze 2 chodily do místní školy a jedno nechodilo do školy vůbec. Naopak, školu v zařízení DÚ Zlínského kraje navštěvovala téměř polovina dětí (18 dětí), 15 docházelo do místní školy, 3 do školy nechodily a 3 studovaly v internátní škole mimo DÚ.

V případě DÚ Zlínského kraje lze konstatovat, že vzhledem k věku, kdy děti do ústavu přicházely, cca čtvrtina z nich přešla právě během svého pobytu v ústavu ze základní školy na vyšší stupeň vzdělávání. Největší počet dětí (29 osob) navštěvoval v rámci svého pobytu v ústavu prvním rokem učiliště, resp. střední školu, 4 děti navštěvovaly učiliště nebo střední školu druhým rokem a tři rokem třetím. Naopak, v DÚ Olomouckého kraje navštěvovaly děti při příchodu do instituce různé ročníky základní školy (převážně sedmou a osmou třídu). V současné době bylo ročníkové rozložení tamějších dětí následující: pátý ročník ZŠ (2 děti), šestý ročník (1), sedmý (5), osmý (6), devátý (3) a tři děti navštěvují prvním rokem učiliště.

V době přijetí do DÚ sedm dětí Olomouckého kraje již opakovalo ročník základní školy jedenkrát, dvakrát jedno dítě. V případě Zlínského kraje deset dětí opakovalo ročník ZŠ jedenkrát, dvakrát jedno dítě.

V době přijímání do instituce vykazovala většina dětí DÚ Zlínského kraje velmi nedostačující školní výsledky - podprůměrný (43 % dětí) až nedostatečný (45 %) prospěch. Průměrné výsledky v učení dosahovalo pouze necelých 12 % (tj. 5 osob). Třídění podle pohlaví bylo homogenní. Vzhledem k vágnosti získaných dat, nelze ale u sledované skupiny dětí analyzovat vývoj jejich prospěchu po dobu jejich pobytu v ústavu - až u 82 % není znám, u 6 osob byl současný prospěch podprůměrný, u jedné osoby nedostatečný. V případě Olomouckého kraje byl prospěch dětí při přijímání do DÚ také podprůměrný (40 %, tj. 8 dětí) až nedostatečný (20 %, tj. 4 děti). Jedno dítě prospívalo ve škole průměrně, jedno nadprůměrně. Časové srovnání se současností není z důvodu datových nedostatků rovněž možné - u 95 % dětí nebyl tento údaj znám.

Odkud dítě do diagnostického ústavu přišlo

Zhruba dvě třetiny dětí sledovaného souboru přišly do diagnostického ústavu z biologické rodiny. Další větší skupinu tvořily děti z dětských domovů - viz tabulka č. 4. V případě DÚ Zlínského kraje lze konstatovat, že v porovnání se situací v DÚ Olomouckého kraje, častěji přijímal děti z dětských domovů.

Tabulka č. 4 **Odkud dítě do DÚ přišlo celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
diagnostický ústav	2 9,5%	3 7,0%	5 7,8%
dětský domov	1 4,8%	8 18,6%	9 14,1%
dětský domov se školou	0 0,0%	1 2,3%	1 1,6%
biologická rodina	15 71,4%	27 62,8%	42 65,6%
příbuzní	1 4,8%	0 0,0%	1 1,6%
pěstounská rodina	2 9,5%	1 2,3%	3 4,7%
adoptivní rodina	0 0,0%	2 4,7%	2 3,1%
jiné	0 0,0%	1 2,3%	1 1,6%
celkem	21 100,0%	43 100,0%	64 100,0%
	32,8%	67,2%	100,0%

Z analýzy proměnných zaměřených na odhalení příčin, proč se dítě v ústavu vůbec ocitlo, vyplývá, že všechny sledované děti vykazují poruchy chování, které se projevovaly zejména nezvládnutelným problémovým chováním dítěte (75 %), záškoláctvím (59 %), útekami (56 %), drogami (41 %), drobnou kriminální činností (38 %). Z důvodu nepříznivé sociální situace v rodině bylo v ústavu umístěno 10 % dětí (tj. 6 osob)⁶⁶. Další dotazníkem vyjmenované důvody příjmu dětí do ústavu vykazovaly individuální výskyt. Regionální specifika nebyla zjištěna.

Většina sledovaných dětí (81 %) neužívala žádnou medikaci, téměř šestina užívala medikaci pravidelnou, a to při následujících vyjmenovaných zdravotních obtížích: alergie (4 osoby), epilepsie (2 osoby), hepatitida C (1 osoba), kožní onemocnění (1 osoba), lupenka (1 osoba), srdeční arytmie (1 osoba) - pouze Zlínský kraj. Pravidelnou psychiatrickou medikaci užívaly dvě děti Olomouckého kraje. Většina dětí sledovaného souboru nebyla nikdy hospitalizována na psychiatrickém oddělení (84 %), 1 příjem byl zaznamenán u 8 dětí a dva příjmy u jednoho dítěte. Regionální specifika nebyla zjištěna.

⁶⁶ Těživá sociální situace rodiny se v rámci sledovaného souboru vyskytla pouze u většinového etnika Zlínského kraje.

Deklarované speciální potřeby dětí umístěných ve sledovaných diagnostických ústavech nejsou totožné. Zatímco v DÚ Zlínského kraje byly u všech tamějších dětí uvedeny „poruchy chování“, v případě více než tří čtvrtin dětí DÚ Olomouckého kraje nebyly konstatovány žádné specifické potřeby, u dvou dětí bylo zjištěno smyslové postižení, u dalších dvou psychiatrické onemocnění a u jednoho dítěte tělesné postižení. Přesto však bylo konstatováno, že ani jedno dítě nevykazovalo stupeň postižení dle zákona č. 108. Další speciální individuální potřeby dětí byly uvedeny pouze v případě DÚ Olomouckého kraje, a to tyto - komplexní schizofrenie, dif dg schizotipální porucha (1x), nedoslýchavost (1x), skolióza s korzetem (1x), tupozrakost (1x).

Rodina

U naprosté většiny dětí (91 %) byli v rodném listu zapsáni oba rodiče, u 8 % pouze matka, u jednoho dítěte tato skutečnost nebyla známa. Většině dětí (80 %) žili oba rodiče, pěti dětem nežil otec, u dvou dětí tato skutečnost nebyla známa ani u jednoho z rodičů, v jednom případě je nejasnost na straně matky.

Nejčastějším typem soužití rodičů sledovaných dětí DÚ Zlínského kraje bylo společné soužití rozvedených rodičů nebo společně žijící manželé. Méně často byla uvedena matka žijící s novým partnerem nebo matka žijící sama - detailněji viz tabulka č. 5. V případě Olomouckého kraje bylo nejčastějším typem nesezdané soužití.

Tabulka č. 5 **Typ soužití rodičů celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
manželé žijící společně	4	12	16
	19,0%	27,9%	25,0%
nesezdané soužití rodičů	11	1	12
	52,4%	2,3%	18,8%
rozvedení rodiče žijící spolu	0	17	17
	0,0%	39,5%	26,6%
matka s novým partnerem	8	9	17
	38,1%	20,9%	26,6%
otec s novou partnerkou	2	0	2
	9,5%	0,0%	3,1%
matka žila sama	4	3	7
	19,0%	7,0%	10,9%
otec žil sám	4	2	6
	19,0%	4,7%	9,4%
není známo	2	3	5
	9,5%	7,0%	7,8%
jiné	6	1	7
	28,6%	2,3%	6,3%
celkem	21	43	64
	32,8%	67,2%	100,0%

Sociálně-právní situace rodiny sledované skupiny 64 dětí byla u mnoha případů (33 %) poznamenána opuštěním dítěte otcem.⁶⁷ Ze sociálně slabých rodin pocházelo celkem 36 % dětí, naopak z normálně fungujících rodin do ústavu přišlo 31 %. Četnostní rozložení podle vyjmenovaných typů sociálně-právní situace rodiny viz tabulka č. 6.

Tabulka č. 6 **Sociálně-právní situace rodiny celkem a podle krajů - četnostní rozložení**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
fungující rodina	8	12	20
sociálně slabá rodina	4	19	23
dítě opuštěno matkou	1	1	2
dítě opuštěno otcem	0	21	21
matka zbavena rodičovských práv	1	0	1
otec zbaven rodičovských práv	1	0	1
matka ve vězení	3	0	3
otec ve vězení	3	2	5
matka závislá na alkoholu/náv. látkách	0	1	1
otec závislý na alkoholu/náv. látkách	1	0	1
dítě v příbuzenské péči	1	0	1
dítě u adoptivní rodiny	0	1	1
dítě v pěstounské péči	3	3	6
jiné	1	3	4
celkem	21	43	64

Většina chovanců sledovaných DÚ měla další sourozence (88 %), jedináčci tvořili 13 %. Více než dvě třetiny dětí (68 %) měly jednoho až dva sourozence, 27 % dětí mělo tři až čtyři sourozence a 5 % (tj. 3 osoby) pět až šest sourozenců.⁶⁸ Ve stejné instituci měly jednoho sourozence tři děti DÚ Zlínského kraje, dva sourozence tři děti Olomouckého kraje. Pouze jedno dítě DÚ Zlínského kraje mělo v pěstounské péči jednoho sourozence, z DÚ Olomouckého kraje mělo v pěstounské péči jedno dítě dva sourozence. V jiných institucích mělo sourozence umístěno celkem šest dětí DÚ Zlínského kraje - čtyři děti po jednom sourozenci, jedno dítě mělo tímto způsobem rozmístěno tři sourozence a jedno dítě má v jiných institucích čtyři sourozence. V případě DÚ Olomouckého kraje měly v jiných institucích umístěné sourozence čtyři děti - dvě děti po jednom sourozenci, jedno dítě dva sourozence a jedno dítě dokonce až tři sourozence. V domácí péči má od jednoho do šesti sourozenců 45 % dětí z celkových 64 dětí.

Téměř u poloviny dětí nebyla zaznamenána předchozí umístění mimo biologickou rodinu, naopak u více než čtvrtiny dětí byla tato umístění dvě - podrobněji viz graf č. 3. V případě DÚ Olomouckého kraje byla popsána i místa, kam bylo konkrétní dítě umístěno - výchovný ústav (3 děti, z toho jedno dvakrát), příbuzenská péče (2x), středisko výchovné péče (5 dětí, z toho jedno dvakrát), DDÚ (1x), dětský domov 1x. Byla uvedena i vícečetná umístění jednoho dítěte mimo biologickou rodinu -

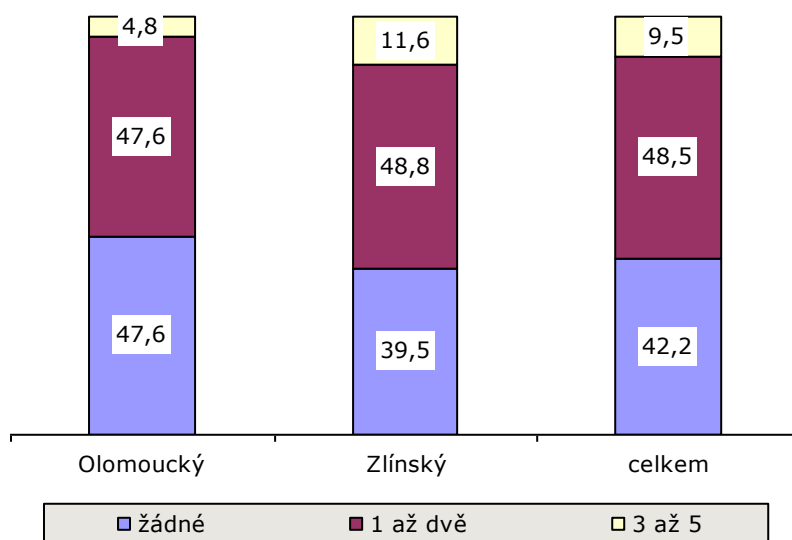
⁶⁷ pouze Zlínský kraj

⁶⁸ Počítáno z dětí, které měly sourozence.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

příbuzenská anebo pěstounská péče, středisko výchovné péče a dětský domov; dále kombinace ústavní výchovy a poručenské péče.

Tabulka č. 3 **Počet předchozích umístění dítěte mimo biologickou rodinu celkem a podle krajů (%)**



Většina dětí sledovaného souboru nebyla nikdy hospitalizována na psychiatrii (78 %). Jedna hospitalizace byla zaznamenána u 17 % osob, dvě hospitalizace u 5 %.

Návykové látky

Vzhledem k tomu, že sledované DÚ se zásadně liší věkovou skladbou umístěných dětí (viz výše - DÚ Olomoucký kraj je zaměřen na děti základní školy, DÚ Zlínský kraj spíše na vyšší věkové kategorie začínajících středoškoláků), docházelo ke zneužívání nealkoholových látek mezi těmito dětmi v různé míře. Naprostá většina dětí DÚ Olomouckého kraje nealkoholové drogy nikdy nezneužila (91 % tamějších dětí), jedno dítě přišlo do kontaktu s drogou experimentálně, u jednoho se vyvinula závislost). Naopak, v DÚ Zlínského kraje se s drogou setkala téměř polovina tamějších dětí - 7 % (tj. 3 děti) experimentálně, 23 % (10 dětí) příležitostně a závislost se projevila u 12 % z nich (tj. 5 dětí).

V případě zneužívání alkoholu je tento regionální rozdíl ještě markantnější. V DÚ Olomouckého kraje nezneužívalo alkohol ani jedno dítě, u „osazenstvem staršího“ DÚ Zlínského kraje je situace následující: příležitostně pije alkohol naprostá většina dětí (93 %), pravidelně 5 % (tj. dvě děti) a jen jedno nepilo nikdy.

Život v diagnostickém ústavu

Děti sledované skupiny byly do diagnostického ústavu přijaty na základě vydání předběžného opatření (70 % osob) a nařízením ústavní výchovy (30 %) - uvedené platí jak pro situaci při přijetí do ústavu, tak pro současnost (66 % předběžné opatření, 34 % nařízená ústavní výchova). V případě DÚ Olomouckého kraje bylo soudní rozhodnutí při přijetí dítěte do DÚ vydáno se souhlasem rodičů většiny tamějších dětí (95 %, tj.

20 dětí). Vzhledem k chybějícím datům nelze kvantifikovat, po kolika týdnech byla ústavní výchova nařízena.

Všechny děti sledované skupiny udržovaly kontakt se sociálním pracovníkem. V případě DÚ Zlínského kraje byly všechny děti kontaktovány sociálním pracovníkem jednou měsíčně a to jak osobně, tak telefonicky. V DÚ Olomouckého kraje udržovala měsíční kontakt nadpoloviční většina dětí (67 %, tj. 14 dětí), každé tři měsíce 29 % (tj. 6 dětí), žádný kontakt se sociálním pracovníkem neudržovalo jedno dítě,⁶⁹ přičemž nadpoloviční většina zdejších dětí udržovala tento kontakt telefonicky (65 %, tj. 13 dětí), osobně navštěvuje sociální pracovník sedm dětí (35 %).

Rozdílná věková struktura sledovaných diagnostických ústavů se patrně promítla i do rozdílné míry útěků dětí z instituce. V případě DÚ Olomouckého kraje doposud neutekla většina dětí, jeden útek byl zaznamenán u čtyř. V případě DÚ Zlínského kraje, více jak polovina dětí utekla minimálně jednou - jeden útek (více než 24 hodin pryč) byl zaznamenán u 14 % dětí. Dva až třikrát uteklo rovněž 14 % dětí, čtyři až pět útěků lze konstatovat u 16 % a 9 % dětí uteklo šest až devětkrát. Maximální počet útěků - 13 - byl zaznamenán u jednoho dítěte. Nikdy neuteklo 44 % dětí. Naopak, v případě „nenávratů“ byly zaznamenány pouze dva, a to u „osazenstvem mladšího“ DÚ Olomouckého kraje. V případě DÚ Zlínského kraje ani u jednoho dítěte nebyl zaznamenán tzv. „nenávrat“ z návštěvy domova.

V případě DÚ Zlínského kraje došlo u naprosté většiny dětí k použití výchovných opatření (např. izolace apod.) pouze zřídka (méně než jednou za čtvrtletí) - 42 osob (tj. 98 %), u jednoho dítěte nebyla tato opatření použita nikdy. V DÚ Olomouckého kraje byla výchovná opatření používána v menší míře - často u jednoho dítěte, někdy u čtyř a zřídka rovněž u 4 (tj. u 19 %), u nadpoloviční většiny dětí (57 %) ale nebylo nutno používat tato opatření nikdy. V případě DÚ Olomouckého kraje byly uvedeny tyto výchovné praktiky - omezení televize, počítače a snížení kapesného.

Téměř u všech sledovaných dětí je veden psaný plán péče o dítě (98 %), pouze u jedné osoby⁷⁰ tento dokument veden není.

Kontakt dítěte s rodinou

V diagnostickém ústavu Zlínského kraje udržovala kontakt s dítětem nejčastěji celá rodina (42 %). V případě individuálních rodinných kontaktů lze konstatovat, že děti udržovaly intenzivnější styky s matkou (37 %) než s otcem (5 %). Žádný kontakt se svojí rodinou neudržovalo 19 % (tj. 8)⁷¹ dětí. Z výše uvedených osmi dětí, které neudržovaly kontakt se svou rodinou, pocházela většina z problematických rodinných poměrů - čtyři byly ze sociálně slabé rodiny, pět dětí bylo opuštěno otcem, dvě byly v pěstounské péči a tři děti pocházely z fungující rodiny nebo byly opuštěny matkou nebo se jedná o „jinou“ sociálně-právní situaci rodiny.

V případě diagnostického ústavu Olomouckého kraje byla situace podstatně odlišná. Více než polovina tamějších dětí neudržovala s užší rodinou žádný kontakt (12 dětí). Vzhledem k nízkým četnostem nelze určit míru vlivu sociálně-právní situace rodiny na absenci udržování rodinných vazeb. Dalším tříděním bylo zjištěno, že čtyři z těchto dětí měly agresivní chování různé intenzity (napadání ostatních dětí, šikana), tři děti měly oba rodiče ve vězení, jednomu zemřela pečující babička a jedno dítě bylo

⁶⁹ dlouhodobý útek

⁷⁰ DÚ Zlínský kraj

⁷¹ Podstatná část těchto dětí je v DÚ od své rodiny vzdálena více než 50 km.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

týráno partnerem matky. Při přijetí těchto dětí do DÚ bylo soudní rozhodnutí u všech vydáno se souhlasem rodičů. Deset z těchto dětí bylo v DÚ do dvou měsíců, jedno dítě devět měsíců, jedno je v DÚ dva roky. Rodiče osmi dětí nebyli sezdáni. Většina z této skupiny dětí neudržovala kontakt ani s širší rodinou (7 dětí). Polovina z těchto dětí byla v DÚ od své užší rodiny vzdálena více než 50 km. Naopak, s celou rodinou udržovaly v DÚ Olomouckého kraje kontakt pouze čtyři děti, z toho dvě byly v pěstounské péči.

Nejčastěji se děti s nejbližší rodinou setkávaly jednou týdně (42 %) nebo jednou měsíčně (14 %), osm dětí (tj. 13 %) mělo dlouhodobou propustku.

Na základě dat z tabulky č. 7 lze konstatovat, že děti umístěné v DÚ Zlínského a Olomouckého kraje měly nejbližší rodinu poměrně daleko - nadpoloviční většina byla od své rodiny vzdálena 50 km a více. V diagnostických ústavech byly umístěny děti převážně ze sociálně slabých rodin a z rodin s různě narušenými vazbami, faktor vzdálenosti dítěte od nejbližších zde sehrával spíše negativní roli - problematické zvládnutí zeměpisné vzdálenosti pro rodinu (čas, finance, náročnost organizace návštěv apod.) nepříznivě ovlivňuje udržování častokrát už tak velmi křehkých rodinných vazeb, které jsou zásadní pro další vývoj nejen ústavně vychovávaného dítěte.

Tabulka č. 7 **Vzdálenost od užší rodiny celkem podle krajů**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
pod 10 km	0	11	11
	0,0%	25,6%	17,2%
10-25 km	2	0	2
	9,5%	0,0%	3,1%
26-50 km	6	3	9
	28,6%	7,0%	14,1%
51-100 km	10	12	22
	47,6%	27,9%	34,4%
nad 100 km	3	17	20
	14,3%	39,5	31,3%
celkem	21	43	64
	100,0%	100,0%	100,0%

Kontakt s širší rodinou děti spíše neudržovaly (78 %). Necelá čtvrtina dětí (17 dětí) udržovala kontakt zejména s prarodiči, a to buď jednou týdně (7x) nebo měsíčně (rovněž 7x). Častějšímu udržování vazeb s dítětem nenapomáhala ani skutečnost, že v porovnání se situací s bližší rodinou, ostatní příbuzní žili - zejména ve Zlínském kraji - v blízkosti diagnostického ústavu (až 72 % dětí mělo širší rodinu ve vzdálenosti pod 10 km). V Případě DÚ Olomouckého kraje tento údaj nebyl znám u více jak poloviny dětí (67 %).

Ani jedno z dětí obou sledovaných diagnostických ústavů nenavštěvovalo v době výzkumu jinou rodinu.

U všech dětí byla revize jejich případu provedena během posledních tří měsíců.

2.4.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

Analýza vychází z dat dotazníkového šetření, které bylo stejně jako v případě aktuálně pobývajících dětí provedeno ve dvou diagnostických ústavech. Je zaměřena na popis a analýzu sledovaných znaků (charakteristik) dětí, které byly v daném minulém období umístěny v tomto zařízení.

Základní charakteristika souboru

Analýzovaný soubor zahrnuje celkem 64 dětí - 21 dětí z Olomouckého kraje a 43 dětí ze Zlínského kraje. Nutno uvést, že vzhledem k nižší četnosti základního souboru může opět působit procentuální rozložení souboru v uvedených statistických tříděních mírně zkreslujícím dojmem, proto jsou v určitých případech pro upřesnění získaných informací uváděny i absolutní četnosti.

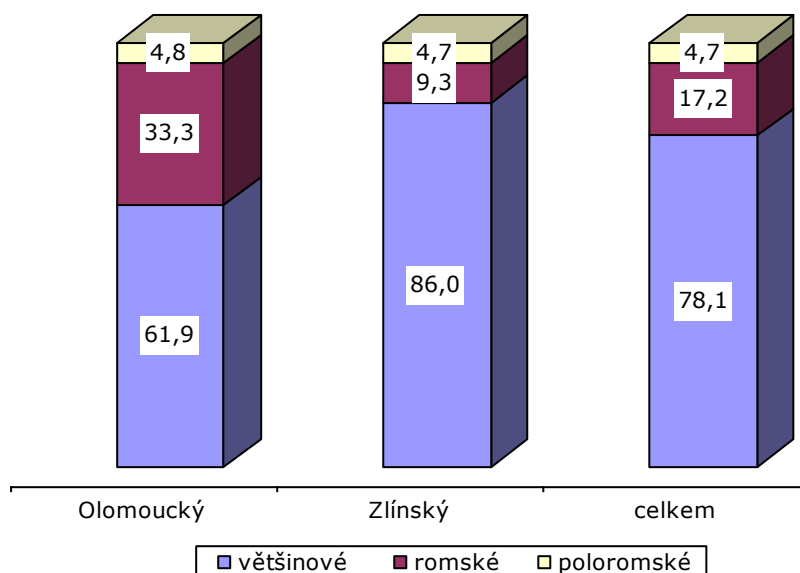
Základní soubor tvořilo celkem 35 chlapců a 29 dívek, přičemž věkové složení sledované skupiny dětí se pohybovalo v širokém intervalu 9 až 18 let. Nejpočetnější skupinu tvořili sedmnáctiletí (21 osob) a osmnáctiletí (14 dětí) - viz tabulka č. 8. Průměrný věk dětí sledovaného souboru byl 16,1 let. Věkové rozložení souboru v třídění podle pohlaví bylo spíše homogenní. Jak již bylo zmíněno v části „Příchody“, **DÚ Olomouckého kraje pečuje spíše o děti nižších věkových kategorií, zatímco DÚ Zlínského kraje je určen pro středoškolskou/učňovskou mládež.**

Tabulka č. 8 **Struktura podle věku a pohlaví**

kraj			věk dítěte							celkem		
			9	11	12	13	14	15	16		17	18
Olomoucký	pohlaví	muž	1	1	1	2	3	5	1	1		15
			6,7%	6,7%	6,7%	13,3%	20,0%	33,3%	6,7%	6,7%		100,0%
	žena	0	0	0	1	2	0	3	0			6
			0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	33,3%	0,0%	50,0%	0,0%		100,0%
	celkem		1	1	1	3	5	5	4	1		21
			4,8%	4,8%	4,8%	14,3%	23,8%	23,8%	19,0%	4,8%		100,0%
Zlínský	pohlaví	muž						0	3	8	9	20
								0,0%	15,0%	40,0%	45,0%	100,0%
	žena							1	5	12	5	23
								4,3%	21,7%	52,2%	21,7	100,0%
	celkem							1	8	20	14	43
							2,3%	18,6%	46,5%	32,6%	100,0%	

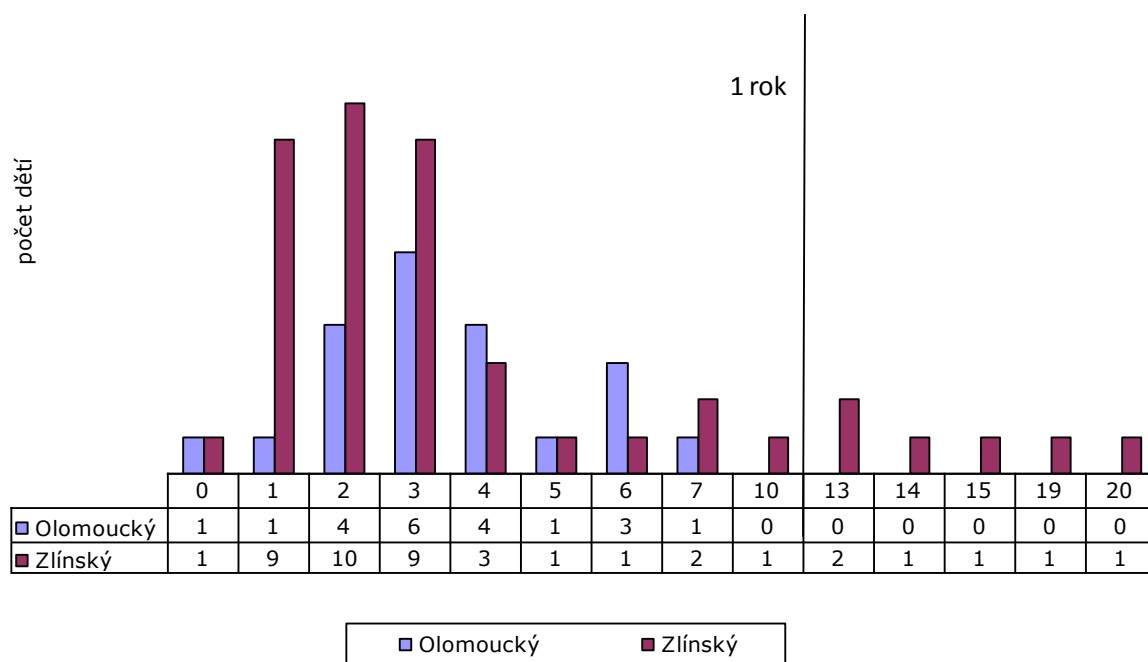
Sledovaný soubor tvořily děti výhradně české národnosti. Většinové etnikum tvořilo naprostou většinu sledované skupiny, následovalo pak romské a poloromské - viz graf č. 4.

Graf č. 4 **Etnická skladba DÚ celkem a podle krajů (%)**



Naprostá většina dětí Zlínského kraje přišla do DÚ mezi 16. a 17. rokem věku (77 %), průměrný věk přicházejících dětí do DÚ byl 16,9 let. V Olomouckém kraji přicházely děti do DÚ zejména ve věku 14 až 15 let (48 %), přičemž průměrný věk dítěte při příchodu byl 14 let.

Naprostá většina dětí sledovaného souboru strávila v ústavu dobu do 1 roku - 91 % dětí (tj. 58 dětí). Nutno poznamenat, že v DÚ Olomouckého kraje děti pobývaly převážně půl roku, maximální uvedená délka pobytu dítěte zde byla 7 měsíců. Maximální zaznamenaná délka pobytu v DÚ Zlínského kraje byla 20 měsíců - viz graf č. 5.

Graf č. 5 **Délka pobytu ve sledovaných diagnostických ústavech podle krajů (počet měsíců)**

Vzhledem k tomu, že děti ve sledovaných DÚ strávily převážně dobu do půl roku, věk dítěte při odchodu z této instituce byl prakticky totožný se stavem při jeho příchodu. Průměrný věk při odchodu celkem byl 16,3 let, v DÚ Zlínského kraje 17,1 let a v DÚ Olomouckého kraje 14,4 let.

Vzdělání

Vzhledem k tomu, že věková skladba přijímaných dětí do sledovaných diagnostických ústavů byla rozdílná, lišily se i typy školních ročníků a institucí, z kterých děti do DÚ přišly.

Jak ilustruje tabulka č. 9, při přijetí do diagnostického ústavu navštěvovala převážná část dětí Olomouckého kraje druhý stupeň základní školy (5. až 9. ročník). V době odchodu se ročníková skladba změnila jen nepatrně, jedno dítě postoupilo na učiliště.

Naopak, téměř stejná část dětí DÚ Zlínského kraje navštěvovala v době příjmu první až druhý ročník učiliště. V době odchodu z diagnostického ústavu navštěvovaly ovšem všechny děti tohoto ústavu učiliště pouze prvním rokem.

Tabulka č. 9 **Přehled školních ročníků dětí v době příjmu do diagnostického ústavu celkem a podle krajů**

šk. ročníky/ kraje	2. - 4. ročník ZŠ	5. ročník ZŠ	6. - 7. ročník ZŠ	8. - 9 ročník ZŠ	1. ročník učiliště	2. ročník učiliště	celkem
Olomoucký	9,5	19,0	38,1	33,3	-	-	100,0
Zlínský	-	-	2,5	7,5	80,0	10,0	100,0
celkem	3,3	6,6	14,8	16,4	52,5	6,6	100,0

V době přijetí do DÚ Zlínského kraje navštěvovala většina dětí sledovaného souboru místní školu v obci či městě (67 %), internátní školu mimo instituci 19 %, 9 % (tj. 4 děti) nechodilo do školy a 5 % (tj. 2 děti) navštěvovalo školu v zařízení. V případě DÚ Olomouckého kraje děti při příchodu navštěvovaly hlavně místní školu v obci (95 %, tj. 20 dětí) a jedno dítě navštěvovalo školu v zařízení.

Naopak, v době odchodu z obou DÚ navštěvovala naprostá většina dětí školu v tomto zařízení (98 %), jedno dítě navštěvovalo internátní školu mimo DÚ.

Při přijetí do DÚ Zlínského kraje navštěvovala většina dětí učiliště (63 %) nebo střední školu s maturitou (28 %), 4 děti chodily do základní školy nebo zvláštní základní školy. Naopak, při odchodu z diagnostického ústavu navštěvovaly téměř všechny děti analyzovaného souboru učiliště převážně v dané instituci (až na jedno dítě, které docházelo na internátní učiliště mimo instituci).

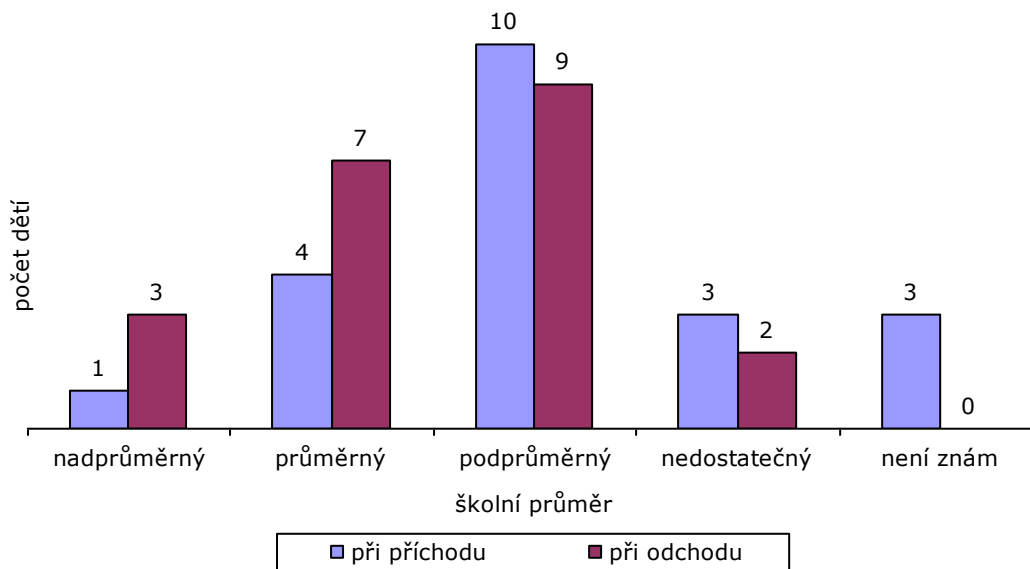
Děti Olomouckého kraje přišly do DÚ ze základní školy (57 %, tj. 12 dětí) a ze zvláštní školy (43 %, tj. 9 dětí). Při jejich odchodu z instituce se - až na jeden případ⁷² - typ navštěvované školy neměnil, většina dětí opouštěla DÚ v rámci docházky do základní školy.

Školní průměr dětí DÚ Zlínského kraje byl v době přijetí do DÚ u nadpoloviční většiny nedostatečný (27 dětí, tj. 63 %), podprůměrný byl u 9 dětí (tj. 21 %) a průměrný u 4 dětí (tj. 9 %). U tří dětí tento údaj nebyl znám. Změnu školního prospěchu dětí po dobu pobytu v DÚ nelze kvantifikovat, protože při odchodu z DÚ chybí záznam o školním prospěchu téměř u všech respondentů (42), u jednoho dítěte je charakterizován jako podprůměrný.

V případě DÚ Olomouckého kraje dosahovaly děti při přijetí do instituce spíše podprůměrných školních výsledků (48 %). Průměrný až nadprůměrný školní průměr mělo celkem 24 % tamějších dětí, propadaly tři děti. Komparací dat o školním prospěchu při jejich odchodu z instituce bylo zjištěno, že po dobu pobytu dětí v diagnostickém ústavu Olomouckého kraje došlo k výraznému zlepšení průměrných školních výsledků tamějších dětí - viz graf č. 6.

⁷² učiliště v DÚ

Graf č. 6 Komparace školních výsledků dětí v DÚ Olomouckého kraje v době jejich příchodu a odchodu z instituce



Odkud dítě do diagnostického ústavu přišlo

Naprostá většina dětí přišla do DÚ z biologické rodiny, dále pak z výchovného ústavu nebo dětského domova. Signifikantní regionální rozdíly zjištěny nebyly. Detailněji viz tabulka č. 10.

Tabulka č. 10 Instituce, odkud děti do diagnostického ústavu přišly, celkem a podle krajů, četnosti

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
dětský domov	1 4,8%	3 7,0%	4 6,3%
výchovný ústav	0 0,0%	4 9,3%	4 6,3%
biologická rodina	17 81,0%	30 69,8%	47 73,4%
příbuzní	1 4,8%	0 0,0%	1 1,6%
pěstounská rodina	1 4,8%	2 4,7%	3 4,7%
adoptivní rodina	1 4,8%	1 2,3%	2 3,1%
jiné	0 0,0%	3 7,0%	3 4,7%
celkem	21 100,0%	43 100,0%	64 100,0%

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

V případě sledovaných speciálních potřeb dětí byly zjištěny signifikantní regionální rozdíly. V případě DÚ Zlínského kraje docházelo u všech dětí k poruchám chování, které vyústily až k umístění dítěte do diagnostického ústavu. Hlavní důvody pro umístění dítěte do DÚ byly následující: nezvládnutelné problémové chování dítěte, útoky, záškoláctví, drobná kriminální činnost, drogy, dále alkohol a sociální situace, podezření na zneužívání bylo konstatováno v jednom případě.

V DÚ Olomouckého kraje nebyly u nadpoloviční většiny tamějších dětí specifikovány žádné speciální potřeby (62 %, tj. 13 dětí), psychiatrické onemocnění bylo konstatováno téměř u čtvrtiny z nich (tj. 5 dětí), poruchy chování u dvou, ADHD rovněž u dvou dětí, epilepsie, žloutenka či astma také u dvou dětí, jiné speciální potřeby byly určeny u jednoho dítěte.⁷³ Když ovšem zvážíme skutečnost, že do DÚ Olomouckého kraje jsou přijímány spíše děti druhého stupně základní školy, jejich důvody pro přijetí do diagnostického ústavu jsou v porovnání se situací v DÚ Zlínského kraje - vzhledem k jejich věku - mnohem závažnější (konkrétně šlo o páchaní drobné a závažné kriminality nebo zneužívání alkoholu či drog před dosažením 15 roku věku dítěte), více viz tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 **Komparace hlavních důvodů přijetí dětí do diagnostického ústavu podle krajů a celkem**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
nepříznivá sociální situace	0	3	3
podezření na zneužívání/zanedbávání	0	1	1
problémové chování dítěte	16	36	52
drobná kriminální činnost	6	27	33
závažná kriminální činnost	2	1	3
drogy	2	14	16
alkohol	2	5	7
útoky	3	33	36
záškoláctví	15	32	47
předčasný sexuální život	1	0	1
bytové problémy rodiny	1	0	1
finanční potíže rodiny/dluhy	1	0	1
úmrť rodiče	1	0	1
jiné	7	0	7
celkem	21	43	64

Ani jedno dítě ze sledovaného souboru nebylo postiženo. Naprostá většina sledovaných dětí (80 %, tj. 51 osob) neužívala žádnou medikaci, 13 % (tj. 8 osob) užívalo pravidelnou psychiatrickou mediaci (psychické poruchy 5x⁷⁴) a 8 % (tj. 5 dětí) užívalo pravidelnou medikaci (alergie, astma 3x⁷⁵). **Naprostá většina dětí nebyla po dobu pobytu v diagnostickém ústavu hospitalizována na psychiatrii** (95 %, tj. 61 dětí), 1 příjem byl zaznamenán pouze u tří dětí (tj. 5 %) DÚ Zlínského kraje.

⁷³ Dále byly specifikovány tyto zdravotní potíže dětí DÚ Olomouckého kraje: disgrafik, disortografik (1x), enuréza (1x), onemocnění štítné žlázy (1x).

⁷⁴ Zde specifikováno pouze pro DÚ Zlínský kraj. Specifikaci medikace pro DÚ Olomouckého kraje.

⁷⁵ rovněž pouze pro DÚ Zlínský kraj

Rodina

U naprosté většiny dětí byli v rodném listu zapsáni oba rodiče - 58 dětí (tj. 91 %). Pouze matku mělo v rodném listu uvedeno šest dětí (tj. 9 %), po třech z každého sledovaného kraje. Celkem u 46 dětí sledovaného souboru žili oba rodiče. V případě DÚ Olomouckého kraje lze pouze u necelé poloviny tamějších dětí (48 %, tj. 10 osob) konstatovat, že žili oba rodiče (situace otce nebyla v mnoha případech blíže specifikována). V DÚ Zlínského kraje žili oba rodiče u většiny sledovaných dětí (84 %, tj. 36 dětí). Matka nežila celkem třem dětem, otec čtyřem.

Nejčastějším typem soužití rodičů dětí analyzovaného souboru byla osamocená matka. Rodiče žijící v manželském svazku byli konstatováni pouze u deseti (16 %) dětí. V případě DÚ Zlínského kraje bylo tazatelem zaznamenáno, že až u 25 dětí žili rozvedení rodiče nadále spolu. Z detailnější analýzy dat ovšem vyplynulo, že tento typ soužití byl v mnoha případech kombinován s jiným uvedeným typem soužití rodičů, z čehož lze usuzovat na časté problematické rodinné poměry těchto rodin - viz tabulka č. 12.

Tabulka č. 12 **Typy soužití rodičů dětí sledovaných diagnostických ústavů celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
manželé žijící společně	4 19,0%	6 14,0%	10 15,6%
nesezdané soužití rodičů	5 23,8%	2 4,7%	7 10,9%
rozvedení rodiče žijící spolu	0 0,0%	25 58,1%	25 39,1%
matka s novým partnerem	2 9,5%	8 18,6%	10 15,6%
matka žila sama	9 42,9%	18 41,9%	27 42,2%
otec žil sám	9 42,9%	4 9,3%	13 20,3%
není známo	1 4,8%	1 2,3%	2 3,1%
jiné	7 33,3%	6 14,0%	13 20,3%
celkem	21 100,0%	43 100,0%	64 100,0%

Nadpoloviční většina dětí DÚ (55 %, tj. 35 dětí) pocházela ze sociálně slabé rodiny, naopak z fungující rodiny 36 %. Dvě děti byly opuštěny otcem, u čtyř dětí byla sociálně-právní situace rodiny specifikována jako „jiná“, u jednoho dítěte byla matka zbavena rodičovských práv, u dalšího byl otec závislý na alkoholu/návykových látkách a tři děti byly v adoptivní/pěstounské péči. Regionální rozdíly nebyly zjištěny.

Před současným pobytem nebyla většina dětí umístěna mimo biologickou rodinu doposud ani jednou (37 dětí, tj. 58 %). Jedno umístění bylo zaznamenáno

celkem u čtvrtiny dětí (16 osob), dvě u 11 % (tj. 7 osob), tři umístění u tří dětí (tj. 5 %) a šestkrát se mimo biologickou rodinu octlo jedno dítě z DÚ Zlínský kraj.

Zneužívání návykových látek

Vzhledem k tomu, že oba sledované diagnostické ústavy mají rozdílné věkové složení chovanců, uvádíme i vyhodnocení zneužívání návykových látek za každý kraj zvlášť.

Více jak polovina dětí DÚ Zlínského kraje (29, tj. 67 %) nezneužila nealkoholové drogy (dále jenom drogy) nikdy, experimentálně 4 děti, příležitostně 4, pravidelně také 4 děti, závislost na drogách se vyvinula u dvou z nich.

V případě DÚ Olomouckého kraje, kde byly mladší děti, nezneužila nealkoholové drogy většina dětí - 76 % (tj. 16), experimentálně 4 děti a pravidelně užívalo jedno dítě.

Více jak jedna třetina dětí DÚ Zlínského kraje nepila alkohol, jedno příležitostně, nejvíc dětí (25) koketovalo s alkoholem experimentálně. Nebyly specifikovány žádné konkrétní nealkoholové drogy.

Naprostá většina dětí DÚ Zlínského kraje nikdy nezneužila alkohol (86 %, tj. 18 osob), experimentálně se s ním setkaly tři děti.

Život v diagnostickém ústavu

Děti sledované skupiny byly do DÚ přijaty na základě vydání předběžného opatření (67 %, tj. 42 případů) a u 20 dětí (tj. 32 %) byla nařízena ústavní výchova. Ochranná výchova byla soudně nařízena u jednoho dítěte Olomouckého kraje. Regionálním specifikem je, že se souhlasem rodičů bylo vydáno soudní rozhodnutí u 17 dětí pouze v DÚ Olomouckého kraje.

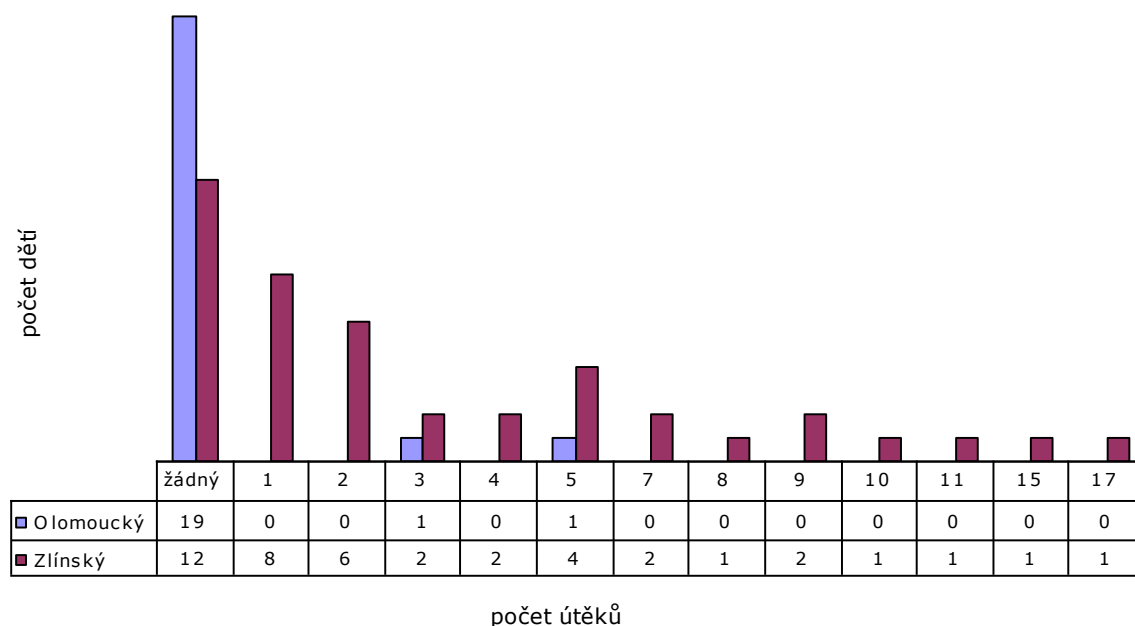
Doba, která uplynula od vydání předběžného opatření po nařízení ústavní výchovy, byla specifikována pouze v 7 případech – Olomoucký kraj: po 3 týdnech (1x), po 5 (1x), po 9 týdnech (1x); Zlínský kraj: po 12 týdnech (3x), po 20 (1x).

Nadpoloviční většina dětí nebyla v minulosti hospitalizována na psychiatrii – 66 % (tj. 42 dětí). Jeden pobyt na psychiatrickém oddělení byl zaznamenán celkem u 18 dětí (tj. 28 %), dva u jednoho dítěte, tři rovněž u jednoho a čtyři pobyty u dvou dětí.

Všechny děti DÚ Zlínského kraje měly kontakt se sociálním pracovníkem jednou za měsíc, a to jak formou osobních návštěv toho pracovníka, tak i telefonicky. V případě DÚ Olomouckého kraje se většina dětí setkávala se sociálním pracovníkem každé tři měsíce (76 %, tj. 16 osob), 5 dětí udržovalo tento kontakt měsíčně, a to převážně formou osobních návštěv, pouze tři děti udržovaly telefonický kontakt.

V případě absolvovaných útěků byly zjištěny signifikantní regionální rozdíly. Z DÚ Olomouckého kraje utekly pouze dvě děti – tři-až pětkrát. Z DÚ Zlínského kraje⁷⁶ utekly minimálně jednou až tři čtvrtiny tamějších dětí. Frekvence útěků ilustruje graf č. 7.

⁷⁶ DÚ s věkově starším osazenstvem dětí.

Graf č. 7 **Počet útěků dětí (24 hodin pryč) celkem a podle krajů**

„Nenávrat“ z návštěvy doma byl zaznamenán v celém datovém souboru pouze u jednoho dítěte z DÚ Olomouckého kraje.

Četnost používání výchovných opatření rozdělila analyzovaný soubor na dvě části. U necelé poloviny dětí se tato opatření nepoužívala vůbec, u nejpočetnější skupiny zřídka⁷⁷ (36 %, tj. 23 dětí), u čtyř dětí někdy a často celkem u 7 dětí. Významná regionální specifika zjištěna nebyla. V případě DÚ Olomouckého kraje byly pojmenovány následující formy používaných výchovných opatření: omezení TV/PC, snížení kapesného a jejich různé kombinace. Frekvenci používání výchovných opatření dokládá tabulka č. 13.

Tabulka č. 13 **Frekvence používání výchovných opatření celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
nikdy	13	17	30
	61,9%	39,5%	46,9%
zřídka (méně než 1 za 1/4letí)	6	17	23
	28,6%	39,5%	35,9%
někdy	1	3	4
	4,8%	7,0%	6,3%
často	1	6	7
	4,8%	14,0%	10,9%
celkem	21	43	64
	32,8%	67,2%	100,0%

⁷⁷ Tj. méně než jednou za čtvrtletí.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Z diagnostického ústavu se do biologické rodiny vrátila pouze necelá čtvrtina dětí - tj. 15 dětí. V DÚ Zlínského kraje byly umístěny spíše starší děti, které odcházely - v porovnání se situací v DÚ Olomouckého kraje - častěji do výchovných ústavů. Mladší děti umístěné převážně v DÚ Olomouckého kraje přecházely zase častěji do dětských domovů/dětských domovů se školou. Místa, kam byly děti sledovaných diagnostických ústavů propuštěny, specifikuje tabulka č. 14.

Tabulka č. 14 **Kam bylo dítě z diagnostického ústavu propuštěno celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Olomoucký	Zlínský	
biologická rodina	5 23,8%	10 23,3%	15 23,4%
výchovný ústav	2 9,5%	21 48,8%	23 35,9%
dětský domov se školou	5 23,8%	4 9,3%	9 14,1%
dětský domov	8 38,1%	3 7,0%	11 17,2%
adoptivní rodina	1 4,8%	0 0,0%	1 1,6%
samostatné bydlení	0 0,0%	1 2,3%	1 1,6%
neví se	0 0,0%	1 2,3%	1 1,6%
jiné	0 0,0%	3 7,0%	3 4,7%
celkem	21 32,8%	43 67,2%	64 100,0%

Důvod propuštění byl charakterizován pouze v případě diagnostického ústavu Zlínského kraje. Většina dětí zde byla propuštěna z důvodu dokončení školní docházky, dále z důvodu dosažení určitého věku nebo z důvodu změny podmínek v rodinné péči. Procentuální zastoupení důvodů propuštění ilustruje tabulka č. 15.

Tabulka č. 15 **Důvody propuštění dítěte z diagnostického ústavu⁷⁸**

	počet	%
	N	
dokončená školní docházka	32	74,4
věk	8	18,6
změna podmínek v rod. péči	7	16,3
špatné chování dítěte	1	2,3
jiné	5	11,6
celkem	53	123,3

⁷⁸ Setová otázka, na kterou lze odpovídat několika variantami, součet odpovědí tudíž nedává počet případů v základním souboru nebo 100 % v případě procentuálního rozložení odpovědí.

2.5 Střediska výchovné péče

2.5.1 Děti pobývající v zařízeních

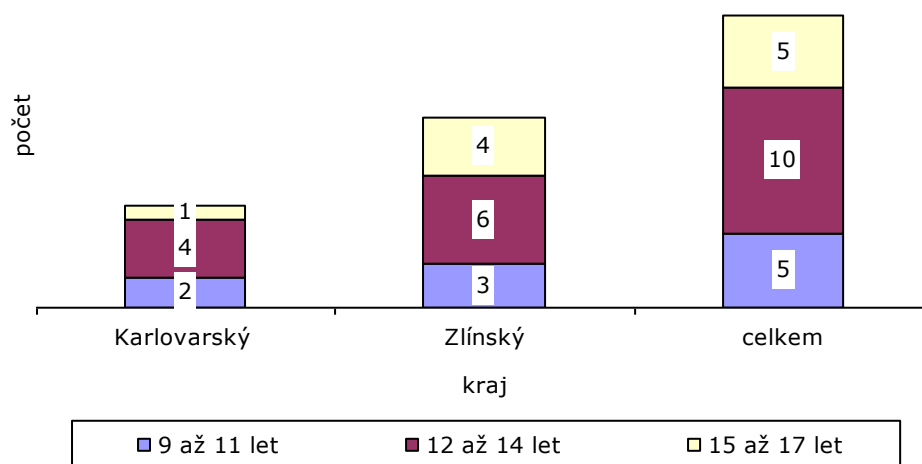
Základní charakteristika souboru

Sledovaný soubor zahrnoval celkem 20 dětí, které byly v tomto zařízení umístěny v období tohoto šetření. Dotazníkové šetření bylo realizováno ve dvou střediscích - v jednom v Karlovarském kraji (7 dětí) a v jednom ve Zlínském kraji (13 dětí). Vzhledem k nízké četnosti sledovaného souboru jsou v tříděních následující zprávy uváděny pouze absolutní četnosti.

V souboru bylo 17 chlapců a 3 děvčata. Ve Zlínském kraji se jednalo v naprosté většině o chlapecké složení, ve sledovaném souboru bylo zastoupeno pouze jedno děvče.

Věk dětí zkoumaného souboru se pohyboval v intervalu od 9 do 17 let. Nejpočetnější skupinu tvoří adolescenti ve věku 12 až 14 let - celkem 10 osob. Ostatní dva věkové intervaly 9 až 11 let a 15 až 17 let jsou zastoupeny pěti osobami. Průměrný věk celkem byl 13 let (Karlovarský kraj 12,9 let, Zlínský kraj 13,3 let). Detailnější věkovou skladbu v třídění podle krajů ilustruje graf č. 1.

Graf č. 1 **Věková struktura celkem a podle krajů**



Sledovaný soubor tvořily děti výhradně české národnosti. Většinové etnikum tvořilo naprostou většinu sledované skupiny (18 osob), jedna osoba se hlásila k romskému etniku, jedna k poloromskému (Karlovarský kraj).

Všechny děti sledovaného souboru přišly do středisek počátkem září 2010, tj. v průběhu realizace tohoto dotazníkového šetření. Jejich věková struktura při přijetí je tudíž totožná s jejich reálným věkovým rozložením.

Vzdělávání

Naprostá většina všech dětí (18 osob) navštěvuje základní školu. Do učiliště chodí 2 děti Zlínského kraje. Zastoupení navštěvovaných stupňů třídy je vzhledem k poměrně širokému věkovému rozpětí chovanců sledovaných středisek celkem bohaté. Osm dětí z celého základního souboru jednou propadlo (v případě žáků ZŠ).

Všechny děti Karlovarského kraje navštěvovaly v době při přijetí i v současnosti základní školu. Děti Zlínského kraje při přijetí navštěvovaly zejména základní školu (10), dále speciální školu (1), učiliště (1) a střední školu s maturitou (1). V současnosti navštěvují základní školu (11) a učiliště (2).

Při přijetí do ústavní péče navštěvovala většina z dětí místní školu v obci či městě (19 osob), jedno dítě internátní školu mimo instituci. Naopak, v současné době navštěvují děti z obou krajů školu v daném zařízení.

Školní průměr u dětí sledovaného souboru při přijetí do střediska byl spíš podprůměrný (celkem 8 dětí) až nedostatečný (6). Průměrné výsledky ve škole dosahovali pouze 4 žáci. U dvou osob školní průměr nebyl znám. Školní výsledky v současnosti nebyly známé.

Odkud dítě do střediska výchovné péče přišlo

Většina dětí (17 osob) ze sledovaného souboru přišla do střediska výchovné péče z biologické rodiny. Ostatní tři děti přišly od příbuzných. Strukturální regionální rozložení bylo homogenní.

Rovněž většina dětí byla do střediska přijata zejména z důvodu nezvládnání problémového chování⁷⁹ dítěte rodinou nebo školou, z důvodu záškoláctví a drobné kriminální činnosti. Důvody příjmu v třídění podle krajů znázorňuje tabulka č. 1. Na rozdíl od Karlovarského kraje byly u dětí ve Zlínském kraji uvedeny i závažnější důvody pro přijetí jako alkohol, drogy a předčasný sexuální život.

Tabulka č. 1 **Důvody pro přijetí do střediska výchovné péče celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
rodina nezvládá problémové chování dítěte	6	12	18
škola nezvládá problémové chování dítěte	3	4	7
drobná kriminální činnost	3	3	6
drogy	0	3	3
alkohol	0	3	3
záškoláctví	4	5	9
předčasný sexuální život	0	1	1
jiné	1	2	3

Pozn.: tazatelé mohli zaznamenat více než jednu odpověď

⁷⁹ Ve třech případech šlo o různé projevy agresivního chování dítěte vůči jeho okolí, doma i ve škole.

Speciální potřeby chovanců zkoumaných středisek byly formulovány pouze ve Zlínském kraji: poruchy chování (11 osob), ADHD (5 osob), psychiatrické onemocnění (2 osoby), žádné (1 osoba). Děti z Karlovarského kraje nemají žádné speciální potřeby (7 osob). V obou krajích nemají děti ze sledovaného souboru žádný stupeň postižení.

Dvě třetiny dětí neužívají žádnou medikaci (15 osob), pravidelnou psychiatrickou medikaci užívá celkem 5 dětí (v případě Zlínského kraje (3) byly jako důvod uvedeny psychické poruchy dětí). Žádné z dětí nebylo po dobu pobytu v instituci hospitalizováno na psychiatrii.⁸⁰ Ve Zlínském kraji bylo pět dětí hospitalizováno opakovaně, u čtyř dětí byl jeden předchozí pobyt na psychiatrickém oddělení, u jednoho dva pobyty.

Rodina

U všech dětí sledovaného souboru byli v rodném listu zapsáni oba rodiče a u naprosté většiny dětí (19) žili oba rodiče. Pouze jednomu dítěti zemřela matka.

Rozvrat manželství lze konstatovat u dvou třetin dětí. Nejčastější typ soužití je „matka s novým partnerem“. Ostatní způsoby soužití ilustruje tabulka č. 2 v třídění podle krajů.

Tabulka č. 2 **Typ soužití rodičů celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
manželé žijící společně	1	3	4
nesezdané soužití rodičů	0	2	2
rozvedení rodiče žijící spolu	0	6	6
matka s novým partnerem	4	6	10
otec s novou partnerkou	4	1	5
matka žila sama	1	2	3
otec žil sám	1	2	3
není známo	2	0	2
jiné	0	1	1

Pozn.: tazatelé mohli zaznamenávat více než jednu odpověď z daného setu

I přes poměrně bohatou různorodost soužití rodičů dětí sledovaného souboru lze konstatovat, že většina adolescentů pochází z fungující rodiny. Situaci ve sledovaných regionech - v tomto případě při typu soužití rodičů - dokresluje tabulka č. 3.

⁸⁰ Nutno připomínat, že doba pobytu dětí v daných SVP nedosáhla ani měsíc.

Tabulka č. 3 **Sociálně-právní situace rodiny při vstupu do instituce**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
fungující rodina	4	7	11
sociálně slabá rodina	1	3	4
dítě opuštěné otcem	0	1	1
otec ve vězení	0	1	1
otec závislý na alkoholu/nav. látkách	0	1	1
dítě v příbuzenské péči	2	0	2
dítě v pěstounské péči	2	1	3
jiné	0	2	2

Pozn.: tazatelé mohli zaznamenávat více než jednu odpověď z daného setu

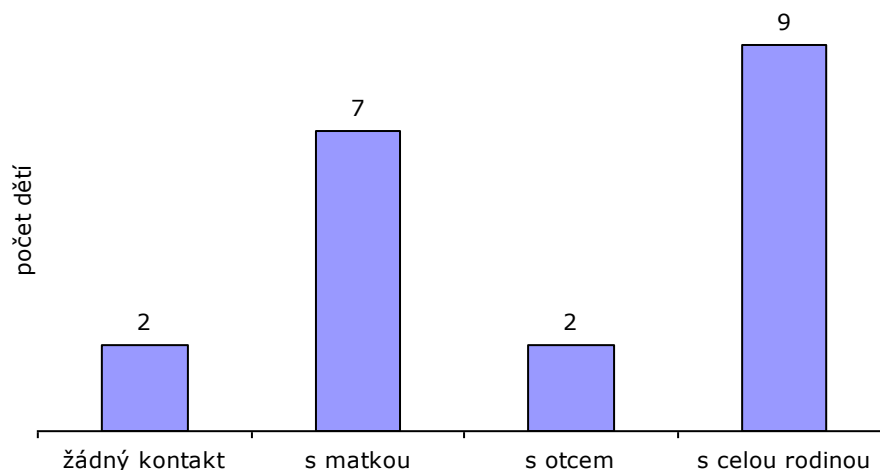
Zajímavé rozdíly mezi kraji byly zjištěny v případě typů soudních rozhodnutí vydaných při přijetí dítěte do SVP. Lze konstatovat, že v Zlínském kraji byla všechna soudní rozhodnutí při přijetí dítěte do výchovného střediska vydána bez souhlasu rodičů. V Karlovarském kraji tomu bylo prakticky právě naopak, tato soudní rozhodnutí byla vydána vždy na žádost rodičů. Uvedené regionální diference zůstávají zcela totožné i v případě vydání současného soudního rozhodnutí.

Více jak polovina dětí sledovaného souboru (celkem 11) doposud nebyla umístěna mimo biologickou rodinu, sedm z dětí se ocitlo mimo biologickou rodinu jedenkrát, dvě dvakrát.

Většina z dětí sledovaného souboru (16) měla jednoho a více sourozenců (10 dětí mělo jednoho sourozence, 4 dva sourozence a 2 děti měly 3 a 4 sourozence), 4 osoby byly bez sourozenců. Žádné z dětí sledovaného souboru nemělo sourozence mimo rodinu ve stejné či jiné instituci. Sourozenci většiny dětí sledovaného souboru nebyli osvojeni nebo v pěstounské péči (18), dvě děti měly v osvojení/pěstounské péči po jednom sourozenci. Doma mělo sourozence 14 dětí, 2 nikoliv. Diference mezi kraji zjištěny nebyly.

Kontakt s rodinou

Většina z dětí udržovala kontakt s blízkými příbuznými, nejčastěji s celou rodinou. Při individuálních rodinných kontaktech byl častěji udržován kontakt dětí s matkou než otcem - viz graf č. 2. Dvě děti s užší rodinou neudržovaly kontakt žádný, přičemž jedno pocházelo z pěstounské péče, druhé z normálně fungující rodiny. Žádné z dětí sledovaného souboru z Karlovarského kraje neudržovalo kontakt s celou rodinou.

Graf č. 2 **Kontakt dětí s užší rodinou celkem**

Nejčastější frekvence udržování kontaktu s rodinou byla týdenní periodicita (12 dětí), šest dětí se s rodinou stýkalo jednou za měsíc.

Nezanedbatelná část dětí (11) měla užší rodinu od výchovného střediska ve vzdálenosti nad 50 km - viz tabulka č. 4. Jak je ale vidět z výše uvedeného, vyšší vzdálenost užší rodiny v určitých sledovaných případech neovlivňuje frekvenci návštěv dítěte ze strany rodičů. I v případě vzdálenosti 50 km a více udržovali rodiče s dítětem kontakt jednou týdně. Ani jedno z dětí sledovaného souboru z Karlovarského kraje nemělo bližší rodinu ve vzdálenosti nad 100 km.

Tabulka č. 4 **Vzdálenost užší rodiny od střediska výchovné péče**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
pod 10 km	2	0	2
10 - 25 km	1	0	1
26 - 50 km	2	3	5
51 - 100 km	2	5	7
nad 100 km	0	4	4
není známo	0	1	1
celkem	7	13	20

Naopak, se širší rodinou udržovalo kontakt pouze 8 dětí, a to konkrétně s prarodiči, čtyři děti jednou týdně, čtyři s měsíční frekvencí. Dvanáct dětí sledovaného souboru se s širší rodinou nestýkalo vůbec. Signifikantní regionální rozdíly zjištěny nebyly. Vzdálenost širší rodiny od zkoumaných středisek výchovné péče ilustruje tabulka č. 5. U naprosté většiny dětí z Karlovarského kraje není známo, v jaké vzdálenosti se širší rodina dítěte od výchovného střediska nachází. Ani jedno z dětí sledovaného souboru nenavštěvovalo jinou rodinu.

Tabulka č. 5 **Vzdálenost střediska výchovné péče od širší rodiny dítěte**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
10 - 25 km	1	0	1
26 - 50 km	0	4	4
51 - 100 km	0	3	3
nad 100 km	0	3	3
není známo	6	3	9
celkem	7	13	20

Návykové látky

Většina dětí (17) ze sledovaného souboru nikdy nepožila nealkoholové drogy, dvě osoby pouze experimentálně, jedna příležitostně. V porovnání se zneužíváním alkoholu se mírně rozrostla skupina osob, které užívaly alkohol příležitostně (5), dvě třetiny dětí ale alkohol nepily nikdy. Za poznámku stojí skutečnost, že u všech tří výše uvedených případů, kdy došlo ke styku s nealkoholovými drogami, bylo deklarováno příležitostné pití alkoholu. Krajské diference nebyly zaznamenány.

Život ve středisku výchovné péče

Ve Zlínském kraji udržovalo kontakt se sociálním pracovníkem 11 ze 13 dětí, a to jednou měsíčně, v Karlovarském kraji však nemělo tento kontakt žádné z dětí. Kontakt se sociálním pracovníkem (výlučně ve Zlínském kraji) probíhal nejčastěji telefonicky (10).

Většina dětí z obou sledovaných krajů z výchovného střediska neutekla doposud ani jednou. Jeden útěk byl zaznamenán v Karlovarském kraji (v daném případě nešlo o tzv. „nenávrat“).

U většiny dětí nebyla nikdy do doby průzkumu použita výchovná opatření, ve třech případech zřídka (tj. méně než jednou za čtvrtletí) - uvedeno bylo ústní napomenutí, návrh na vyloučení za opakované porušování řádu střediska a omezení společných aktivit. Ve dvou případech byla tato opatření použita „někdy“. Signifikantní rozdíly zde zaznamenány nebyly. V obou krajích byl plán péče napsaný u všech dětí sledovaného souboru. V téměř všech případech proběhla revize případu během posledních 3 měsíců, v jednom případě tato skutečnost nebyla známa.

Poznámky

V šesti případech byla před umístěním do SVP prováděna ambulantní péče.

2.5.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

Základní charakteristika souboru

Sledovaný soubor zahrnoval celkem 20 dětí, které ukončily pobyt ve dvou sledovaných SVP měsíc před realizací dotazníkového šetření, 13 dětí ve Zlínském kraji

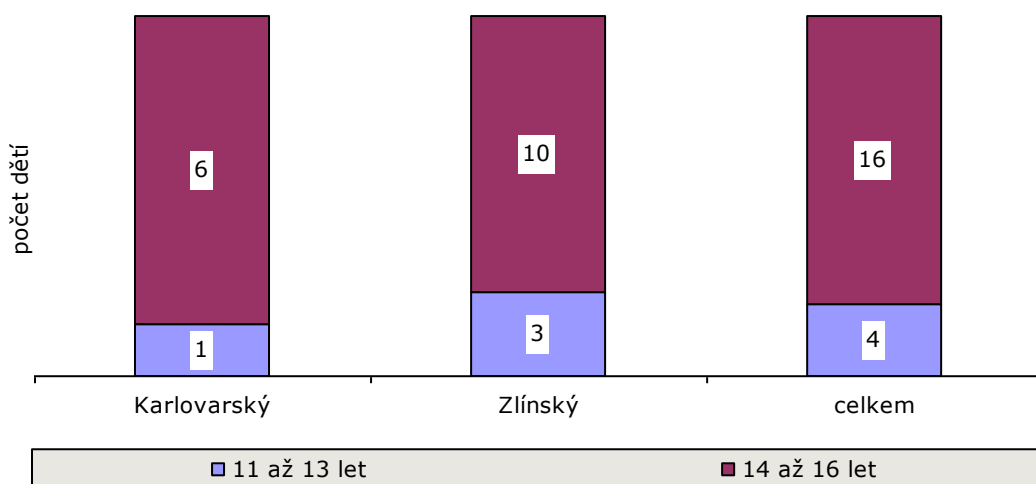
a 7 dětí v kraji Karlovarském. Vzhledem k nízké četnosti základního souboru jsou v dalších tříděních uváděny pouze absolutní četnosti.

Struktura podle věku, pohlaví, národnosti a etnické příslušnosti

V analyzovaném souboru bylo celkem 11 chlapců a 9 děvčat (Karlovarský kraj 4:3, Zlínský kraj 7:6). Regionální rozložení pohlaví bylo homogenní.

Věk dětí zkoumaného souboru se pohyboval v intervalu od 11 do 16 let. Nejpočetnější skupinu tvořila vyšší věková kategorie 15 až 16 let (celkem 11 osob). V případě Karlovarského kraje byl věkový interval respondentů posunut do vyšších věkových kategorií - 13 až 16 let. Průměrný věk celkem byl 14,5 roku, což platí i pro oba zkoumané kraje. Věkové rozložení základního souboru mapuje graf č. 3.

Graf č. 3 **Věková struktura dětí SVP celkem a podle krajů**



Až na jeden případ byly všechny děti sledovaného souboru české národnosti (jedno dítě Zlínského kraje bylo ukrajinské národnosti).

Většinové etnikum tvořilo tři čtvrtiny zkoumaného souboru (15 osob), k romskému etniku patřily dvě děti Zlínského kraje, k poloromskému dvě děti Karlovarského kraje a k jinému etniku se hlásilo jedno dítě Zlínského kraje.

Děti analyzovaného souboru přišly do SVP v květnu až červnu 2010, přičemž v této instituci pobývaly necelý měsíc až dva měsíce. Věk dětí při příchodu či odchodu do SVP prakticky kopíroval výše uvedenou věkovou skladbu. Respondenti Karlovarského kraje strávili ve SVP všichni shodně jeden měsíc, ve Zlínském kraji 3 děti pobývaly v zařízení necelý měsíc, jedno dítě pak 2 měsíce.

Vzdělání

Jak dokumentují data uvedená v tabulce č. 6, všechny děti navštěvovaly základní školu, přičemž nejpočetněji byl zastoupen 6. až 9. ročník. Celkem 6 dětí opakovalo na ZŠ jeden ročník.

Tabulka č. 6 **Navštěvovaný stupeň třídy celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
4. ročník	0	1	1
6. až 7. ročník	4	5	9
8. až 9. ročník	3	7	10
celkem	7	13	20

Všechny děti sledovaného souboru navštěvovaly při přijetí do SVP místní školu v obci či městě, při odchodu ze SVP zase všechny základní školu v daném zařízení. Školní průměr dětí byl v době jejich příchodu i odchodu do SVP spíše průměrný až podprůměrný. Komparací školních průměrů těchto dvou období bylo ale zjištěno, že při odchodu ze SVP vykazovaly děti lepší školní výsledky, žádné z dětí nepropadlo a u obou krajů vzrostl počet dětí s průměrným školním prospěchem. Detailněji viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 **Komparace školních průměrů při příchodu a odchodu do SVP celkem a podle krajů**

kraj		nadprůměrný	průměrný	podprůměrný	nedostatečný
Karlovarský	při příchodu	0	2	2	3
	při odchodu	0	4	3	0
Zlínský	při příchodu	1	4	7	1
	při odchodu	1	6	6	0
celkem	při příchodu	1	6	9	4
	při odchodu	1	10	9	0

Odkud dítě do střediska výchovné péče přišlo

Naprostá většina dětí přišla do SVP z biologické rodiny, tři děti od příbuzných. Regionální rozložení bylo homogenní.

Nejčastějším hlavním důvodem, proč byly děti analyzovaného souboru umístěny do SVP, bylo jejich problémové chování, které nezvládala rodina (18) nebo škola (11). Drobná kriminální činnost přivedla do SVP celkem 8 dětí. Detailnější přehled hlavních důvodů přijetí do instituce přináší tabulka č. 8. Na rozdíl od situace v Karlovarském kraji přivedly do SVP některé z dětí Zlínského kraje i závažnější důvody, jakými jsou např. alkohol, drogy, závažná kriminální činnost nebo předčasný sexuální život.

Tabulka č. 8 **Důvody pro přijetí do střediska výchovné péče celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
nepříznivá sociální situace	0	1	1
dítě opuštěné rodiči	0	1	1
problémové chování dítěte	7	11	18
škola nezvládá problémové chování dítěte	4	7	11
drobná kriminální činnost	4	4	8
závažná kriminální činnost	0	1	1
drogy	0	3	3
alkohol	0	3	3
útěky	1	1	2
záškoláctví	1	5	6

Pozn.: tazatelé mohli zaznamenávat více než jednu odpověď z daného setu

U všech dětí SVP Zlínského kraje byly u proměnné „speciální potřeby⁸¹“ uvedeny poruchy chování (13), z toho ve třech případech s kombinací ADHD, ke kterému bylo v jednom případě navíc uvedeno i tělesné postižení. U respondentů Karlovarského kraje nebyly uvedeny žádné speciální potřeby. Až na jedno dítě Zlínského kraje (stupeň postižení I), neměla většina respondentů žádné zdravotní postižení.

Dvě třetiny respondentů neužívaly žádnou medikaci, jedno dítě Karlovarského kraje užívalo pravidelnou medikaci, čtyři děti měly pravidelnou psychiatrickou medikaci (z toho jedno ve Zlínském kraji). Žádná konkrétní medikace nebyla specifikována.

Žádné z dětí nebylo po dobu pobytu v SVP hospitalizováno na psychiatrickém oddělení. V případě předchozích hospitalizací na psychiatrii byly u dvou dětí Zlínského kraje uvedeny dvě hospitalizace.

Rodina

U 19 dětí byli v rodném listu uvedeni oba rodiče, u jednoho dítěte tento údaj nebyl znám. Téměř u všech dětí žili oba rodiče, pouze u jednoho dítěte nebyla známa situace jeho otce.

Z dat uvedených v tabulce č. 9 vyplývá, že děti umístěné v SVP pocházely převážně z formálně rozvrácených rodin. Tradiční manželské soužití bylo zastoupeno ve stejné míře jako stále více populární nesezdané soužití (vždy u pěti dětí), u osmi si minimálně jeden z rodičů našel nového partnera.

⁸¹ Setová otázka znamená, že na danou otázku v dotazníku mohl tazatel odpovědět několika variantami odpovědi, tzn. že součet těchto odpovědí se nerovná počtu případů v analýze (N) a procentuální vyhodnocení odpovědí respondentů nedává výsledný součet 100 %.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 9 **Typ soužití rodičů celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
manželé žijící společně	2	3	5
nesezdané soužití rodičů	0	5	5
rozvedení rodiče žijící spolu	0	3	3
matka s novým partnerem	1	7	8
otec s novou partnerkou	2	0	2
osamocená matka	1	2	3
osamocený otec	0	1	1
není známo	4	1	5

Pozn.: tazatelé mohli zaznamenávat více než jednu odpověď z daného setu

I přes poměrně bohatou různorodost nutno konstatovat, že téměř polovina dětí pocházela z fungující rodiny. Detailněji viz tabulka č. 10.

Tabulka č. 10 **Sociálně-právní situace rodiny celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
fungující rodina	1	8	9
sociálně slabá rodina	4	2	6
dítě opuštěné otcem	0	3	3
matka závislá na alkoholu/návykových látkách	0	1	1
otec závislý na alkoholu/návykových látkách	0	2	2
dítě v příbuzenské péči	2	0	2
dítě v pěstounské péči	2	1	3
celkem	7	13	20

Pozn.: tazatelé mohli zaznamenávat více než jednu odpověď z daného setu

Děti z Karlovarského kraje pocházely z různých forem náhradní péče (příbuzenská, pěstounská), všechny případy ale byly hodnoceny jako normálně fungující rodina.

Zajímavé signifikantní regionální rozdíly byly zjištěny v případě typů soudních rozhodnutí vydaných při přijetí dítěte do SVP. Ve Zlínském kraji byla téměř všechna soudní rozhodnutí vydána bez souhlasu rodičů (12), v jednom případě bylo rozhodnutí vydáno na žádost dítěte. Naopak, v Karlovarském kraji byla všechna rozhodnutí vydána na žádost rodičů, v jednom případě zároveň i na žádost dítěte. Délku doby (týdny), za kterou byla při přijetí předběžného opatření nařízena ústavní výchova, nelze specifikovat, data nebyla známa.

Více jak tři čtvrtiny dětí analyzovaného souboru nebyly doposud umístěny mimo biologickou rodinu (16). Mimo svoji rodinu se ocitly pouze děti Zlínského kraje – dvě děti jednou, dvě děti třikrát.

Před příjmem do SVP nebyla většina dětí analyzovaného souboru - až na dvě děti Zlínského kraje (u každého z nich byly 2 předchozí pobyty na psychiatrii), hospitalizována na psychiatrickém oddělení.

Návykové látky

Nealkoholové drogy nezneužívalo celkem 16 dětí (u dvou z nich byl uveden nikotin), čtyři děti Zlínského kraje je užívaly experimentálně.

Alkohol nikdy nezneužívala většina dětí (14 dětí), experimentálně ho užívalo šest dětí. Regionální rozdíly zjištěny nebyly.

Život v středisku výchovné péče

V případech frekvence udržování kontaktu dítěte se sociálním pracovníkem byly zjištěny zřejmé regionální diference. Na rozdíl od situace v Zlínském kraji, kde se sociálním pracovníkem udržovaly kontakt jednou měsíčně téměř všechny sledované děti, v Karlovarském kraji tento druh kontaktu neudržovala nadpoloviční většina respondentů. Detailněji viz tabulka č. 11

Tabulka č. 11 **Regionální diference ve frekvenci udržování kontaktu se sociálním pracovníkem**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
žádný kontakt	4	2	6
méně než jednou za rok	1	0	1
měsíčně	2	11	13
celkem	7	13	20

Regionální rozdíly přetrvávaly i v praktikovaných formách komunikace sociálního pracovníka s dětmi z SVP. Pouze tři děti Karlovarského kraje udržovaly kontakt se sociálním pracovníkem (dvě jednou za měsíc, jedno jednou za rok), a to pouze formou telefonického hovoru. Naopak, ve Zlínském kraji byly ke komunikaci s dětmi sociálním pracovníkem využívány všechny uvedené formy - osobní návštěvy (6), dopisy (6) a telefonicky (11).

Ani jeden z respondentů z SVP neutekl a ani se tzv. „nenavrátil“.

Podle analyzovaných dat lze konstatovat, že ve sledovaných SVP používali výchovná opatření velmi zřídka (13). V případě Karlovarského kraje spíše vůbec (4) nebo méně než jednou za čtvrtletí (3) - viz tabulka č. 12. Ve třech specifikovaných případech Karlovarského kraje bylo uvedeno, že bylo použito ústní napomenutí za opakované vulgární výrazy, drzé a nevhodné chování, dále za opakovaně neposlechnuté pokyny a příkazy a za přechovávání cigaret.

Tabulka č. 12 **Četnost používání výchovných opatření celkem a podle krajů**

	kraj		celkem
	Karlovarský	Zlínský	
nikdy	4	0	4
zřídka (méně než 1 za 1/4letí)	3	10	13
někdy	0	2	2
často	0	1	1
celkem	7	13	20

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Po ukončení pobytu v SVP byla většina dětí propuštěna do své biologické rodiny (celkem 17), dále do příbuzenské péče (2) a jedno dítě odešlo do pěstounské rodiny. V obou sledovaných krajích byla jako důvod propuštění z SVP uvedena skutečnost „jiné“. Bližší charakteristika situace v Karlovarském kraji - viz poznámky.

Poznámky

V případě Karlovarského kraje bylo u všech respondentů uvedeno: ukončení dvouměsíčního pobytu (lze usuzovat, že se jedná o důvod propuštění ze SVP).

2.6 Domovy pro zdravotně postižené

Předmětem analýzy jsou údaje získané na základě polostandardizovaných rozhovorů, provedených v domovech pro zdravotně postižené a zaměřených na zjištění základních charakteristik o dětech v nich umístěných. První část - popisuje případy dětí, které byly v době šetření umístěny⁸² ve sledovaných ústavech sociální péče. Druhá část - odchody - pak popisuje případy stejného počtu dětí, které již zařízení v poslední době opustily.⁸³

Šetření bylo provedeno v 8 zařízeních ve třech zkoumaných krajích. Do šetření byly zahrnuty 4 instituce z Olomouckého a 3 ze Zlínského kraje, v Karlovarském kraji byl šetřen jen jeden ústav. Kapacita jednotlivých zařízení se pohybovala od 26 klientů do 217, v souboru se tedy objevila malá zařízení charakterově rodinného typu až po relativně velké instituce. Je však třeba mít na paměti, že děti v těchto zařízeních tvoří jen část klientely (nepředpokládá se, že by větší část kapacity byla naplněna dětskými klienty), což má důsledky dále zmiňované, mj. v délce pobytu.

Nepoměr mezi kapacitou zkoumaných zařízení a aktuálním počtem dětí v nich umístěných, uvedený v tabulce č. 1, je způsoben tím, že zařízení poskytují služby pro děti i dospělé a vykazují kapacitu pro všechny věkové skupiny, protože nemají přesně stanovený počet lůžek na dětskou populaci a reagují na aktuální poptávku. Děti v těchto ústavech je podstatně méně než dospělých. Jen ve Zlínském kraji je zařízení zaměřené na děti a mládež.

Ač tazatelé měli dle zadání vyplnit dotazník pro všechny děti ve vybraných zařízeních a pro stejný počet dětí, které daná zařízení opustily, aktuální počet dětí (analyzován dále v kapitole *Děti pobývající v zařízeních*) a počet dětí, které zařízení opustily (kapitola *Děti, které ukončily pobyt v zařízeních*), se liší (tabulka č. 1). Specifikem domovů pro osoby se zdravotním postižením je totiž jednak to, že tam klienti pobývají delší dobu než v jiných pobytových zařízeních, kam jsou umísťovány děti s problémy v rodině, a jednak to, že děti i po dosažení dospělého věku v zařízeních často zůstávají (jak bude dále dokázáno v kapitole II). Zařízení proto v minulosti neopustilo ani tolik dětí, kolik je v nich umístěno v současnosti.

Tabulka č. 1 **Šetřená zařízení, jejich kapacita a aktuální počet umístěných dětí**

	počet šetřených zařízení	kapacita šetřených zařízení	aktuální počet dětí	počet dětí, které zařízení opustily
Karlovarský kraj	1	200	11	11
Olomoucký kraj	4	470	29	29
Zlínský kraj	3	98	39	19
celkem	8	768	79	59

Úvodem je třeba zmínit základní specifikum Ústavů sociální péče - jde o zařízení pečující o zdravotně postižené klienty s velkou mírou nesoběstačnosti. Klíčovou determinantou přijetí do instituce je zdravotní postižení dítěte, jeho nízká soběstačnost a fakt, že rodiče vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a z něj vyplývajícím specifickým potřebám nezvládají o něj pečovat. Více než polovina dětí je v zařízeních umístěna dobrovolně na základě žádosti rodiny.

⁸² Datový soubor o těchto dětech byl pracovním názvem „Příchody“, což se občas objevuje i zde v textu pro tuto skupinu sledovaných dětí.

⁸³ Datový soubor o těchto dětech byl pracovním názvem „Odchody“, což se také občas objevuje i zde v textu pro tuto skupinu sledovaných dětí.

Aktuálně bylo ve sledovaných institucích přítomno jen jedno dítě ve věku tří let, požadavek zadavatelů na sledování specifík dětí mladších 3 let tak nebyl z hlediska tohoto typu instituce relevantní a nebyl naplněn. Z hlediska snahy odstranit umístování dětí do tří let do ústavní péče se podle zjištění ve zkoumaných zařízeních nejvíce potřebuje zvláštních opatření týkající se domovů pro osoby se zdravotním postižením.

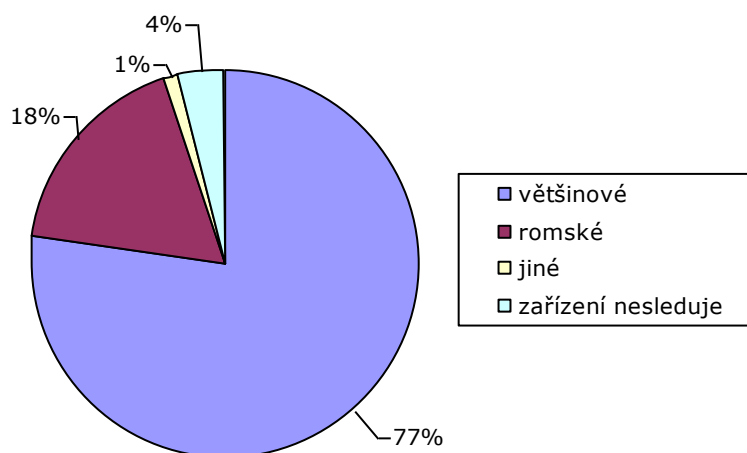
2.6.1 Děti pobývající v zařízeních

Základní charakteristiky souboru

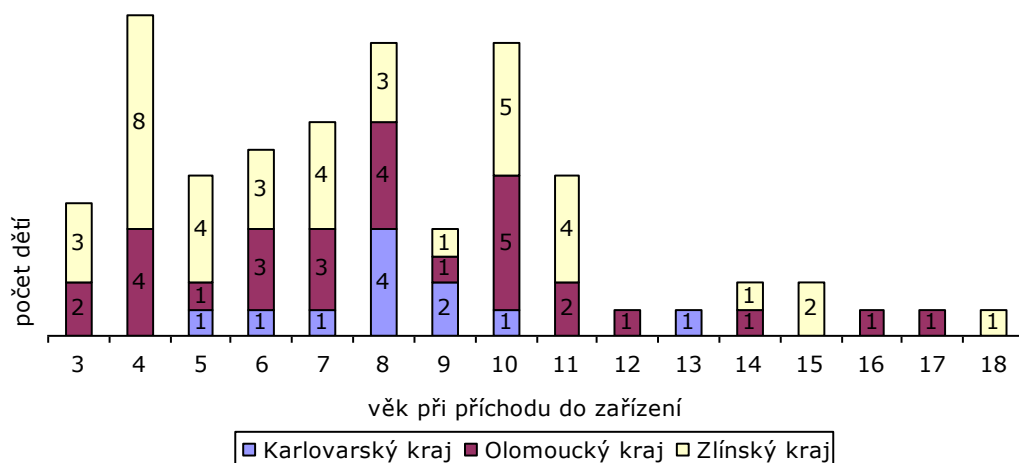
Dotazníkové šetření bylo realizováno v osmi ústavech sociální péče. Celkem v nich bylo přítomno 79 dětí, z toho 44 chlapců a 35 děvčat. Nejvíce dětí, které soubor zahrnuje, bylo umístěno v zařízeních ve Zlínském kraji (39), o deset méně v Olomouckém kraji (29) v Karlovarském kraji pak bylo jen 11 případů (viz tabulka č. 1).

V 77 % případů byly děti většinového etnika, 18 % tvořily romské děti. Ve Zlínském kraji bylo dětí romské národnosti méně (8,3 %) v porovnání s ostatními kraji (27 % v Karlovarském, resp. 28 % v Olomouckém kraji).

Graf č. 1 **Etnické složení** (v %)

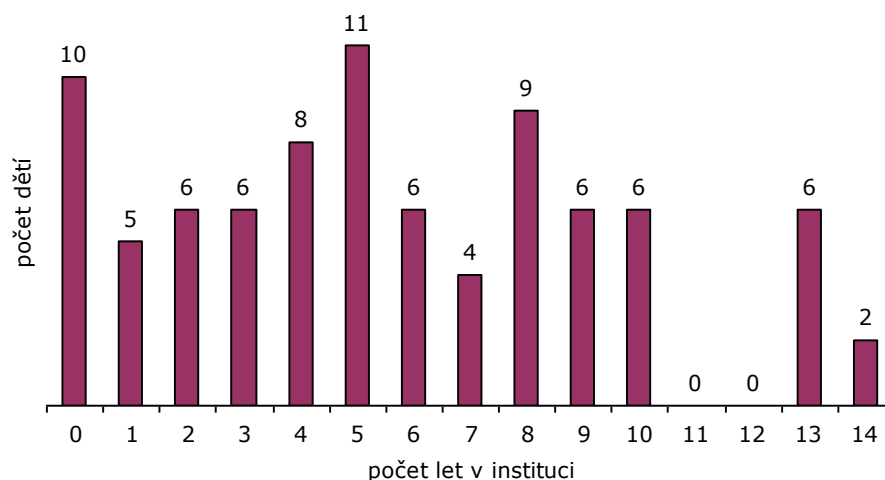


Častěji byly v institucích umístěny starší děti, více než polovina z nich byla v době šetření starší 15 let. Ve Zlínském kraji však byla čtvrtina dětí mladší než deset let a průměrný věk 13 let, zatímco v Olomouckém kraji byla většina dětí starších než 10 let, ale průměrný věk nicméně 14 let, stejně jako v kraji Karlovarském. Jak je ale patrné z grafu č. 2, více než 80 % dětí bylo v době příchodu do ústavu mladší než 10 let. Rozdíly mezi sledovanými kraji nejsou významné.

Graf č. 2 **Věk při příchodu do zařízení dle krajů**

V průměru tvoří dosavadní délka pobytu dětí v zařízeních 68 měsíců, tzn. více než 5,5 roku. Žádná závislost mezi délkou pobytu a krajem, etnikem nebo intenzitou kontaktů s biologickou rodinou nebyla prokázána. Vzhledem k tomu, že (jak bude dále zmíněno) ústavy sociální péče jsou zařízeními pro zdravotně postižené, testována byla také závislost mezi délkou pobytu, mírou soběstačnosti a stupněm postižení dle příspěvku na péči. Ani tyto vazby se však neprokázaly být statisticky významné.

Co se však zdá být klíčovým faktorem pro délku pobytu, je věk, kdy dítě do zařízení přišlo: Čím nižší byl věk příchodu dítěte do zařízení, tím déle v něm v absolutním měřítku zůstává. Ústavy sociální péče tak nejsou „přestupními“ institucemi, ale zařízeními, kde dítě stráví více let svého života, pokud je sem již umístěno.

Graf č. 3 **Délka pobytu**

Přijetí do ústavu

Důvody přijetí do instituce, které jsou v případě sledované skupiny významné, jsou tři: Prvním a naprosto převažujícím důvodem přijetí deklarovaným u 72 % dětí bylo, že rodiče nezvládali péči o dítě z důvodu jeho postižení. V 17 % hrála roli nepříznivá sociální situace rodiny, kromě toho bylo v 14 % případů dítě opuštěno rodiči. Poslední dva důvody byly častější v případě romských dětí.

Tabulka č. 2 **Důvody přijetí do ústavu sociální péče dle etnika**

	celkem	etnikum	
		většinové	romské
rodiče nezvládají péči z důvodu postižení dítěte	57	46	8
nepříznivá sociální situace	13	7	6
dítě opuštěno rodiči	11	6	5

Zatímco u dětí, u kterých byla důvodem přijetí nepříznivá sociální situace nebo bylo dítě opuštěno rodiči, není míra soběstačnosti či stupeň postižení dle příspěvku na péči rozhodující, rodiče nezvládají péči z důvodu postižení tím častěji, čím je vyšší míra nesoběstačnosti dítěte a čím vyšší je stupeň postižení.

V 91 % případů, kdy bylo důvodem přijetí do instituce opuštění dítěte rodiči, kontakt mezi dítětem a biologickou rodinou chybí. V případě, že důvodem byla nepříznivá sociální situace, se s rodinou nestýká 54 % dětí, ve 23 % případů jde o kontakt sporadický - jednou do roka a méně. Pokud byly děti do instituce umístěny kvůli tomu, že rodiče péči nezvládali, dá se popsat kontakt s biologickou rodinou jako nejintenzivnější. Přesto i z dětí těchto rodičů 44 % nevidí nikdy svou biologickou rodinu, 12 % se s ní setkává jednou ročně a méně. U 42 % je však kontakt častější než jednou za půl roku.

Důvody přijetí do ústavu se také liší ve sledovaných zařízeních v krajích. Statisticky nejsou významné rozdíly v procentu důvodu „rodiče nezvládají péči z důvodu postižení“. Nepříznivá sociální situace ale byla výrazně častěji důvodem přijetí v Karlovarském domově pro zdravotně postižené, zatímco se tento důvod vůbec neobjevil ve Zlínském kraji. V Olomouckém kraji zase bylo nejvíce dětí, které byly přijaty z důvodu opuštění rodiči.

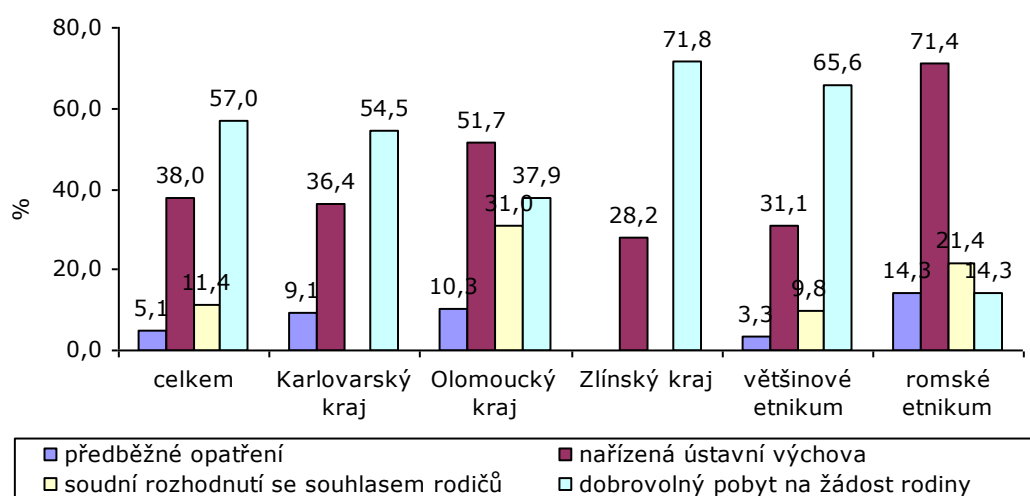
Tabulka č. 3 **Důvody přijetí do ústavu sociální péče dle kraje**

	kraj					
	Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
rodiče nezvládají péči z důvodu postižení dítěte	63,6	7	75,9	22	71,8	28
nepříznivá sociální situace	45,5	5	27,6	8	0,0	0
dítě opuštěno rodiči	9,1	1	31,0	9	2,6	1

Nejčastější způsob přijetí bylo přijetí na základě žádosti rodiny (57 %). Nařízená ústavní výchova byla v 38 %, v 11 % pak šlo o soudní rozhodnutí se souhlasem rodičů. Poslední z možností se objevila jen v Olomouckém kraji. Dobrovolný pobyt na žádost

rodiče dominoval ve Zlínském kraji (71,8 %). Zatímco většina romských dětí (71,4 %) byla do zařízení umístěna na základě nařízené ústavní výchovy, v případě většinové populace se statisticky častěji objevoval dobrovolný pobyt na základě žádosti rodiny (66 %). Děti, které jsou v instituci na základě nařízené ústavní výchovy, se s rodinou prakticky nestýkají. Pokud jde o dobrovolné umístění na základě žádosti rodiny, jsou kontakty významně intenzivnější. Žádná závislost mezi způsobem přijetí do instituce a mírou soběstačnosti či stupněm postižení dle příspěvku na péči nalezena nebyla.

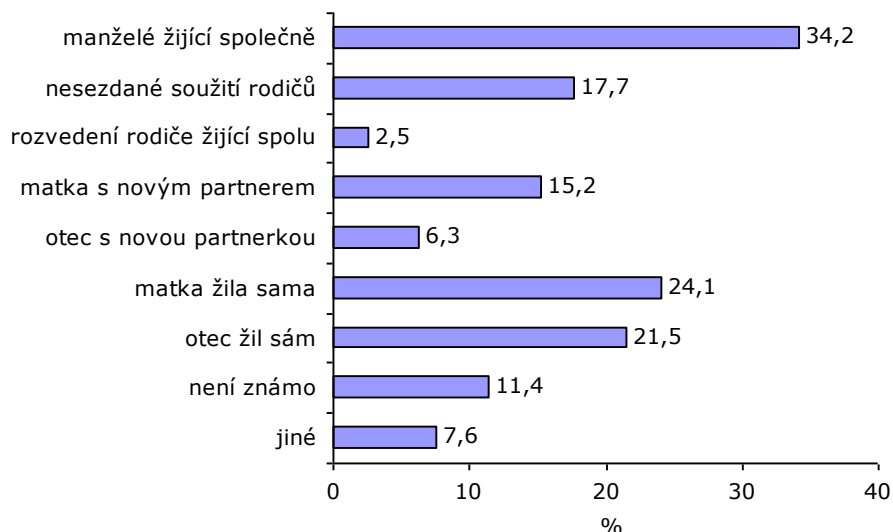
Graf č. 4 **Způsob přijetí dle kraje a etnika** (v %)



Biologická rodina a předchozí umístění

U 94 % dětí matka žije, otec pak v 82 % případů. Dítě pocházelo z úplné rodiny - manželé žili společně nebo šlo o nesezdané soužití rodičů - ve více než polovině případů.

Graf č. 5 **Typ soužití rodičů** (v %)



Pokud jde o sociálně-právní situaci rodiny, v 43 % šlo o normálně fungující rodinu, 41 % rodin dětí bylo sociálně slabých rodin a třetím nejčastějším stavem, popisujícím rodinné zázemí, bylo, že dítě bylo opuštěno matkou (14 %) nebo otcem (6 %). Patologické situace rodiny, kdy byl jeden z rodičů zbaven rodičovských práv, byl ve vězení nebo závislý na alkoholu, se objevovaly naprosto výjimečně. Situace, že by dítě pocházelo z příbuzenské, pěstounské či adoptivní rodiny, se neobjevily vůbec. I tento pohled podtrhuje rozhodující význam zdravotního stavu pro umísťování dětí do DOZP.

V případě dětí ze zařízení v Olomouckém kraji byla častěji rodina sociálně slabá (59 %), ve Zlínském kraji bylo těchto rodin oproti průměru méně (26 %). Další významné rozdíly mezi kraji nalezeny nebyly. Nezanedbatelný diferencující vliv má etnická příslušnost. 79 % romských dětí pocházelo ze sociálně slabé rodiny, u většinového etnika to bylo jen 34 %. Ani jedno romské dítě v souboru pak nepocházelo z normálně fungující rodiny.

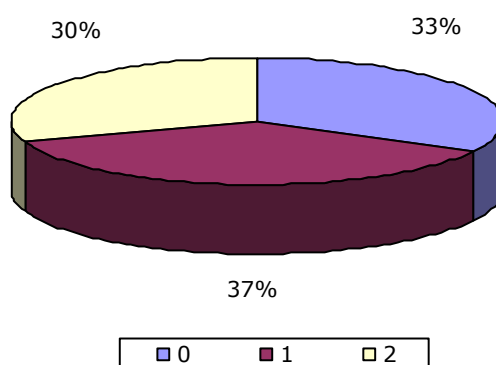
Tabulka č. 4 **Sociálně-právní situace rodiny dle kraje a etnika**

	celkem		kraj						etnikum			
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský		většinové		romské	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
normálně fungující rodina	43,0	34	36,4	4	34,5	10	51,3	20	52,5	32	0,0	0
sociálně slabá rodina	40,5	32	45,5	5	58,6	17	25,6	10	34,4	21	78,6	11
dítě odmítnuto/ opuštěno matkou	13,9	11	27,3	3	20,7	6	5,1	2	11,5	7	28,6	4
dítě odmítnuto/ opuštěno otcem	6,3	5	9,1	1	10,3	3	2,6	1	1,6	1	28,6	4

33 % dětí nebylo v minulosti umístěno mimo biologickou rodinu, 37 % bylo umístěno mimo biologickou rodinu jednou, 30 % pak dvakrát. V případě, že dítě mělo

zkušenost s umístěním v jiném zařízení, byl počet předchozích umístění vyšší u romských dětí než dětí z většinové populace. Počet předchozích umístění je také zásadní pro intenzitu kontaktu s rodinou: v případě, že děti přišly do instituce přímo z biologické rodiny, dvě třetiny se vídá se svou rodinou alespoň jednou do měsíce a téměř dvě pětiny pak stejně často i se svou širší rodinou. Naopak u 52 % dětí, které byly již jednou umístěny mimo rodinu, kontakt s biologickou rodinou úplně chybí, v případě dětí umístěných dvakrát je tento deficit v 71 %. Předchozí umístění v nějakém jiném zařízení pak znamená naprostou minimalizaci kontaktů se širší rodinou.

Graf č. 6 **Počet předchozích umístění mimo biologickou rodinu**



Nejméně dětí přišlo do ústavu z biologické rodiny ve Zlínském kraji (20 %), kde děti byly v minulosti umístěny mimo biologickou rodinu nejčastěji. Nejvíce dětí bez této zkušenosti naopak bylo ve sledovaných zařízeních v Olomouckém kraji (45 %).

Tabulka č. 5 **Počet předchozích umístění mimo biologickou rodinu dle kraje**

	celkem		kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
0	32,9	26	45,5	5	44,8	13	20,5	8
1	36,7	29	27,3	3	37,9	11	38,5	15
2	30,4	24	27,3	3	17,2	5	41,0	16

Pobyt na psychiatrii absolvovalo v minulosti 15 % dětí z ústavů sociální péče.

Nejčastěji děti do ústavů sociální péče přišly z biologických rodin - 34 %, dále pak z dětského domova (29 %) a kojeneckého ústavu (15 %). Výrazně se lišily v tomto aspektu zařízení ve sledovaných krajích: v Karlovarském kraji převládala biologická rodina a domovy pro osoby se zdravotním postižením, v Olomouckém kraji to byl krom rodiny také kojenecký ústav a psychiatrická léčebna, ve Zlínském kraji přišla více než polovina dětí z dětských domovů. Rozdíl mezi podílem romských dětí a dětí většinového etnika, které přišly z biologické rodiny, nebyl zaznamenán.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

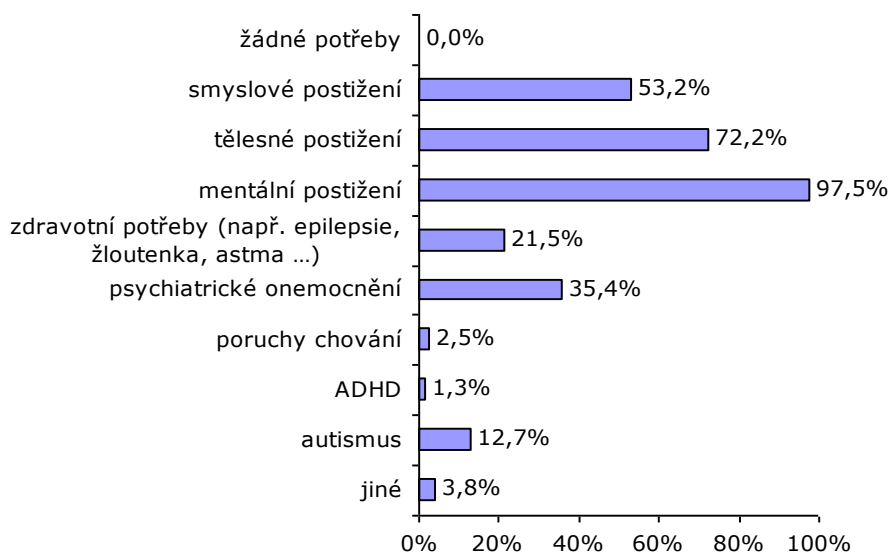
Tabulka č. 6 **Odkud dítě do instituce přišlo dle kraje**

	celkem		kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
biologická rodina	34,2	27	63,6	7	41,4	12	20,5	8
dětský domov	29,1	23	9,1	1	3,4	1	53,8	21
kojenecký ústav	15,2	12	0,0	0	24,1	7	12,8	5
domov pro osoby se zdravotním postižením (dříve ÚSP)	8,9	7	18,2	2	3,4	1	10,3	4
psychiatrická léčebna	7,6	6	0,0	0	17,2	5	2,6	1
jiné	5,1	4	9,1	1	10,3	3	0,0	0
celkem	100,0	79	100,0	11	100,0	29	100,0	39

Zdravotní stav

Všechny děti umístěné do ústavů sociální péče mají zdravotní postižení, ze kterého vyplývají jejich speciální potřeby (graf č. 7). Ve většině případů jde o postižení kombinovaná. 98 % dětí má mentální postižení, tazatelé nejčastěji uváděli mentální retardaci. 72 % trpí nějakým tělesným handicapem, zmiňována byla nejčastěji dětská mozková obrna. U 53 % se přidává i smyslové postižení, v 35 % pak psychiatrické postižení a v 22 % trpí dítě dalším onemocněním, které vyžaduje léčbu (např. epilepsie, perkutánní endoskopická gastrostomie či srdeční vada).

Graf č. 7 **Speciální potřeby vyplývající ze zdravotního stavu (v %)**



Rozdíly nalezené mezi kraji odráží rozdíly v charakteru sledovaných zařízení a taky zřejmě do jisté míry náhodu, jaký typ postižení mají děti, které jsou v nich momentálně umístěné (tabulka č. 7).

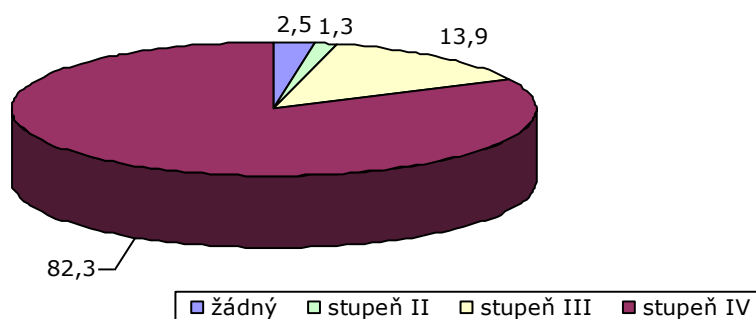
Tabulka č. 7 **Speciální potřeby vyplývající ze zdravotního stavu dle kraje**

	celkem		kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
žádné potřeby	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
smyslové postižení	53,2	42	63,6	7	41,4	12	59,0	23
tělesné postižení	72,2	57	54,5	6	62,1	18	84,6	33
mentální postižení	97,5	77	100,0	11	100,0	29	94,9	37
zdravotní potřeby (např. epilepsie, žloutenka, astma)	21,5	17	9,1	1	27,6	8	20,5	8
psychiatrické onemocnění	35,4	28	18,2	2	22,8	18	20,5	8
poruchy chování	2,5	2	0,0	0	0,0	0	5,1	2
ADHD	1,3	1	0,0	0	0,0	0	2,6	1
autismus	12,7	10	36,4	4	0,0	0	15,4	6
jiné	3,8	3	9,1	1	6,9	2	0,0	0

Pouze čtvrtina dětí (27 %) nedostává v instituci žádnou medikaci, polovina dětí (51 %) dostává pravidelnou medikaci a 42 % dětí pak pravidelnou psychiatrickou medikaci. Tazatelé zaznamenali celou řadu zdravotních problémů, respektive medikamentů, které děti užívají. Jde např. o přípravky užívané v případech epilepsie, srdečních vad, astmatu, artrózy, autoagrese nebo neklidu.

Psychiatrická medikace je podávána u většiny dětí trpících psychiatrickým onemocněním a autismem. Pravidelnou medikaci zase dostávají všechny děti, které mají speciální zdravotní potřeby plynoucí z onemocnění jako epilepsie nebo astma. Pravidelnou medikaci dostávají častěji děti, jejichž míra soběstačnosti je nízká. Naopak, ty děti, které dostávají pravidelnou psychiatrickou medikaci, patří k těm v institucích, jejichž míra soběstačnosti je vyšší.

82 % dětí z ústavů sociální péče má 4. stupeň postižení dle příspěvku na péči podle zákona č. 108/2009 Sb., 14 % má pak 3. stupeň. Naprostá většina dětí v ústavech sociální péče tak jsou jedinci s těžkým zdravotním handicapem. Rozdíly mezi sledovanými kraji nebyly významné.

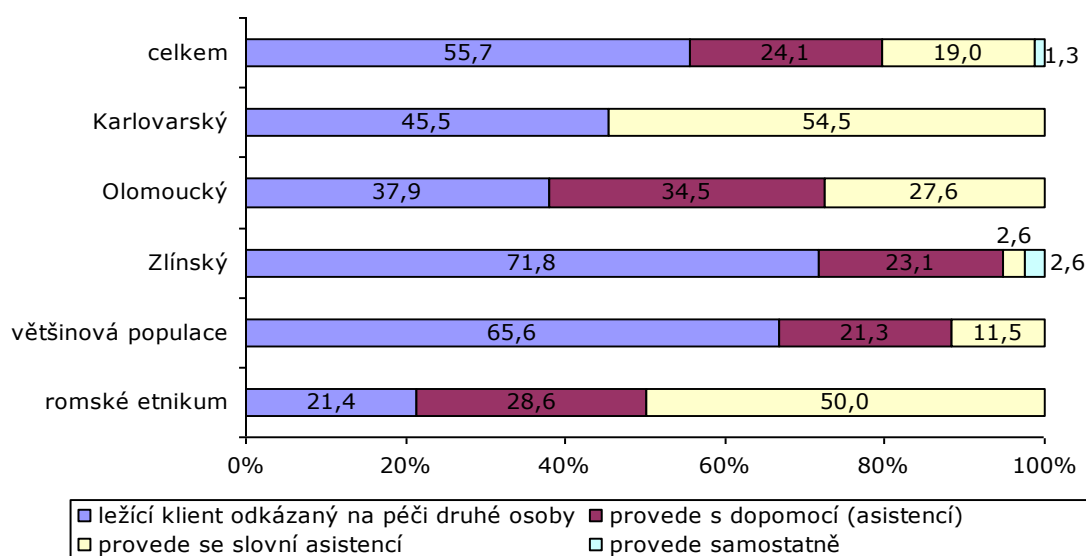
Graf č. 8 **Stupeň postižení (dle příspěvku na péči - zák. 108/2006 Sb.)** (v %)

I míra soběstačnosti dětí umístěných v ústavech sociální péče poukazuje na jejich špatný zdravotní stav. 56 % dětí je ležících, odkázaných na péči druhé osoby, 24 % provede (základní úkony) s dopomocí a 19,0 % se slovní asistencí. Nalezeny byly významné rozdíly mezi kraji - ve sledovaných zařízeních Zlínského kraje byl podíl

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

nesoběstačných dětí nejvyšší, v Karlovarském naopak tvořily děti, které provedou úkony se slovní asistencí, většinu. Výrazný byl také rozdíl v soběstačnosti dle etnika, který ukazuje, že soběstačnost romských dětí umístěných v tomto typu institucí je mnohem větší v porovnání s většinovou populací.

Graf č. 9 **Soběstačnost dle kraje a etnika** (v %)



Současný pobyt, kontakt s rodinou a sociálními pracovníky

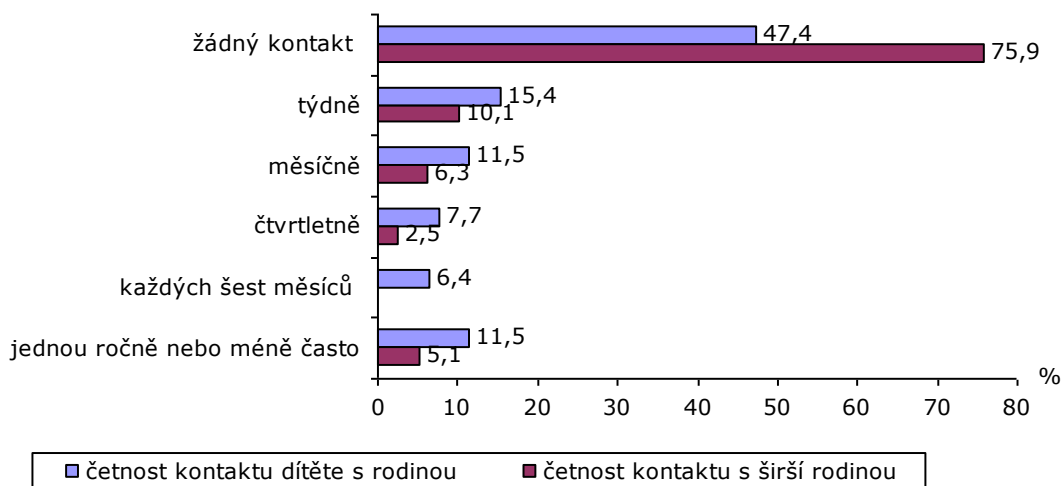
V současné chvíli 49 % dětí pobývá ve sledovaných zařízeních na základě dobrovolného pobytu na žádost rodiny a 48 % na základě nařízené ústavní výchovy.

Případy, kdy měly děti pobývající v ústavech sociální péče sourozence ve stejné instituci, stejně jako v pěstounské rodině, jsou naprosto ojedinělé. Jen 6 dětí ze sledovaného souboru (8 %) mělo sourozence umístěné(ho) v nějaké jiné instituci.

47 % dětí nemá žádný kontakt s rodinou. V případě nejbližší rodiny se nejčastěji s dětmi stýká matka (25 %) nebo celá rodina (20 %), otec pak ve 14 % případů. Kontakty s širší rodinou jsou ještě méně časté. 76 % dětí nemá kontakt žádný, 24 % dětí se stýká s prarodiči. Chybějící kontakt s rodinou má 36 % dětí v Karlovarském kraji, 48 % v Olomouckém kraji a 50 % ve Zlínském kraji. Rozdíly mezi kraji, co se kontaktu s širší rodinou týče, jsou nepatrné. Významné jsou naopak rozdíly mezi romskými dětmi, u nichž chybí kontakt s rodinou v 79 % případů (u většinového etnika 42 %), žádné romské dítě pak nemá kontakt s širší rodinou v porovnání s 69 % u většinové populace.

Míra soběstačnosti nebo stupeň postižení nemají na četnost kontaktu s rodinou vliv. Statistická významnost nebyla prokázána ani u vlivů, jako je délka pobytu v zařízení či věk, kdy dítě do zařízení přišlo. Zásadní se naopak jeví vzdálenost rodiny od instituce - u rodin, které žijí do 50 km od zařízení, je menší pravděpodobnost, že s dítětem nebudou mít žádný kontakt, u rodin žijících dále než 100 km, je tato pravděpodobnost vyšší. Jak již bylo analyzováno výše, četnost kontaktu je dále ovlivněna důvody umístění dítěte do zařízení, sociálně-právní situací rodiny a předchozími umístěními mimo biologickou rodinu.

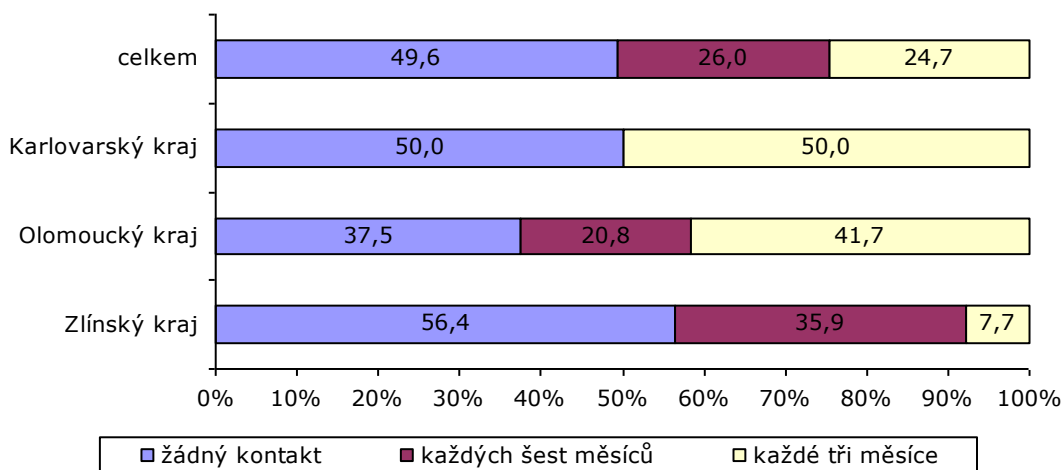
Graf č. 10 **Četnost kontaktu s rodinou a širší rodinou (v %)**



49 % dětí nemá žádný kontakt se sociálním pracovníkem, 26 % se s ním setkává každých 6 měsíců a 25 % pak každé 3 měsíce. U naprosté většiny dětí převažuje osobní kontakt mezi pracovníkem a dítětem, jen výjimečně se objevil telefonický kontakt. Nejméně se sociální pracovníci setkávají s dětmi, jejichž míra soběstačnosti je nejnižší. Naopak, kontakt je častější v případech, kdy je dítě soběstačnejší a jeho zdravotní postižení není tak vážné. Více se sociální pracovníci také setkávají s romskými dětmi, což může souviset jednak s tím, že jich více přišlo ze sociálně slabých rodin a kontakt s rodinou je méně častý, ale i s faktem, že úroveň soběstačnosti Romů umístěných ve sledovaných zařízeních je vyšší v porovnání s většinovým etnikem.

Nalezeny byly i rozdíly mezi sledovanými institucemi v krajích. Intenzita kontaktu sociálního pracovníka s dětmi je ve Zlínském kraji významně nižší v porovnání s ostatními kraji.

Graf č. 11 **Četnost kontaktu se sociálním pracovníkem dle kraje (v %)**



Psaný plán péče existuje u 99 % dětí ve sledovaných zařízeních. Revize případu byla během posledních 3 měsíců provedena u 49 % dětí, u 42 % pak během posledních 6 měsíců.

Vzdělávání

Při vyhodnocování školní docházky a prospěchu dětí je potřeba vzít na vědomí jejich zdravotní stav, který v mnohých případech vůbec neumožňuje, aby děti do školy chodily, popř. děti chodí do speciálních škol nebo škol v institucích přizpůsobených jejich zdravotním a intelektovým možnostem. Statisticky častěji navštěvují školu ty děti, jejichž míra soběstačnosti je vyšší.

V době přijetí do instituce 69 % dětí umístěných ve sledovaných ústavech sociální péče do školy vůbec nechodilo, 20 % navštěvovalo místní školu a 6 % pak školu v instituci. 96 % z dětí, které do školy chodily, navštěvovalo speciální školu.

V současnosti 67 % dětí navštěvuje školu v zařízení, 22 % místní školu a jen 10 % do školy nechodí. Většina dětí nyní chodí do speciální školy nebo navštěvuje vzdělávací instituci takovou, kterou tazatelé označili jako školu jiného typu. Po umístění dětí do zařízení jich více začalo chodit do školy.

Vyhodnocování prospěchu se zdá být v případě této skupiny irelevantní - tazatelé v mnoha případech vůbec nebyli schopni otázky na prospěch vyplnit, často také uváděli, že děti hodnocené vůbec nejsou.

Chování

Výchovné problémy typu útěky, zneužívání drog nebo alkoholu se u dětí v ústavech sociální péče nevyskytují. Omezující restriktivní prostředky jsou používány naprosto výjimečně.

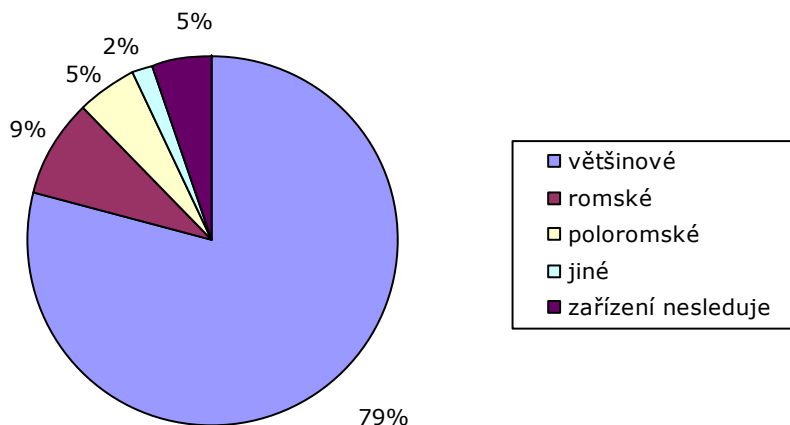
2.6.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

Základní charakteristiky souboru

Dotazníkové šetření bylo realizováno v osmi ústavech sociální péče. Celkem bylo zaznamenáno 59 případů dětí, které již zařízení opustily, z toho 18 chlapců a 41 děvčat. Nejvíce dětí, které soubor zahrnuje, bylo umístěno v zařízeních v Olomouckém kraji (29), o deset méně ve Zlínském kraji (19), v Karlovarském kraji pak bylo jen 11 případů. Celkově malý počet jednotek v souboru (ještě menší než v případě první části) nedává prostor pro spolehlivou hlubší statistickou analýzu.

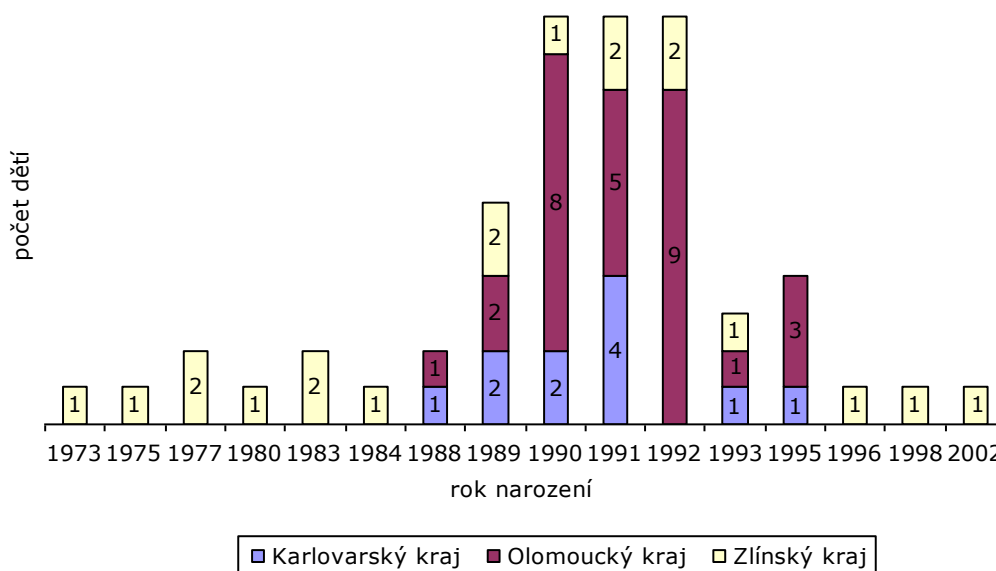
V 79 % případů (47) byly děti většinového etnika, 9 % (5) tvořily romské děti a 5 % (3) poloromské (vzhledem k malému zastoupení v souboru budou tyto dvě skupiny pro další analýzu sloučeny). Všechny romské děti byly přítomny v Karlovarském kraji, poloromské děti zase v kraji Olomouckém.

Graf č. 12 **Etnické složení** (v %)



Datum narození dětí, které již ze zařízení odešly, se pohybuje od roku 1973 do roku 2002. Nejvíce dětí pocházelo z ročníků 1990-1992, tedy těch, které v době realizace šetření přibližně dosáhly plnoletosti. Jen málo dětí odešlo ze zařízení před dosažením plnoletosti (tedy narozených v roce 1993 a později).

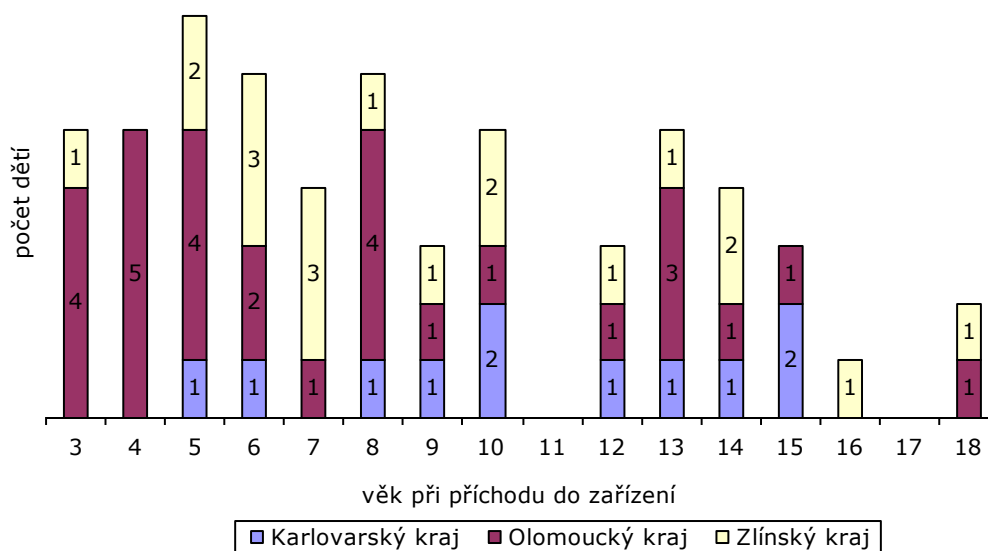
Graf č. 13 **Věkové složení dle krajů**



II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

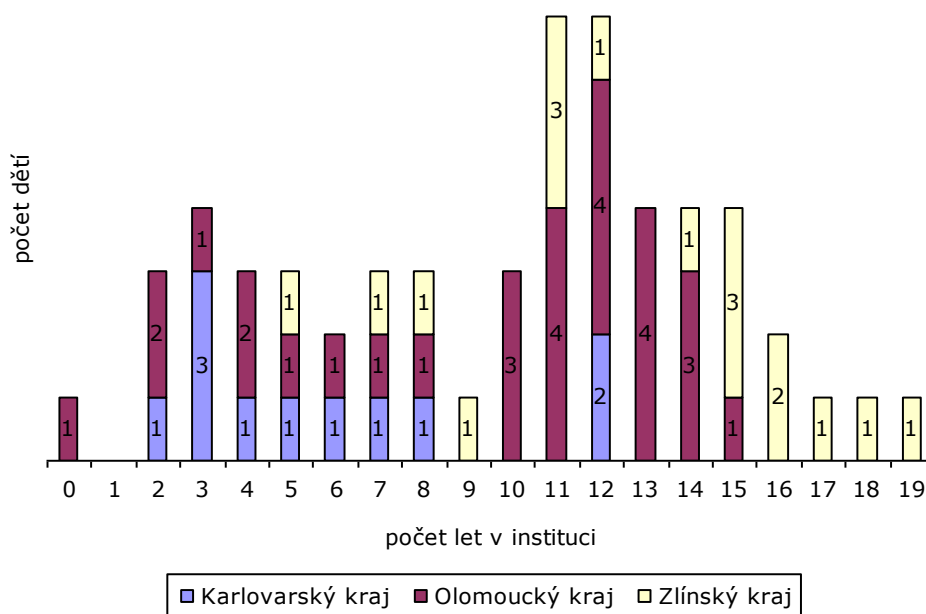
Graf č. 14 - věk při příchodu do zařízení - ukazuje shodně jako v kapitole „příchody“, že většina dětí přišla do zařízení před dosažením 10 roku věku.

Graf č. 14 **Věk při příchodu do zařízení dle krajů**



24 % dětí odešlo ze zařízení před dosažením plnoletosti, s výjimkou jednoho případu byly všechny tyto děti starší 12 let. 59 % dětí opustilo instituci přesně v 18 letech a 17 % v dospělém věku. Nejstarší „dítě“ v souboru mělo 35 let. To poukazuje na skutečnosti, že v ústavech sociální péče zůstávají děti nezřídka i v dospělém věku, což úzce souvisí se skutečností popsanou již v úvodu, že ústavy sociální péče nejsou primárně výhradně dětská zařízení.

V průměru tvořila délka pobytu dětí v zařízeních 120 měsíců, tzn. přesně 10 let. Délka pobytu byla kratší v případě Karlovarského kraje, naopak u kraje Zlínského byla delší. Etnikum, míra soběstačnosti nebo stupeň postižení dle příspěvku na péči se nezdají být pro délku pobytu určující. Stejně jako v případě analýzy příchodů se potvrzuje, že ústavy sociální péče jsou institucemi, kde děti stráví mnoho let svého života, pokud jsou sem již umístěny.

Graf č. 15 **Délka pobytu v zařízeních dle krajů**

Přijetí do ústavu

Nejčastějším důvodem, proč byly děti přijaty do zařízení, je, že rodiče nezvládali péči o dítě z důvodu jeho postižení. Tento důvod byl příčinou přijetí u 90 % dětí. Ve 12 % případů bylo dítě opuštěno rodiči. Třetím nejčastějším důvodem jmenovaným u 9 % dětí pak byla nepříznivá sociální situace rodiny. Poslední dva důvody byly častější v případě romských a poloromských dětí. Špatná sociální situace rodiny se jako důvod objevovala u dětí, které již ze zařízení odešly, podstatně méně často než u dětí, které jsou v současné době v ústavech sociální péče (viz „příchody“).

Tabulka č. 8 **Důvody přijetí do ústavu sociální péče dle etnika**

	celkem		etnikum			
	rel.	abs.	většinové		romské	
			rel.	abs.	rel.	abs.
rodiče nezvládají péči z důvodu postižení dítěte	89,8	53	93,6	44	62,5	5
nepříznivá sociální situace	8,5	5	0,0	0	62,2	5
dítě opuštěno rodiči	11,9	7	6,4	3	50,0	4

Pozn.: romské etnikum zahrnuje i poloromské děti

Důvody přijetí do ústavů se také lišily ve sledovaných zařízeních v krajích. Významné rozdíly nejsou v případě důvodu rodičů nezvládajících péči z důvodu postižení dítěte. Nepříznivá sociální situace ale byla výrazně častěji důvodem přijetí

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

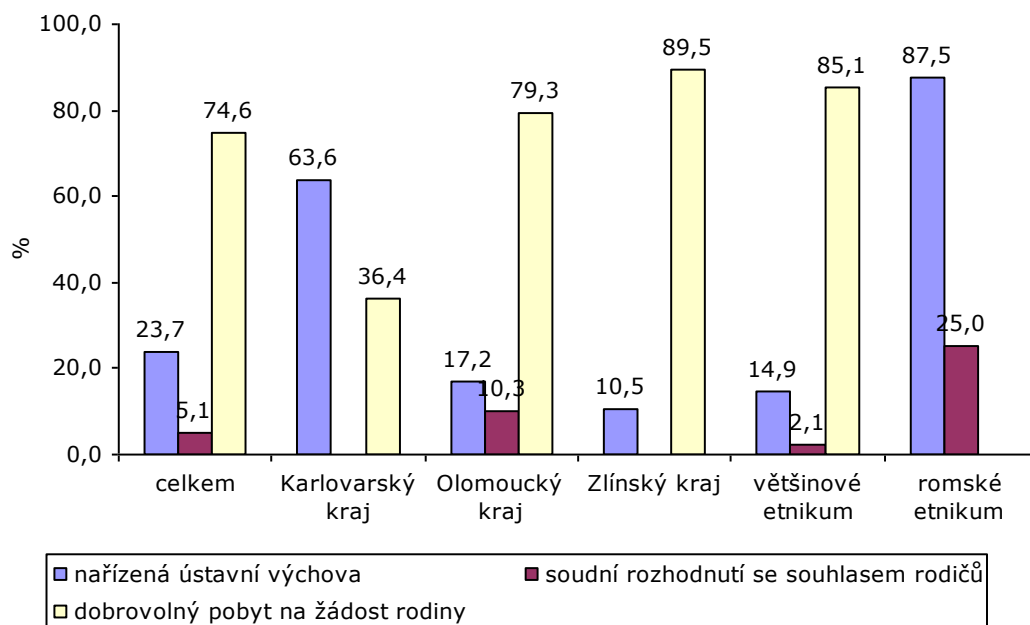
v Karlovarském kraji, zatímco se tento důvod vůbec neobjevil ve Zlínském kraji. V Olomouckém kraji zase bylo nejvíce dětí, které byly přijaty z důvodu opuštění rodiči.

Tabulka č. 9 **Důvody přijetí do ústavu sociální péče dle kraje**

	kraj					
	Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
rodiče nezvládají péči z důvodu postižení dítěte	90,9	10	86,2	25	94,7	18
nepříznivá sociální situace	27,3	3	6,9	2	0,0	0
dítě opuštěno rodiči	9,1	1	20,7	6	0,0	0

Nejčastější způsob přijetí bylo přijetí na základě žádosti rodiny (75 %). Ústavní výchova byla nařízena v 24 %, v 5 % pak šlo o soudní rozhodnutí se souhlasem rodičů. V porovnání s příchody byl první způsob přijetí jmenován výrazně častěji, zatímco druhé dva se objevovaly méně. Soudní rozhodnutí se souhlasem rodičů se jako důvod přijetí objevil jen v Olomouckém kraji. Dobrovolný pobyt na žádost rodiče dominoval ve Zlínském kraji (90 %). V Karlovarském kraji zase převážila nařízená ústavní výchova (64 %). Ani jedno romské či poloromské dítě ze sledovaného souboru nebylo do zařízení umístěno na základě žádosti rodiny. Většina těchto dětí (88 %) byla do zařízení umístěna na základě nařízené ústavní výchovy, v případě většinové populace se statisticky častěji objevoval dobrovolný pobyt na základě žádosti rodiny (85 %).

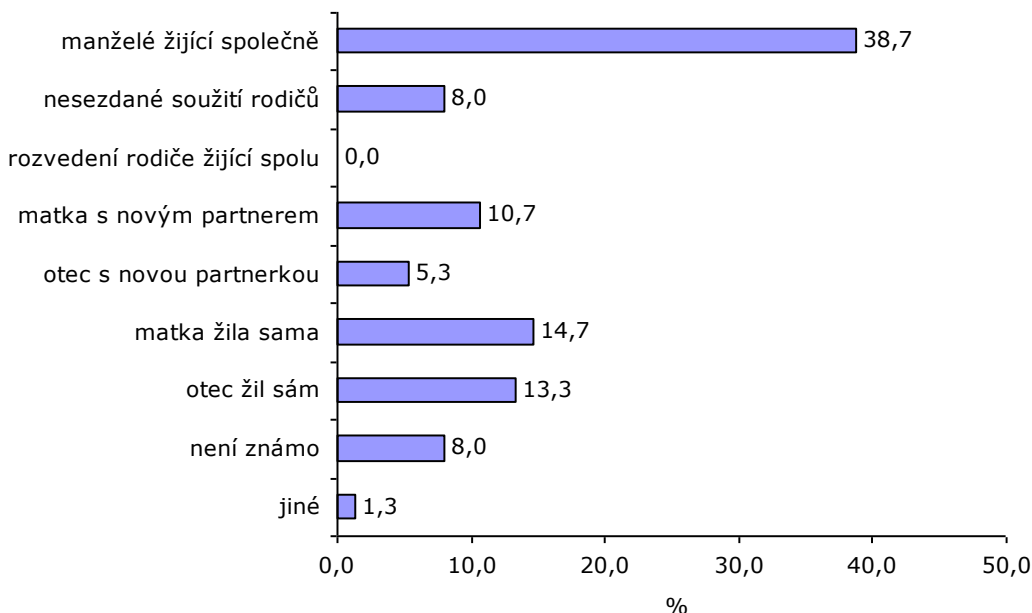
Graf č. 16 **Způsob přijetí dle kraje a etnika (v %)**



Pozn.: romské etnikum zahrnuje i poloromské děti

Biologická rodina a předchozí umístění

U 92 % dětí matka žije, otec pak v 88 % případech. Dítě pocházelo z úplné rodiny - manželé žili společně nebo šlo o nesezdané soužití rodičů - v téměř polovině případů.

Graf č. 17 **Typ soužití rodičů** (v %)

Pokud jde o sociálně-právní situaci rodiny, v 64 % šlo o normálně fungující rodinu, 20 % rodin dětí bylo sociálně slabých a třetím nejčastějším stavem popisujícím rodinné zázemí bylo, že dítě bylo opuštěno matkou (9 %) nebo otcem (7 %). Patologické situace rodiny, kdy byl jeden z rodičů zbaven rodičovských práv, byl ve vězení nebo závislý na alkoholu, se objevovaly naprosto výjimečně. Situace, že by dítě pocházelo z příbuzenské, pěstounské či adoptivní rodiny, se objevily také jen výjimečně.

V případě dětí ze zařízení v Karlovarském kraji byla častěji rodina sociálně slabá (55 %), děti opuštěné matkou či otcem pocházely ve vzorku jen z Olomouckého kraje. 75 % dětí z většinové populace pocházelo z normálně fungující rodiny, v případě romských a poloromských dětí to bylo jen 13 % dětí (resp. jen jedno dítě ze souboru).

Tabulka č. 10 **Sociálně-právní situace rodiny dle kraje a etnika**

	celkem		kraj						etnikum			
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský		většinové		romské	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
normálně fungující rodina	64,4	38	36,4	4	72,4	21	68,4	13	74,5	35	12,5	1
sociálně slabá rodina	20,3	12	54,5	6	13,8	4	10,5	2	14,9	7	62,5	5
dítě odmítnuto/ opuštěno matkou	8,5	5	0,0	0	17,2	5	0,0	0	4,3	2	37,5	3
dítě odmítnuto/ opuštěno otcem	6,8	4	0,0	0	13,8	4	0,0	0	4,3	2	25,0	2

Pozn.: romské etnikum zahrnuje i poloromské děti

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

34 % dětí nebylo v minulosti umístěno mimo biologickou rodinu, 51 % bylo v minulosti umístěno mimo rodinu jednou a 14 % pak dvakrát. V případě romských a poloromských dětí bylo v minulosti umístěno mimo biologickou rodinu 88 % dětí, v případě většinového etnika tomu bylo u 62 % dětí.

Nejméně byly děti umístěny v minulosti mimo biologickou rodinu v Olomouckém kraji (48 %), naopak dvě pětiny dětí ze zařízení v Karlovarském a Olomouckém kraji pak mělo zkušenost s umístěním mimo rodinu.

Tabulka č. 11 **Počet předchozích umístění mimo biologickou rodinu dle kraje**

	celkem		kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
0	33,9	20	18,2	2	48,3	14	21,1	4
1	50,8	30	72,7	8	44,8	13	47,4	9
2	13,6	8	9,1	1	3,4	1	31,6	6

Pozn.: dopočet do 100 % tvoří odpověď nezjištěno

Pobyt na psychiatrii absolvovalo v minulosti 10 % dětí z ústavů sociální péče. Nicméně u relativně vysokého počtu dětí (29 %) nebyly tazatelé schopni otázku zpětně zodpovědět.

Nejčastěji přišly děti do ústavů sociální péče z biologických rodin - 25 % (zde nutno poukázat na chybu v datech, protože dle předchozí analyzované otázky 34 % dětí nebylo nikdy umístěno jinde než v biologické rodině), dále pak z dětského domova (24 %) a kojeneckého ústavu (24 %).

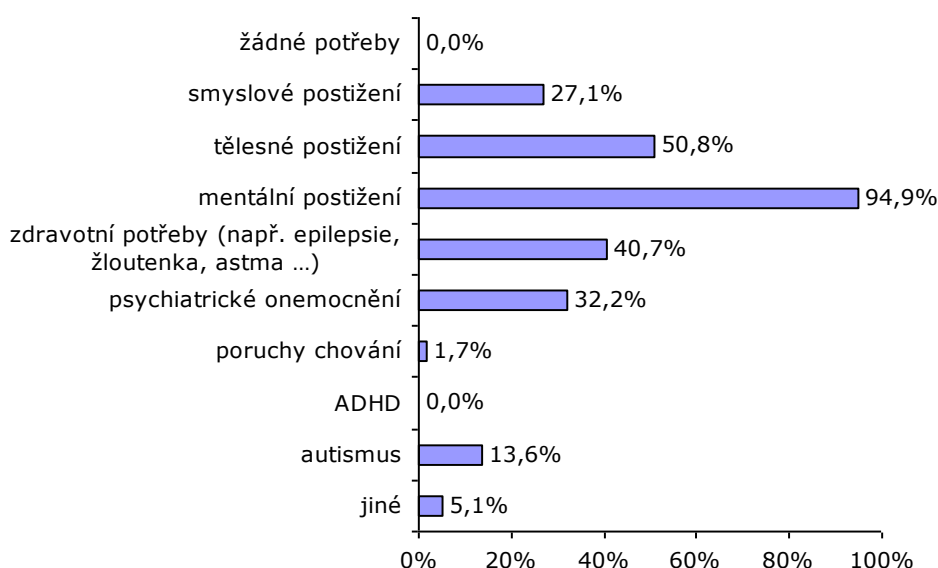
Výrazně se lišily v tomto aspektu zařízení ve sledovaných krajích: ve Zlínském kraji přišla do ústavů sociální péče téměř polovina dětí z dětských domovů, v Olomouckém zase oproti průměru převažoval kojenecký ústav a psychiatrická léčebna. Z biologické rodiny nepřišlo do zařízení ani jedno romské či poloromské dítě.

Tabulka č. 12 **Odkud dítě do instituce přišlo dle kraje**

	celkem		kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
biologická rodina	25,4	15	27,3	3	27,6	8	21,1	4
dětský domov	23,7	14	27,3	3	6,9	2	47,4	9
kojenecký ústav	23,7	14	27,3	3	37,9	11	0,0	0
domov pro osoby se zdravotním postižením (dříve ÚSP)	11,9	7	0,0	2	3,4	1	31,6	6
psychiatrická léčebna	8,5	5	0,0	0	17,2	5	0,0	0
jiné	6,8	4	18,2	2	7,0	2	0,0	0
celkem	100,0	59	100,0	11	100,0	29	100,0	19

Zdravotní stav

Všechny děti umístěné do ústavů sociální péče měly zdravotní postižení, ze kterého vyplývaly jejich speciální potřeby (graf č. 18). Ve většině případů šlo o postižení kombinovaná. 95 % dětí mělo mentální postižení, tazatelé nejčastěji uváděli mentální retardaci. 51 % trpělo nějakým tělesným handicapem, zmiňována byla nejčastěji dětská mozková obrna. U 27,1% se přidávalo i smyslové postižení, v 32 % pak psychiatrické postižení a v 41 % trpělo dítě dalším onemocněním, které vyžadovalo léčbu (např. epilepsie, astma či srdeční vada).

Graf č. 18 **Speciální potřeby vyplývající ze zdravotního stavu (v %)**

Rozdíly nalezené mezi kraji jsou pro přehled uvedeny v tabulce č. 13.

Tabulka č. 13 **Speciální potřeby vyplývající ze zdravotního stavu dle kraje**

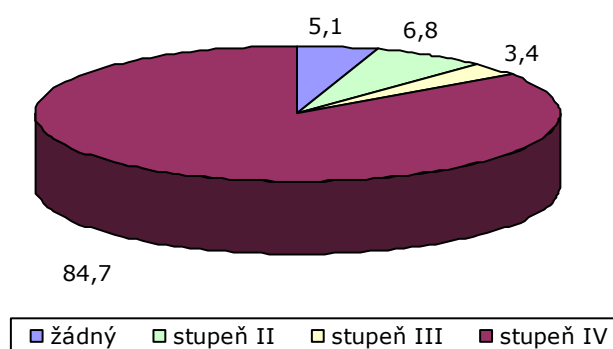
	celkem		Kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
žádné potřeby	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
smyslové postižení	27,1	16	27,3	3	20,7	6	36,8	7
tělesné postižení	50,8	30	36,4	4	62,1	18	42,1	8
mentální postižení	94,9	56	81,8	9	100,0	29	94,7	18
zdravotní potřeby (např. epilepsie, žloutenka, astma)	40,7	24	63,3	7	44,8	13	21,1	4
psychiatrické onemocnění	32,2	19	18,2	2	44,8	13	21,1	4
poruchy chování	1,7	1	0,0	0	3,4	1	0,0	0
ADHD	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
autismus	13,6	8	27,3	3	17,2	5	0,0	0
jiné	5,1	3	0,0	0	10,3	3	0,0	0

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Pouze 17 % nedostávalo v instituci žádnou medikaci, více než polovina dětí (56 %) dostávala pravidelnou medikaci a 46 % dětí pak pravidelnou psychiatrickou medikaci. Tazatelé zaznamenali celou řadu zdravotních problémů, respektive medikamentů, které děti užívaly. Šlo např. o přípravky užívané v případě epilepsie, srdečních vad, astmatu, autoagrese nebo neklidu.

85 % dětí z ústavů sociální péče mělo 4. stupeň postižení dle příspěvku na péči podle zákona č. 108/2009 Sb. Naprostá většina dětí v ústavech sociální péče tak jsou jedinci s těžkým zdravotním handicapem. V případě institucí v Olomouckém kraji měly všechny děti nejvyšší, tzn. IV. stupeň postižení.

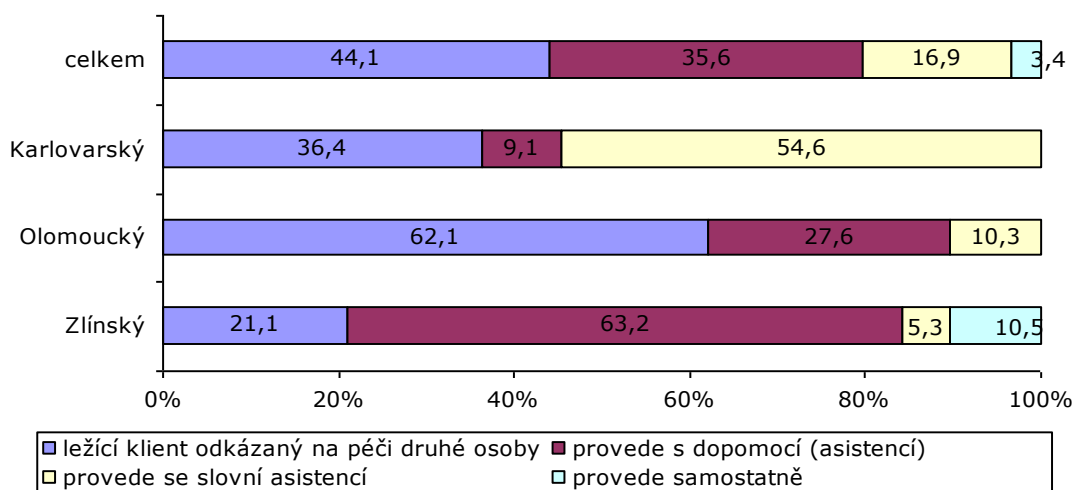
Graf č. 19 **Stupeň postižení (dle příspěvku na péči - zák. 108/2006 Sb.)** (v %)



I míra soběstačnosti dětí umístěných v ústavech sociální péče poukazuje na jejich špatný zdravotní stav. 44 % dětí bylo ležících, odkázaných na péči druhé osoby, 36 % provedlo (základní úkony) s dopomocí a 17 % se slovní asistencí.

Nalezeny byly významné rozdíly mezi kraji - ve sledovaných zařízeních Olomouckého kraje byl podíl nesoběstačných dětí nejvyšší, v Karlovarském naopak tvořily děti, které provedou úkony se slovní asistencí, více než polovinu. Rozdíly se naopak (na rozdíl od příchoďů) nenašly mezi dětmi různých etnik.

Graf č. 20 **Soběstačnost dle kraje a etnika** (v %)

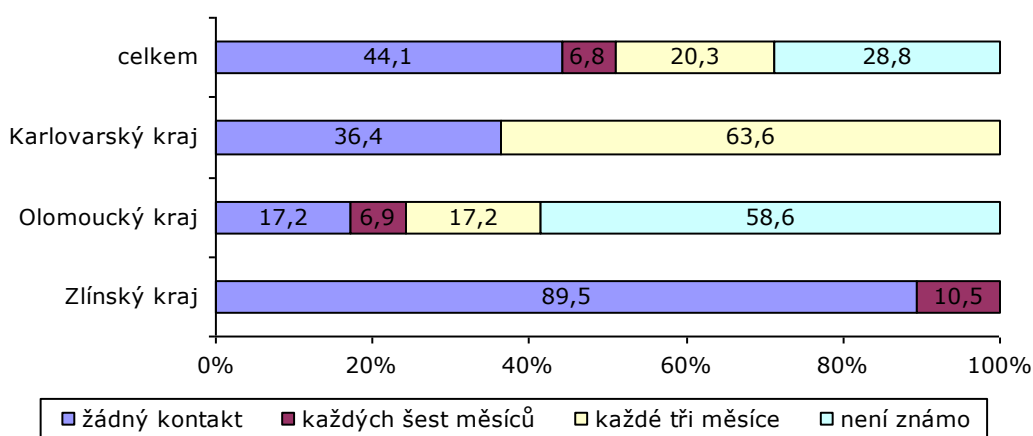


Pozn.: romské etnikum zahrnuje i poloromské děti

Kontakt se sociálními pracovníky

44 % dětí nemělo žádný kontakt se sociálním pracovníkem, 7 % každých 6 měsíců a 20 % každé 3 měsíce. U více jak čtvrtiny dětí však tazatelé nebyli schopni informaci zpětně zjistit. U naprosté většiny dětí převažoval osobní kontakt mezi pracovníkem a dítětem. Nejméně se sociální pracovníci setkávali s dětmi, jejichž míra soběstačnosti byla nejnižší. Naopak, kontakt byl častější v případech, kdy bylo dítě soběstačnější a jeho zdravotní postižení nebylo tak vážné. Sociální pracovníci se setkávali jednou za 3 měsíce se všemi romskými či poloromskými dětmi ze sledovaného souboru. U většinové populace byl podíl dětí, které žádný kontakt neměly, větší (47 %).

Graf č. 21 Četnost kontaktu se sociálním pracovníkem dle kraje (v %)



Vzdělávání

Při vyhodnocování školní docházky a prospěchu dětí je potřeba vzít na vědomí jejich zdravotní stav, který v mnohých případech vůbec neumožňuje, aby dítě do školy chodilo, popř. děti chodí do speciálních škol nebo škol v institucích přizpůsobených jejich zdravotním a intelektovým možnostem.

V době přijetí do instituce do školy vůbec nechodilo 80 % dětí umístěných ve sledovaných ústavech sociální péče, 7 % navštěvovalo místní školu, 5 % pak školu v instituci a stejné procento dětí pak internátní školu mimo instituci. Většina z dětí, které do školy chodily, navštěvovalo speciální školu.

Během pobytu v instituci 36 % dětí navštěvovalo školu v zařízení, 29 % do školy nechodilo, 14 % navštěvovalo místní školu a 7 % jiný typ školy. Většina dětí chodila do speciální školy, základní školy nebo navštěvovalo vzdělávací instituci takovou, kterou tazatelé označili jako školu jiného typu. Stejně jako v případě kapitoly „příchody“ platí, že po umístění dětí do zařízení jich více začalo chodit do školy.

Vyhodnocování prospěchu se zdá být v případě této skupiny irelevantní - tazatelé v mnoha případech vůbec nebyli schopni otázky na prospěch vyplnit, často také uváděli, že děti hodnocené vůbec nebyly.

Chování

Výchovné problémy typu útěky, zneužívání drog nebo alkoholu se u dětí v ústavech sociální péče nevyskytovaly. Omezující restriktivní prostředky byly používány naprosto výjimečně.

Propuštění

49 % dětí nebylo propuštěno nikam - po dovršení plnoletosti zůstalo v ústavě sociální péče. 22 % odešlo do jiného domova pro osoby se zdravotním postižením. V 19 % případech dítě zemřelo. Jen 10 % dětí odešlo z ústavu do biologické rodiny.

Nalezené rozdíly mezi kraji reflektují zřejmě zejména charakter zařízení - pokud jsou navržena pro dospělé osoby a pro děti, setrvání v ústavu i po dosažení plnoletosti není problém, pokud se více specializují na skupinu dětí, pak po dosažení plnoletosti dítěte pro něj hledají místo v jiném vhodnějším ústavu sociální péče. Zatímco v Karlovarském kraji téměř tři čtvrtiny dětí zůstaly v zařízení i po dosažení plnoletosti a žádné z dětí neodešlo do jiného ústavu sociální péče, ve Zlínském kraji jich zůstalo ve stejném zařízení jen 16 % a naopak 53 % dětí odešlo do jiného zařízení.

Tabulka č. 14 **Kam bylo dítě propuštěno dle kraje**

	celkem		kraj					
			Karlovarský		Olomoucký		Zlínský	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
do biologické rodiny	10,2	6	9,1	1	6,9	2	15,8	3
jiný domov pro osoby se zdravot. postižením (dříve ÚSP)	22,0	13	0,0	0	10,3	3	52,6	10
dítě zemřelo	18,6	11	18,2	2	20,7	6	15,8	3
nikam, po dovršení zletilosti zůstalo ve stejném ÚSP	49,2	29	72,7	8	62,1	18	15,8	3
celkem	100,0	59	100,0	11	100,0	29	100,0	19

V 54 % případech byl důvodem odchodu dítěte z ústavu sociální péče věk (tento důvod se objevuje zejména v Karlovarském a Olomouckém kraji), v 15 % pak byla nalezena vhodnější péče (zejména v kraji Zlínském). Ve zbylých případech odešly děti z jiného důvodu nebo tazatelé důvod nezjistili.

2.7 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let

2.7.1 Děti pobývající v zařízeních

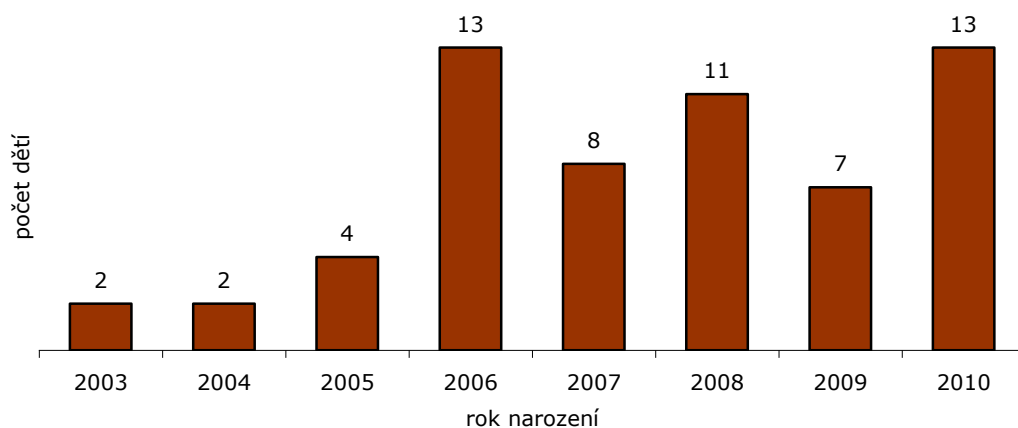
Předmětem analýzy jsou údaje získané na základě dotazníkových šetření zaměřených na zjištění základních charakteristik o dětech, které byly v době šetření umístěny v příslušném zařízení.

Základní charakteristika souboru

Dotazníková šetření byla realizována celkem ve třech kojeneckých ústavech v Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji.

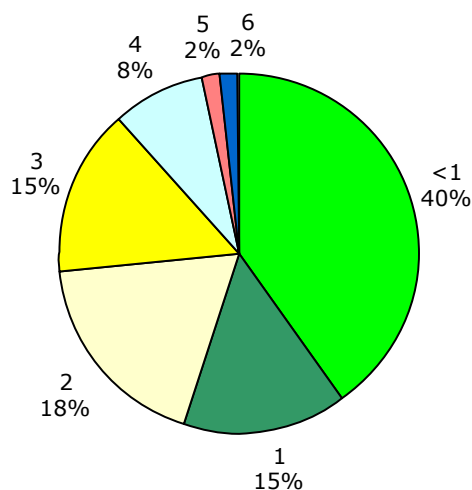
Celkově zahrnoval soubor údaje za 60 dětí, které byly v období šetření umístěny v jednotlivých zařízeních. Nejvíce dětí (32) bylo z Karlovarského kraje, 17 dětí pocházelo ze Zlínského kraje, 11 pak z Olomouckého kraje.

Graf č. 1 **Věkové složení**



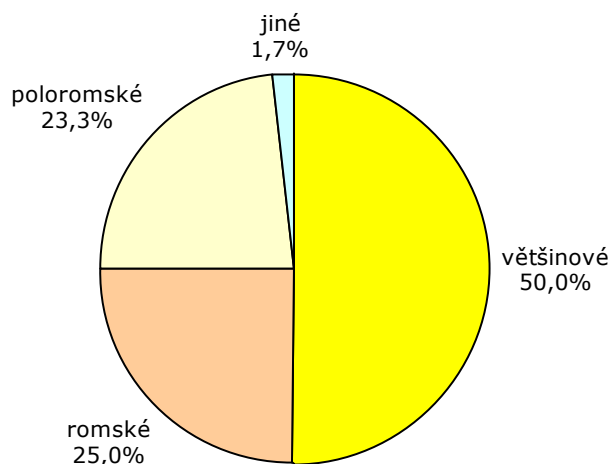
Jednalo se především o děti velmi nízkého věku. Nadpoloviční většina dětí nebyla v době přijetí do zařízení starší než jeden rok, u 88 % nepřesáhl věk v době přijetí tři roky.

Graf č. 2 **Zastoupení věkových skupin v době příchodu do zařízení (v %)**



Chlapci tvořili 2/3 dětí v souboru. Naprostá většina dětí byla české národnosti (pouze v jednom případě se jednalo o národnost slovenskou) a polovina byla většinového etnika. Ostatní děti se řadily především k romskému či poloromskému etniku.

Graf č. 3 **Etnické složení (v %)**



Nadpoloviční zastoupení většinového etnika měly děti v Karlovarském kraji, kde současně mezi dětmi ostatních etnických skupin byl vyšší podíl dětí zařazených k romskému etniku. V dalších dvou krajích naopak byly mezi dětmi odlišného etnika realitně více zastoupeny děti poloromského etnika.

Tabulka č. 1 **Etnické složení v krajském členění**

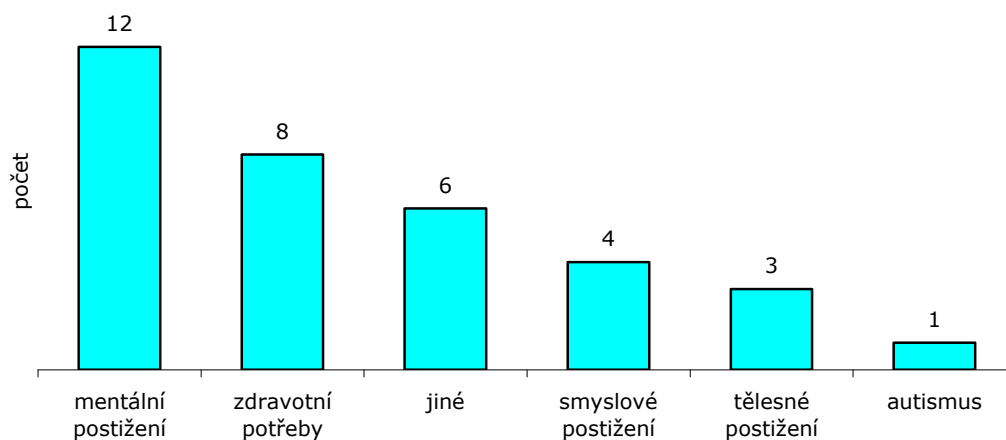
		etnikum				celkem
		většinové	romské	poloromské	jiné	
Karlovarský kraj	abs.	17	11	3	1	32
	rel.	53,1	34,4	9,4	3,1	100,0
Olomoucký kraj	abs.	5	2	4	0	11
	rel.	45,5	18,2	36,4	0,0	100,0
Zlínský kraj	abs.	8	2	7	0	17
	rel.	47,1	11,8	41,2	0,0	100,0

Délka pobytu

Krátkodobé pobyty v délce trvání do 3 měsíců v zařízení se týkaly pouze 1/5 dětí a počet dětí, které celkově zatím v daném zařízení strávily rok, přesáhl polovinu počtu souboru dětí. Případy krátkodobých pobytů byly zaznamenány zejména v Karlovarském kraji, ve kterém byly nejdelší doby pobytu zastoupeny relativně nejméně. V Olomouckém kraji, kromě jednoho dítěte, byly všechny ostatní děti umístěny v zařízení již více než jeden rok. Odlišné etnikum dětí nepředstavovalo jednoznačně faktor určující délku současného pobytu. Delší pobyty byly relativně více zastoupeny mezi dětmi se speciálními potřebami. Případy chybějícího kontaktu s rodinou se relativně častěji vyskytovaly v případech dětí s nejkratší dobou pobytu (tj. do 3 měsíců), naopak u dětí s nejdelší dobou pobytu byl kontakt s rodinou udržován častěji.

Zdravotní stav

Žádné speciální potřeby neměly 2/3 dětí. Nejčastěji zastoupenou speciální potřebu představovalo mentální postižení, dále pak zdravotní potřeby. V případě jiných speciálních potřeb byla nejčastěji uváděna dyspraxie, jednotlivě pak např. afektivní reakce a CAN. Stupeň postižení byl přiznán pouze v případě jednoho dítěte.

Graf č. 4 **Speciální potřeby**

Pozn. V případě speciálních potřeb byl možný současný výskyt více potřeb u jednoho dítěte.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Výrazněji více byly zastoupeny děti se speciálními potřebami mezi dětmi umístěnými v zařízení ve Zlínském kraji, kde jejich počet převažoval nad dětmi bez speciálních potřeb.

Tabulka č. 2 **Zastoupení speciálních potřeb u dětí v krajském členění**

		speciální potřeby		celkem
		ano	ne	
Karlovarský kraj	abs.	4	28	32
	rel.	12,5	87,5	100,0
Olomoucký kraj	abs.	4	7	11
	rel.	36,4	63,6	100,0
Zlínský kraj	abs.	12	5	17
	rel.	70,6	29,4	100,0

Pravidelná medikace byla podávána pouze v případě osmi dětí, v žádném případě se nejednalo o léky psychiatrické povahy, proto tento znak není dále statisticky sledován.

Vzdělávání

Většina dětí umístěných v zařízeních nechodila do školky, v jedné čtvrtině byl zajišťován výchovně - vzdělávací program dětí v rámci zařízení, popř. oddělení.

Graf č. 5 **Navštěvovaná mateřská škola v současnosti** (v %)



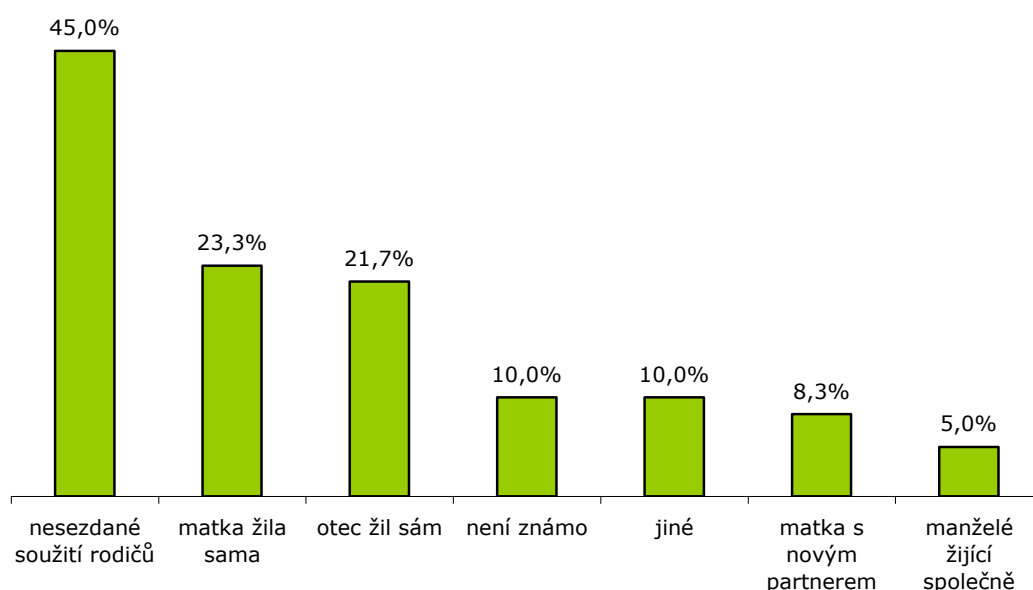
Etnikum ani speciální potřeby nebyly překážkou zařazení dítěte do výchovně vzdělávacích aktivit zajišťovaných v rámci zařízení jednou z uvedených forem.

Sociálně-právní situace rodiny

Oba rodiče v rodném listě mělo uvedeno 60 % dětí, v ostatních případech pak byla uvedena pouze matka. V naprosté většině dětí v době jejich přijetí do instituce matka žila, u více než 3/4 dětí tomu tak bylo i v případě otce.

Nejčastěji zastoupeným typem soužití rodičů v době přijetí dítěte do instituce byli nesezdaní rodiče, s odstupem pak samostatně žijící matka či otec. V případech jiného typu soužití se vždy jednalo o náhodnou známost.

Graf č. 6 **Typ soužití rodičů**

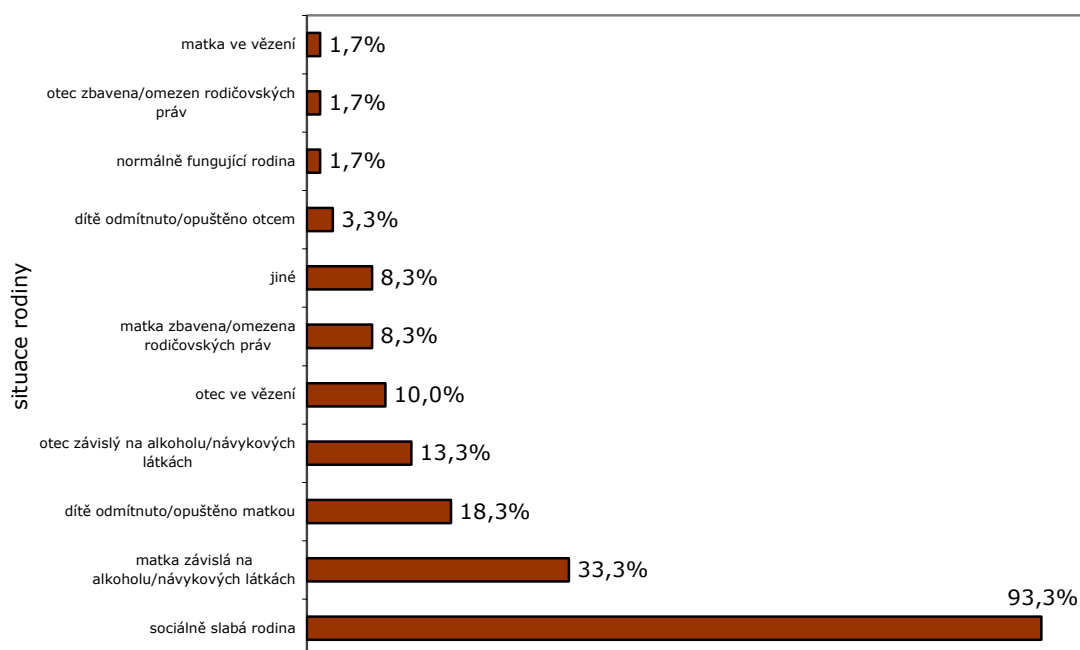


Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více situací u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Nesezdané soužití rodičů bylo o něco častěji zastoupeno u dětí v Karlovarském kraji, v jejichž případě se naopak nejméně vyskytoval případ samostatně žijícího otce. Samostatně žijící matka se výrazněji více týkala dětí v Olomouckém kraji. Relativně o něco častěji se samostatně žijící matka vyskytovala u dětí jiného než většinového etnika, jichž se častěji týkala nesezdané soužití rodičů. U dětí se speciálními potřebami oproti dětem bez těchto potřeb byl výrazně častěji zastoupen samostatně žijící otec.

Mezi jednotlivými sociálně-právními situacemi převažovala sociálně slabá rodina. Četněji byla dále zastoupena závislost matky na alkoholu/návykových látkách, s odstupem pak odmítnutí/opusťení dítěte matkou.

Graf č. 7 **Sociální/právní situace rodiny**



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více situací u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

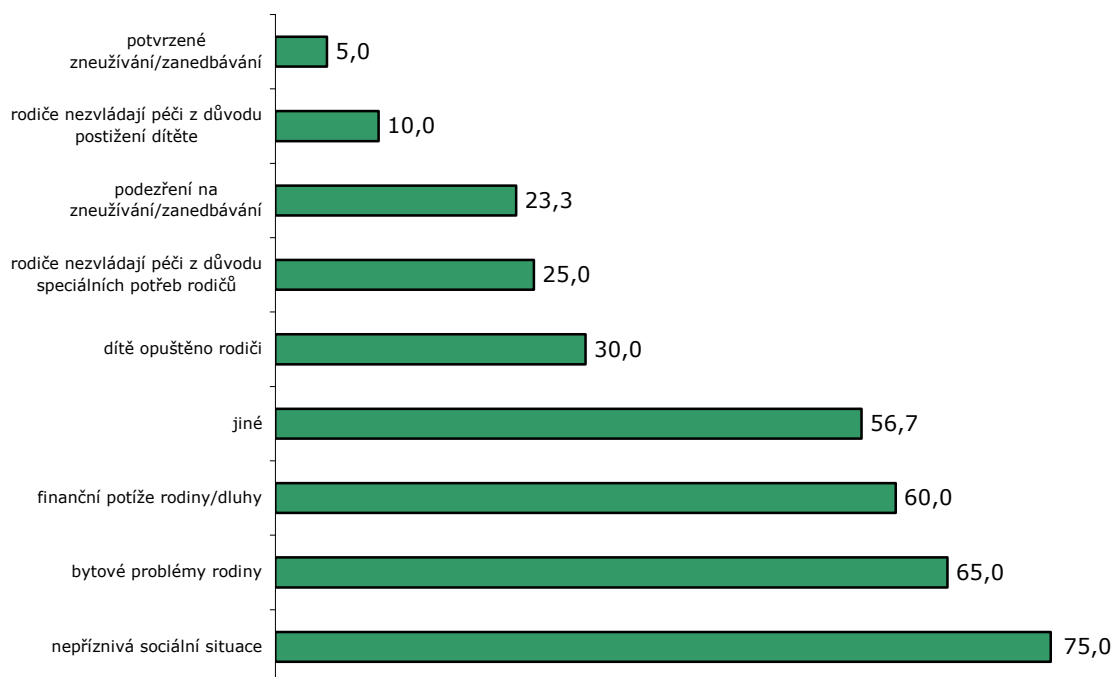
S ohledem na převahu sociálně slabé rodiny v celém souboru dětí se větší rozdíly mezi kraji vyskytovaly u dvou následujících nejpočetněji zastoupených sociálně-právních situací. Tyto situace se téměř netýkaly dětí z Olomouckého kraje. Závislost matky na alkoholu byla větším problémem v případě většinové etnika, zatímco opuštění dítěte matkou se častěji vyskytovalo u dětí jiného než většinového etnika. Případné speciální potřeby dítěte neměly zásadní vliv na sociálně právní situaci rodiny. S ohledem na nejvíce se vyskytující důvody přijetí dítěte do zařízení byly v případě matky závislé na alkoholu/návykových látkách výrazněji zastoupeny finanční problémy, častěji také opuštění dítěte rodiči a podezření na zneužívání/zanedbávání. Sociální situaci odmítnutí/opuštění dítěte matkou odpovídalo výraznější zastoupení přijetí dítěte z důvodu jeho opuštění rodiči. Převažujícímu výskytu sociálně slabé rodiny v celém souboru dětí také odpovídalo spojení této sociálně-právní situace se všemi nejčastějšími hlavními důvody přijetí, proto rozdíly mezi jednotlivými důvody přijetí nebyly výrazné. Z hlediska nejčastějších sociálních situací nebyl rozdíl mezi dětmi s a bez kontaktu s rodinou příliš významný.

Přijetí do zařízení

Děti byly do zařízení umisťovány zejména z biologické rodiny (48 %) či porodnice (47 %).

Nejčastější příčiny přijetí dítěte do zařízení zahrnovaly širší okruh hlavních důvodů. Zejména se jednalo o nepříznivou sociální situaci rodiny, bytové a finanční problémy rodiny, jiné - ve většině případů blíže nespecifikované - důvody, s odstupem následného opuštění dítěte rodiči, nezvládnutí péče z důvodu speciálních potřeb rodičů a podezření na zneužívání/zanedbávání.

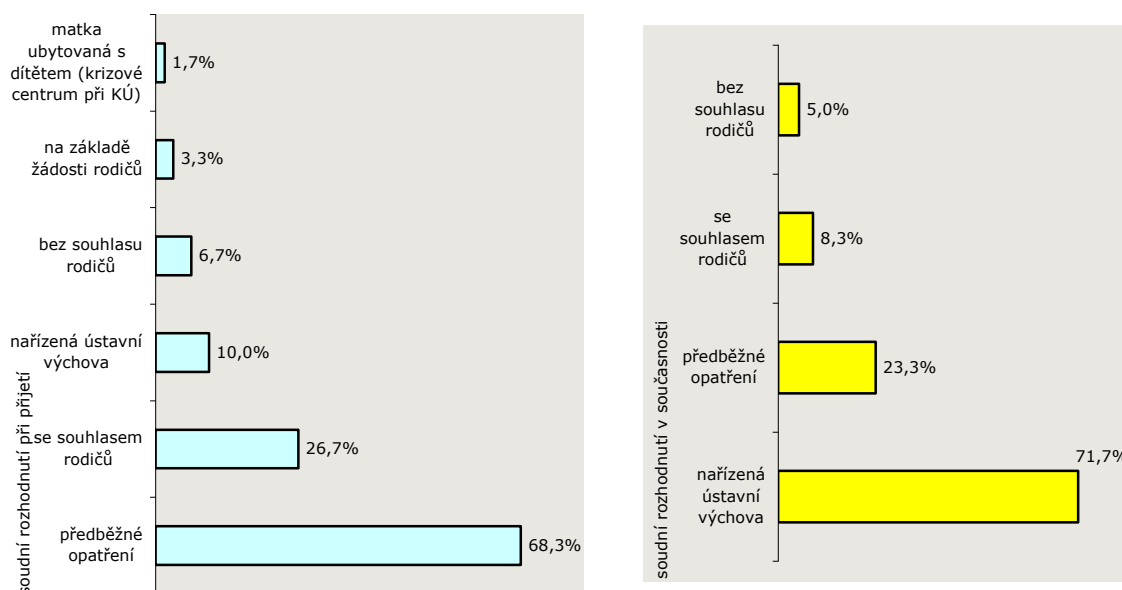
Graf č. 8 **Hlavní důvody přijetí dítěte do instituce** (v %)



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více důvodů u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Rozhodnutí o pobytu dítěte v zařízení mělo nejčastěji podobu předběžného opatření, rozhodnutí o současném pobytu mělo naopak především formu nařízení ústavní výchovy. Údaje o nařízení ústavní výchovy po přijetí do zařízení na základě předběžného opatření byly poskytnuty za 29 dětí, z toho u 62 % z nich došlo k nařízení ústavní výchovy po delší době pobytu v délce trvání více než jeden rok.

Graf č. 9 Způsoby rozhodnutí o umístění a současném pobytu v instituci (v %)



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Naprostá většina dětí (93 %) byla umístěna mimo biologickou rodinu poprvé.

Hlavní důvod přijetí, nepříznivá sociální situace rodiny, byl především problémem v Karlovarském kraji, s odstupem pak dále ve Zlínském kraji. Bytové problémy se vedle Karlovarského kraje výrazně častěji vyskytovaly v Olomouckém kraji. Finanční problémy patřily mezi nejzávažnější příčiny přijetí dítěte zejména v Karlovarském kraji. Jiné blíže nespecifikované důvody přijetí se vyskytovaly zejména v Karlovarském kraji, s odstupem pak častěji i v Olomouckém kraji. Většina případů opuštění dítěte rodiči se týkala dětí v Karlovarském kraji. Podezření na zneužívání/zanedbávání a nezvládání péče z důvodů speciálních potřeb rodičů byla v naprosté většině příčinou k přijetí dítěte do zařízení ve Zlínském kraji. Rozhodnutí o pobytu na základě předběžného opatření bylo o něco častěji využíváno v Karlovarském a Zlínském kraji. Nařízení ústavní výchovy se týkalo pouze Olomouckého a Zlínského kraje. Ojedinelé případy opakovaných umístění mimo biologickou rodinu se vyskytovaly především ve Zlínském kraji.

Z hlediska nejpočetnějších hlavních důvodů přijetí byly nepříznivá sociální situace rodiny, bytové a finanční problémy o něco méně, ve srovnání s dětmi dalších etnických skupin, zastoupeny mezi dětmi poloromského etnika. Opuštění dítěte bylo výrazněji častější v případě dětí romského etnika. Nezvládání péče z důvodu speciálních potřeb dítěte se výrazněji týkalo dětí poloromského etnika, v jejichž případě se dále také o něco častěji, ve srovnání s ostatními dětmi početněji zastoupených etnických skupin, vyskytovalo podezření na zneužívání/zanedbávání. V případě dětí se speciálními potřebami, ve srovnání s dětmi bez speciálních potřeb, byly výrazněji více zastoupeny hlavní důvody přijetí nezvládání péče z důvodu speciálních potřeb rodičů a podezření na zneužívání/zanedbávání. Důvodu přijetí opuštění dítěte rodiči také odpovídalo výraznější zastoupení chybějícího kontaktu dítěte s rodinou, který dále o něco častěji chyběl i v případě přijetí z důvodu bytových problémů.

Rozhodnutí o pobytu na základě předběžného opatření bylo využíváno nejméně u dětí romského etnika, v jejichž případě, ve srovnání s dětmi ostatních etnických skupin, byl častější souhlas rodičů. Předběžná opatření byla o něco častěji zastoupena mezi dětmi bez speciálních potřeb. V případě dětí se speciální potřebou se častěji, oproti dětem bez speciálních potřeb, jednalo o souhlas rodičů a nařízení ústavní výchovy. Rozhodnutí o pobytu v zařízení nemělo významný vliv na udržování kontaktu s rodinou.

Pouze v případě čtyř dětí, shodně bez i se speciálními potřebami, se jednalo o opakované umístění mimo biologickou rodinu. Tyto děti byly přijaty do zařízení na základě předběžného opatření (2 děti bez speciálních potřeb), nařízené ústavní výchovy (1) a na žádost rodičů (1) a u většiny z nich také chyběl kontakt s rodinou. Jedná se však o velmi malý soubor pro potřeby statistické interpretace.

Kontakt se sociálním pracovníkem

Kontakt se sociálním pracovníkem dítěte existoval v případě všech dětí, většina kontaktu byla realizována každé 3 měsíce (90 %), každé desáté dítě se stýkalo se sociálním pracovníkem jednou měsíčně. Ve všech případech se jednalo o osobní kontakt, dále pak bylo o něco častěji využíváno telefonního kontaktu (72 %) či dopisů (58 %).

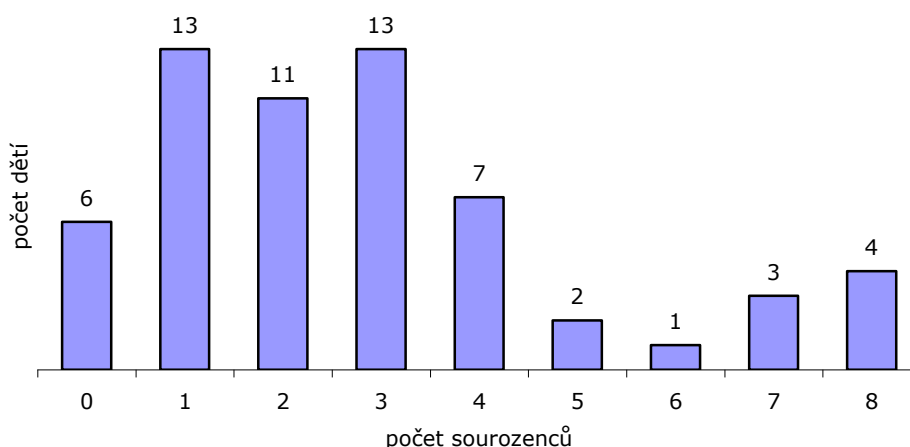
Plán péče

Psaný plán péče dítěte je vypracován v případě více než 80 % dětí a u všech dětí byla během posledních 3 měsíců zařízením provedena revize případu. Psaný plán péče dítěte nemají zpracovány pouze všechny děti umístěné v zařízení Olomouckého kraje.

Rodina

Naprostá většina dětí má sourozence, a to zejména 1-3 sourozence. Z celkového počtu dětí majících sourozence žilo s některým z nich ve stejné instituci 40 % (nejčastěji s jedním), 35 % pak mělo sourozence v jiné instituci. Přibližně v polovině případů dětí z vícedětných rodin žil alespoň jeden sourozenec v rodině, biologické nebo náhradní.

Graf č. 10 Počet sourozenců

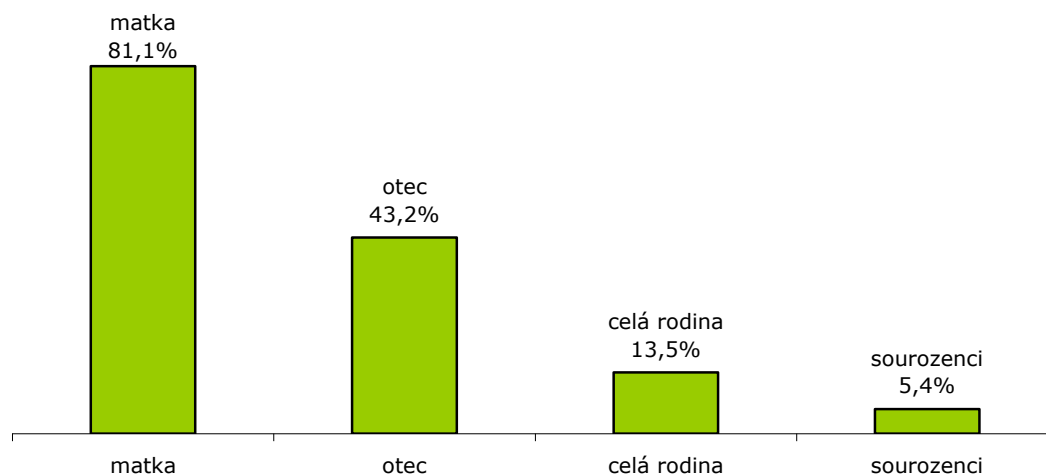


Současně umístěny ve stejném zařízení se svými sourozenci byly výrazně častěji děti ve Zlínském kraji, poloromského etnika. Společné umístění se sourozenci bylo relativně čteněji zastoupeno mezi dětmi se speciálními potřebami. Sourozence v jiném zařízení institucionální péče měly také častěji především děti ve Zlínském kraji. Rozdíly z hlediska etnika či speciálních potřeb dětí již nebyly příliš výrazné. Případy osvojených sourozenců se týkaly především dětí z Karlovarského a dále pak i Olomouckého kraje. Z hlediska početněji zastoupených etnických skupin se častěji jednalo o děti většinového a romského etnika a dále pak o něco častěji o děti bez speciálních potřeb.

Kontakt s rodinou

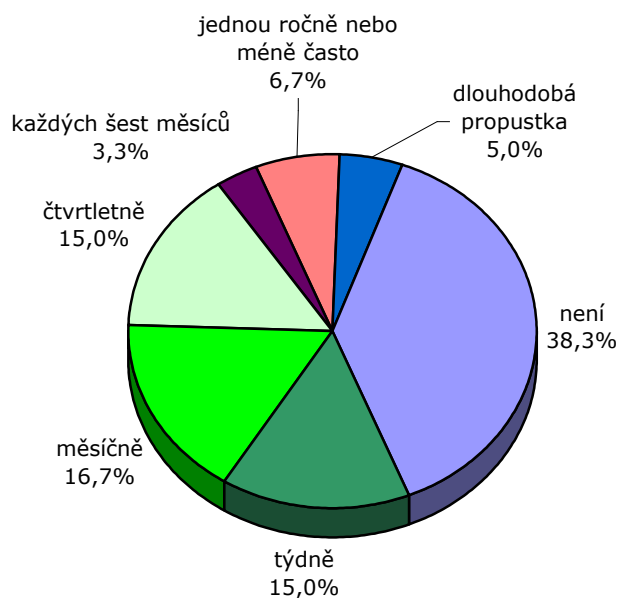
Kontakt s rodinou je udržován v případě více než 60 % dětí. Z toho především s matkou, dále pak i často s otcem.

Graf č. 11 **Kontakt dítěte s rodinou** (v %)



Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Intervaly kontaktů dítěte s rodinou se pohybovaly především v rozmezí týdenní až čtvrtletní frekvence.

Graf č. 12 **Četnost kontaktu dítěte s rodinou** (v %)

Existující kontakt s rodinou se vyskytoval nejvíce mezi dětmi ve Zlínském kraji, s odstupem pak dále z Olomouckého kraje. Chybějící kontakt s rodinou byl nejvíce zastoupen u dětí romského etnika. Případné speciální potřeby dítěte nebyly překážkou udržování kontaktu s rodinou.

V případě více než 1/3 dětí je instituce umístěna v blízké vzdálenosti od rodiny, tj. do 25 km. Celkově pak ve střední vzdálenosti nepřesahující 50 km jsou umístěny 2/3 dětí.

V kratší vzdálenosti od rodiny byly častěji umístěny děti v Olomouckém kraji, naopak delší vzdálenosti se více týkaly dětí v Karlovarském kraji. Mezi dětmi bez kontaktu s rodinou byly nejvíce zastoupeny děti umístěné ve vzdálenosti 26-50 km od rodiny.

Kontakt s širší rodinou neměla více než polovina dětí (58 %). Kontakt udržovali s dětmi zejména prarodiče.

V případech, kdy byla vzdálenost instituce od širší rodiny známa (55 % všech dětí), se častěji jednalo o kratší (do 25 km: 49 % lokalizovaných rodin), popř. střední vzdálenost (do 50 km: 76 % lokalizovaných rodin).

2.7.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

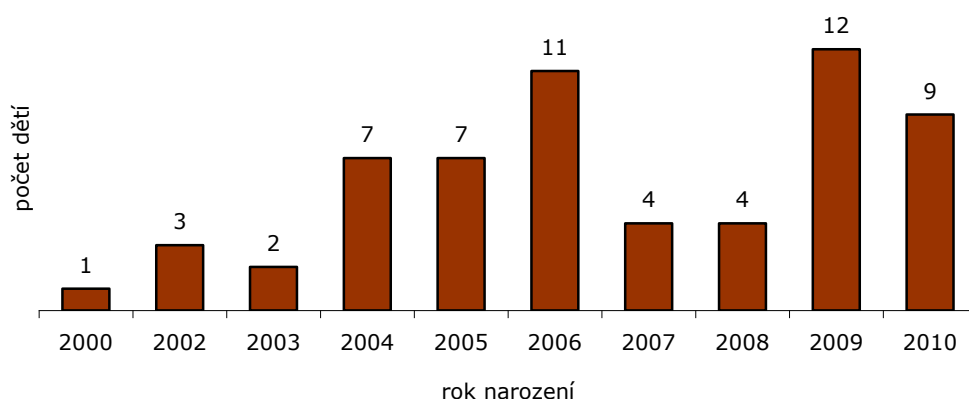
Předmětem analýzy jsou údaje získané na základě dotazníkových šetření zaměřených na zjištění základních charakteristik o dětech, které v době předcházející šetření byly umístěny v daném zařízení a jejich pobyt byl současně již ukončen.

Základní charakteristika souboru

Dotazníková šetření byla realizována celkem ve třech kojeneckých ústavech v Karlovarském, Olomouckém a Zlínském kraji.

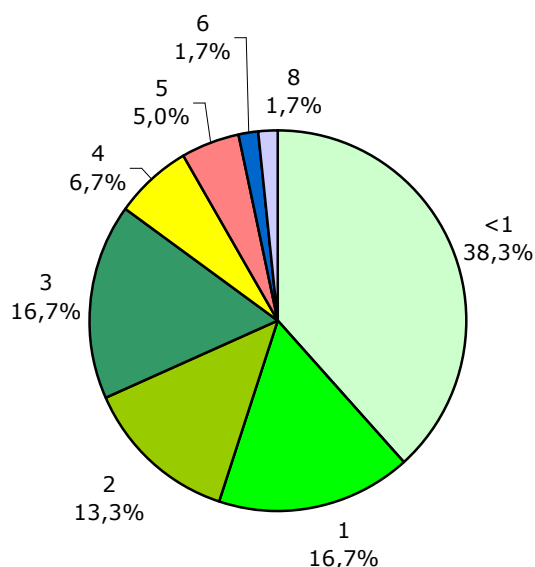
Soubor zahrnoval celkem údaje za 60 dětí, které byly v období předcházejícím šetření umístěny v daných zařízeních a již byly propuštěny. Nadpoloviční zastoupení v souboru měly děti z Karlovarského kraje (32), 17 dětí pocházelo ze Zlínského kraje, nejméně, 11, bylo dětí z Olomouckého kraje. Jednalo se o děti nízkého věku.

Graf č. 13 **Věkové složení dětí**

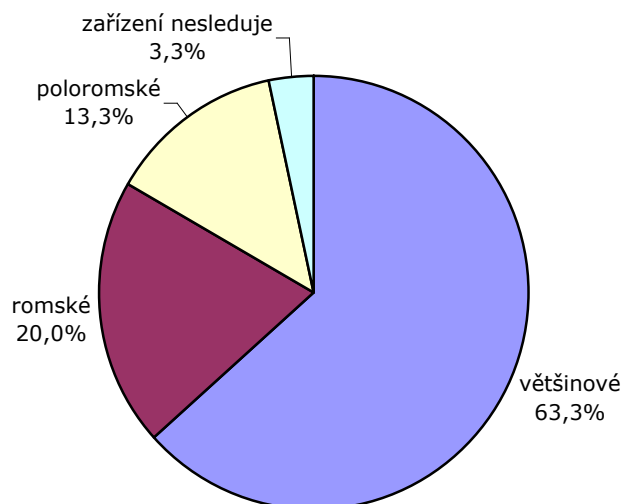


Více než polovina dětí nebyla v době přijetí do zařízení starší než jeden rok a u 85 % nepřesáhl věk v době přijetí tři roky.

Graf č. 14 **Zastoupení věkových skupin v době příchodu do zařízení (v %)**



Nadpoloviční většinou byly mezi dětmi zastoupeny dívky. Naprostá většina dětí byla české národnosti, pouze čtyři děti měly národnost slovenskou. Téměř 2/3 dětí byly většinového etnika, dále se jednalo o romské či poloromské etnikum.

Graf č. 15 **Etnické složení** (v %)

Relativní zastoupení dětí většinového etnika bylo v jednotlivých krajích obdobné, tj. dvoutřetinové. Ve Zlínském kraji nebyly žádné děti romského etnika.

Délka pobytu

Krátkodobé pobyty v délce trvání do 3 měsíců strávila v zařízení více než 1/3 dětí. Celkově u 60 % dětí nepřesáhl pobyt jeden rok. V Olomouckém kraji se u většiny dětí jednalo o delší pobyty, v délce trvání více než 12 měsíců. V případě dalších dvou krajů strávily děti v zařízení častěji kratší dobu, nepřesahující jeden rok. Odlišné etnikum dětí či speciální potřeby nepředstavovaly určující faktor délky pobytu.

Zdravotní stav

Speciální potřeby neměly 3/4 dětí. Nejvíce zastoupenou speciální potřebou byly zdravotní potřeby, dále pak zejména mentální postižení. Stupeň postižení mělo přiznáno jedno dítě. Většina dětí s nějakou speciální potřebou byla umístěna v zařízení ve Zlínském kraji, kde jejich počet převažoval nad dětmi bez speciálních potřeb.

Tabulka č. 3 **Zastoupení speciálních potřeb u dětí v krajském členění**

		speciální potřeby		celkem
		ano	ne	
Karlovarský kraj	abs.	2	30	32
	rel.	6,3	93,8	100,0
Olomoucký kraj	abs.	1	10	11
	rel.	9,1	90,9	100,0
Zlínský kraj	abs.	12	5	17
	rel.	70,6	29,4	100,0

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Léky byly pravidelně podávány pouze čtyřem dětem kdy u dvou z nich se současně jednalo o běžnou i psychiatrickou medikaci. Psychiatrická medikace se tak týkala pouze tří dětí. Vzhledem k nízkému počtu případů psychiatrické medikace v celém souboru dětí není tento znak dále statisticky sledován.

Vzdělávání

Děti, za které byly údaje o navštěvovaném vzdělávacím zařízení známy, do školky většinou nechodily (80 %). Ostatní navštěvovaly školku v zařízení (10 %) nebo byl pro ně zajištěn výchovný program na oddělení (10 %).

Speciální potřeby nepředstavovaly překážku pro zařazení dítěte do výchovně vzdělávacích aktivit zajišťovaných v rámci zařízení jednou z uvedených forem, naopak školku v zařízení navštěvovaly vždy děti se speciální potřebou. Jedná se však o malý vzorek pro potřeby statistické interpretace.

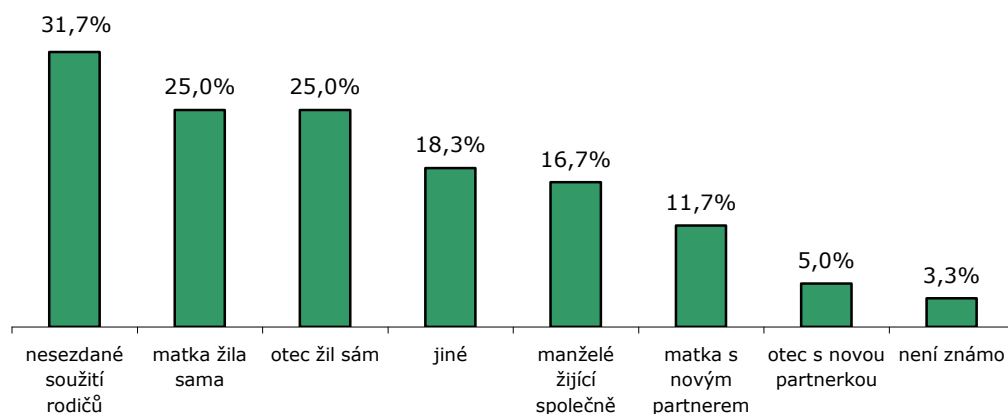
Sociálně-právní situace rodiny

U nadpolovičního počtu dětí byli v rodném listě uvedeni oba rodiče. U ostatních dětí, kromě jednoho dítěte, kde nebyly údaje známy, pak byla dále uvedena pouze matka.

V případě všech dětí v době jejich přijetí do instituce matka žila a u většiny tak tomu bylo i u otce.

Nejčastěji zastoupeným typem soužití rodičů v době přijetí dítěte do instituce byli nesezdaní rodiče, s odstupem pak samostatně žijící matka či otec. V případech jiného typu soužití se vždy jednalo o náhodnou známost.

Graf č. 16 **Typ soužití rodičů**



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více situací u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

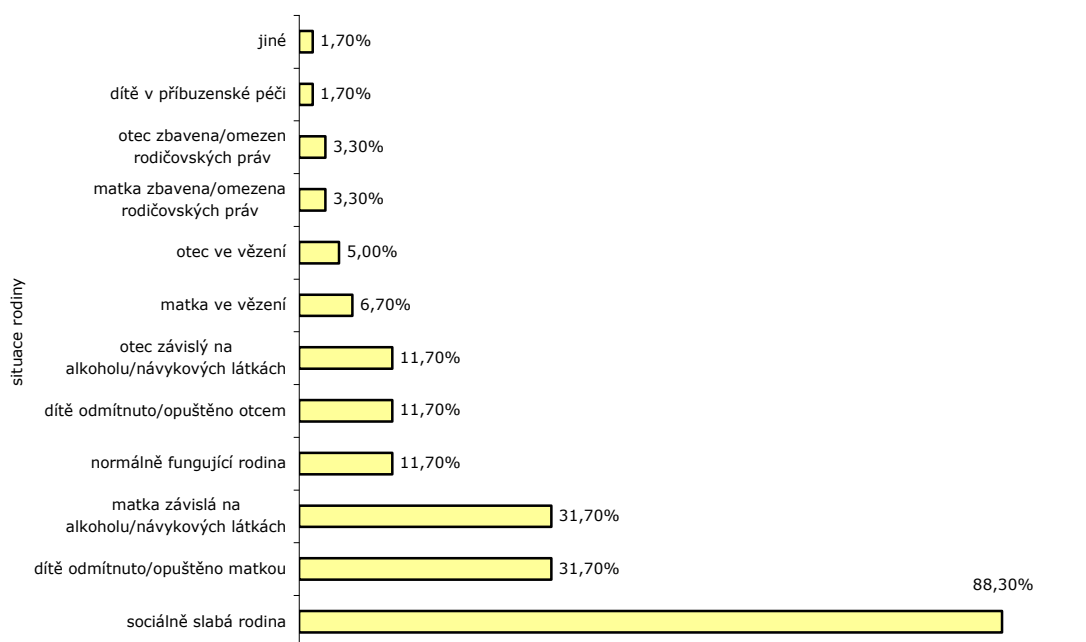
Nesezdané soužití rodičů bylo častěji zastoupeno u dětí v Karlovarském kraji, v jejichž případě se naopak nejméně vyskytoval zejména případ samostatně žijícího otce, dále pak i matky. Samostatně žijící rodiče - matka či otec - se výrazněji týkali

dětí ve Zlínském kraji. Jiný typ soužití v podobě náhodné známosti se vyskytoval pouze u dětí v Karlovarském kraji.

Nesezdaní rodiče byli o něco častěji zastoupeni u dětí romského či většinového etnika. Relativně vyšší zastoupení samostatně žijící matky či otce bylo mezi dětmi poloromského etnika, naopak u dětí romského etnika tyto typy soužití rodičů nebyly zaznamenány. Z hlediska speciálních potřeb byl rozdíl především ve výrazněji četnějším zastoupení samostatně žijící matky či otce u dětí se speciálními potřebami, oproti dětem bez speciálních potřeb, kterých se výhradně týkaly všechny případy jiných typů soužití rodičů v podobě náhodné známosti.

Mezi jednotlivými sociálně právními situacemi převažovala sociálně slabá rodina. Dále bylo s odstupem výrazně častěji zastoupeno odmítnutí/opuštění dítěte matkou a závislost matky na alkoholu/návykových látkách.

Graf č. 17 **Sociální/právní situace rodiny**



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více situací u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

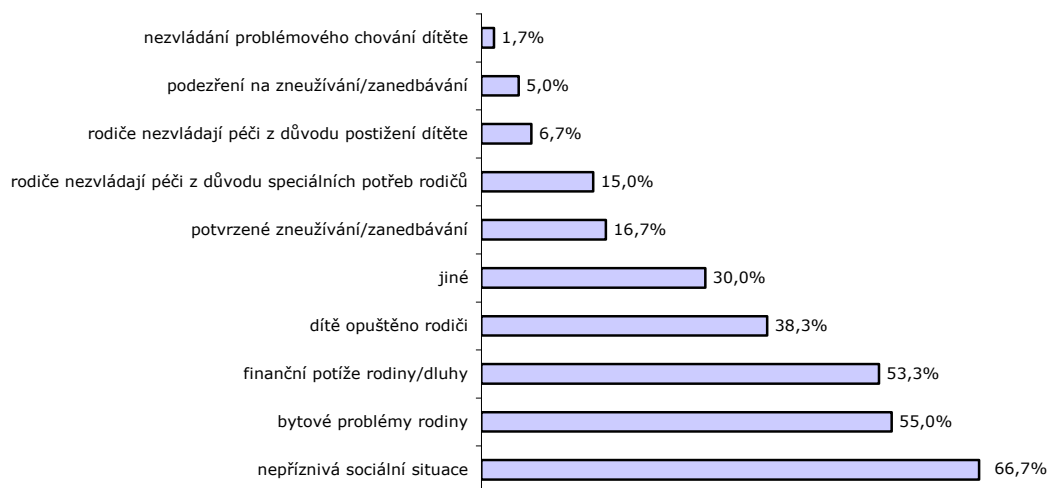
S ohledem na převahu sociálně slabé rodiny v souboru dětí byla daná situace výrazně zastoupena ve všech krajích s tím, že se vždy vyskytovala u všech dětí z Olomouckého a Zlínského kraje. Opuštění dítěte matkou bylo zastoupeno především u dětí v Karlovarském kraji, naopak v Olomouckém kraji se daná sociálně-právní situace rodiny nevyskytovala. Výraznější rozdíly mezi různými etnickými skupinami se vyskytovaly u dvou následujících nejpočetněji zastoupených sociálně-právních situací. Závislost matky na alkoholu byla častěji zastoupena u dětí ve Zlínském a následně i Olomouckém kraji. Opuštění dítěte matkou se výrazně častěji týkalo dětí poloromského etnika, závislost matky na alkoholu byla o něco větším problémem v případě většinového etnika. V případě speciálních potřeb dítěte byl významnější rozdíl mezi dětmi s a bez speciálních potřeb zejména v případě matky závislé na alkoholu, kdy tato

sociálně-právní situace rodiny byla u dětí se speciálními potřebami zastoupena relativně o něco častěji. S ohledem na nejvíce se vyskytující důvody přijetí dítěte do zařízení byly v případě matky závislé na alkoholu/návykových látkách výrazněji zastoupeny jiné důvody přijetí, k častějším problémům také patřily bytové a finanční potíže rodiny. Sociální situaci odmítnutí/opuštění dítěte matkou odpovídalo zejména výrazné zastoupení přijetí dítěte z důvodu jeho opuštění rodiči. Převažujícímu výskytu sociálně slabé rodiny v celém souboru dětí také odpovídalo spojení této sociálně-právní situace se všemi nejčastějšími hlavními důvody přijetí, rozdíly mezi jednotlivými hlavními důvody přijetí nebyly výrazné.

Přijetí do zařízení

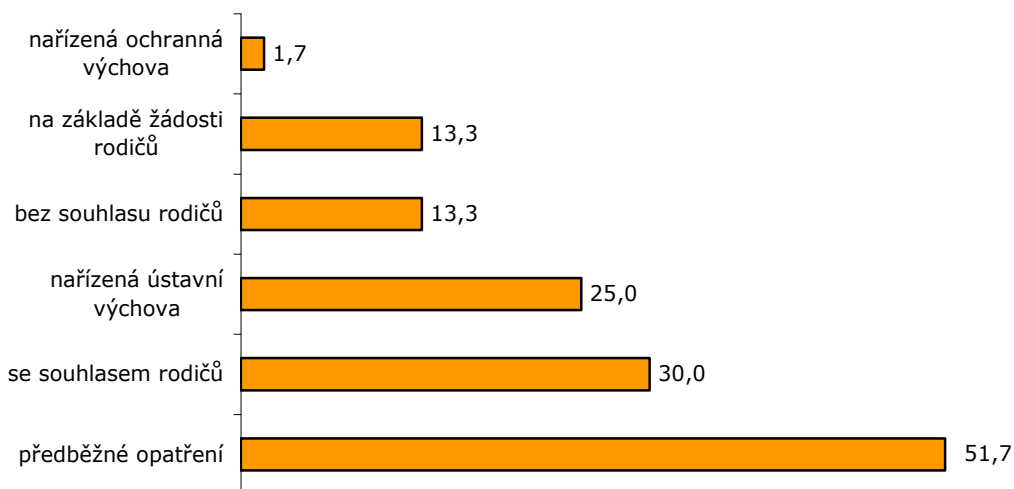
Děti byly do zařízení přijaty především z biologické rodiny (48 %) či porodnice (40 %). Nejvíce zastoupené hlavní důvody přijetí dítěte do zařízení zejména představovaly nepříznivá sociální situace rodiny, bytové a finanční problémy rodiny, opuštění dítěte rodiči, jiné - ve většině případů blíže nespecifikované - důvody.

Graf č. 18 **Hlavní důvody přijetí dítěte do instituce** (v %)



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více důvodů u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Rozhodnutí o pobytu v zařízení bylo nejčastěji provedeno předběžným opatřením. Další formy rozhodnutí představovaly souhlas rodičů a nařízení ústavní výchovy.

Graf č. 19 **Způsoby rozhodnutí o přijetí** (v %)

Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Údaje o nařízení ústavní výchovy po přijetí do zařízení na základě předběžného opatření byly poskytnuty za 22 dětí, z toho u více než 3/4 byla ústavní výchova nařízena až po delší době pobytu přesahující jeden rok.

V případě většiny dětí se jednalo o první umístění mimo biologickou rodinu (83 %).

Nepříznivá sociální situace rodiny byla důvodem přijetí většiny dětí v Karlovarském a Zlínském kraji, naopak v Olomouckém kraji se tento důvod přijetí nevyskytoval. Finanční problémy se vedle Karlovarského kraje dále častěji vyskytovaly ve Zlínském kraji. Opuštění dítěte rodiči patřilo mezi závažnější příčiny přijetí dítěte zejména v Karlovarském kraji. Jiné blíže nespécifikované důvody přijetí byly o něco častěji zastoupeny u dětí v Olomouckém kraji. Rozhodnutí o pobytu většiny dětí v Olomouckém kraji mělo podobu předběžného opatření a u všech dětí se současně jednalo o nařízení ústavní výchovy. Souhlas rodičů byl využíván zejména v případě dětí v Karlovarském kraji, kterých se současně netýkalo rozhodnutí o pobytu formou nařízení ústavní výchovy. Opakovaná umístění mimo biologickou rodinu se vyskytovala zejména ve Zlínském kraji, naopak v Olomouckém kraji se jednalo u všech dětí o první umístění mimo biologickou rodinu.

Nepříznivá sociální situace rodiny a bytové problémy byly méně často důvody přijetí dítěte romského etnika ve srovnání s dětmi ostatních etnik. Děti romského etnika a následně pak i děti poloromského etnika byly naopak častěji přijaty z důvodu opuštění rodiči. Finanční problémy rodiny byly relativně více zastoupeny u dětí většinového etnika. U dětí se speciálními potřebami, ve srovnání s dětmi bez speciálních potřeb, byla o něco častěji zastoupena nepříznivá sociální situace.

Rozhodnutí o pobytu formou předběžného opatření bylo častější především v případě dětí romského etnika, s odstupem dále pak většinového etnika, v jejichž případě, ve srovnání s dětmi ostatních etnických skupin, byl o něco častější souhlas rodičů. Předběžná opatření byla výrazně častější u dětí bez speciálních potřeb. V případě dětí se speciální potřebou se jen nepatrně častěji, oproti dětem bez speciálních potřeb, jednalo o nařízení ústavní výchovy.

Opakované umístění mimo biologickou rodinu bylo relativně častěji zastoupeno u dětí poloromského etnika a se speciálními potřebami. Rozhodnutí v případě opakovaných pobytů mělo častěji podobu nařízení ústavní výchovy bez souhlasu rodičů a žádosti rodičů. Jedná se však o malý soubor - v počtu deseti dětí - pro potřeby statistické interpretace.

Kontakt se sociálním pracovníkem

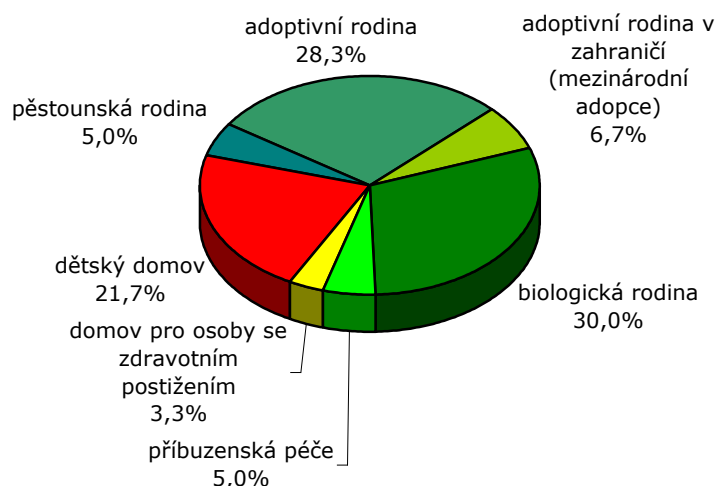
Kontakt se sociálním pracovníkem probíhal v případě většiny dětí (88 %), častější byl měsíční kontakt (53 %). Kontakt probíhal vždy osobní návštěvou sociálního pracovníka, u většiny případů pak také docházelo i ke kontaktu prostřednictvím telefonu a dopisy (shodně 81 %).

Měsíční kontakt se sociálním pracovníkem probíhal u všech dětí pouze v Karlovarském kraji. Všechny případy chybějícího kontaktu se sociálním pracovníkem se týkaly Zlínského kraje.

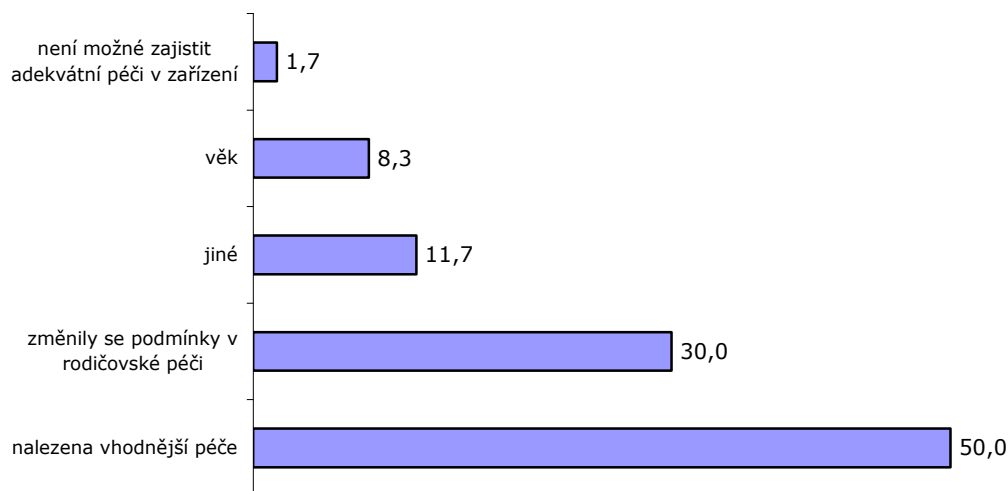
Propuštění dítěte

Děti byly ze zařízení propuštěny především do biologické či adoptivní rodiny a dále pak do dětského domova. Celkově byly umístěny mimo institucionální prostředí do nějaké formy rodinné péče 3/4 dětí.

Graf č. 20 **Umístění dítěte po propuštění ze zařízení (v %)**



Propouštění ze zařízení umožnilo především nalezení vhodnější péče a dále i změna podmínek v rodičovské péči. Mezi jinými důvody propuštění dítěte byly např. uvedeny repatriace, cizí státní občan, zdravotní stav.

Graf č. 21 **Důvody propuštění dítěte ze zařízení (v %)**

Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Zpět do biologické rodiny po ukončení pobytu v zařízení se vracely především děti ve Zlínském a Karlovarském kraji, ve kterém došlo ke všem případům adopce. Dále do dětského domova byly umísťovány zejména děti v Olomouckém a Zlínském kraji (tabulka č. 4). Umístění do adoptivní rodiny se týkalo pouze dětí bez speciálních potřeb a častěji nejmladšího věku, ale také měly tuto šanci spíše děti z většinového etnika (tabulka č. 5). Hlavní překážkou návratu zpět do biologické rodiny bylo především opuštění dítěte rodiči, případy adopce se tak nejčastěji týkaly právě těchto dětí. Děti přijaté pro jiné důvody byly také o něco častěji umísťovány mimo biologickou rodinu.

Tabulka č. 4 **Umístění dítěte po propuštění ze zařízení v krajském členění**

kam bylo dítě propuštěno ze zařízení		kraj		
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský
biologická rodina	abs.	10	1	7
	rel.	31,3	9,1	41,2
příbuzenská péče	abs.	0	0	3
	rel.	0,0	0,0	17,6
domov pro osoby se zdravotním postižením	abs.	1	1	0
	rel.	3,1	9,1	0,0
dětský domov	abs.	1	5	7
	rel.	3,1	45,5	41,2
pěstounská rodina	abs.	2	1	0
	rel.	6,3	9,1	0,0
adoptivní rodina	abs.	17	0	0
	rel.	53,1	0,0	0,0
adoptivní rodina v zahraničí (mezinárodní adopce)	abs.	1	3	0
	rel.	3,1	27,3	0,0

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 5 Umístění dítěte po propuštění ze zařízení v členění podle etnické příslušnosti

kam bylo dítě propuštěno ze zařízení		etnikum			
		většinové	romské	poloromské	zařízení nesleduje
biologická rodina	abs.	11	3	2	2
	rel.	28,9	25,0	25,0	100,0
příbuzenská péče	abs.	1	0	2	0
	rel.	2,6	0,0	25,0	0,0
domov pro osoby se zdravotním postižením	abs.	1	1	0	0
	rel.	2,6	8,3	0,0	0,0
dětský domov	abs.	10	1	2	0
	rel.	26,3	8,3	25,0	0,0
pěstounská rodina	abs.	2	1	0	0
	rel.	5,3	8,3	0,0	0,0
adoptivní rodina	abs.	13	2	2	0
	rel.	34,2	16,7	25,0	0,0
adoptivní rodina v zahraničí (mezinárodní adopce)	abs.	0	4	0	0
	rel.	0,0	33,3	0,0	0,0

Tabulka č. 6 Umístění po propuštění ze zařízení z hlediska speciálních potřeb dítěte

kam bylo dítě propuštěno ze zařízení		speciální potřeby	
		ano	ne
biologická rodina	abs.	5	13
	rel.	33,3	28,9
příbuzenská péče	abs.	2	1
	rel.	13,3	2,2
domov pro osoby se zdravotním postižením	abs.	2	0
	rel.	13,3	0,0
dětský domov	abs.	6	7
	rel.	40,0	15,6
pěstounská rodina	abs.	0	3
	rel.	0,0	6,7
adoptivní rodina	abs.	0	17
	rel.	0,0	37,8
adoptivní rodina v zahraničí (mezinárodní adopce)	abs.	0	4
	rel.	0,0	8,9

2.8 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

2.8.1 Děti pobývající v zařízeních

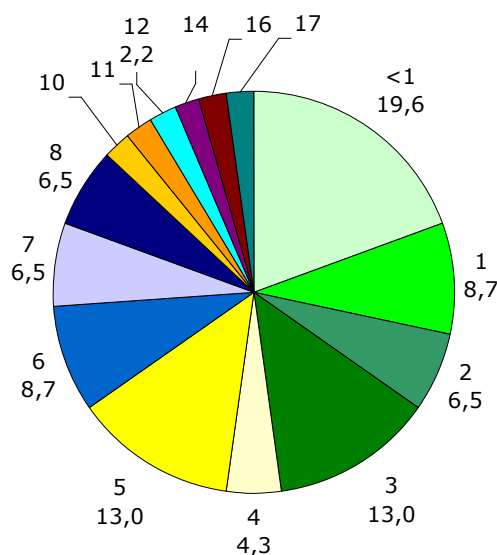
Předmětem analýzy jsou údaje získané na základě dotazníkových šetření zaměřených na zjištění základních charakteristik o dětech, které byly v době šetření umístěny v příslušném zařízení.

Základní charakteristika souboru

Dotazníková šetření byla realizována ve třech zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc, přičemž dvě zařízení se nacházela v Olomouckém a jedno ve Zlínském kraji. Soubor zahrnoval údaje o 46 dětech, které byly v období šetření umístěny v daných zařízeních. Oba kraje měly v souboru shodné početní zastoupení, tj. v obou krajích byly zjištěny informace o 23 dětech. Častěji se jednalo o děti mladšího věku. Téměř polovina byla ve věku maximálně tří let, čtvrtina byla starší než 10 let.

Také v době příchodu do zařízení byla téměř polovina dětí mladší 3 let, pětina mladší jednoho roku a tři čtvrtiny do šesti let věku (graf č. 1).

Graf č. 1 Zastoupení věkových skupin v době příchodu do zařízení (v %)



Vyšší zastoupení v souboru měli chlapci, jejichž podíl přesahoval 60 %. Všechny děti byly české národnosti a více než 2/3 z nich i většinového etnika. Zbývající děti byly přiřazeny k romskému (11 %) či poloromskému etniku (22 %).

Rozdíly mezi zastoupením dětí většinového a celkově jiných etnik nebyly mezi kraji výrazné.

Tabulka č. 1 **Etnické složení v krajském členění**

		etnikum			celkem
		většinové	romské	poloromské	
Olomoucký kraj	abs.	16	0	7	23
	rel.	69,6	0	30,4	100,0
Zlínský kraj	abs.	15	5	3	23
	rel.	65,2	21,7	13,0	100,0

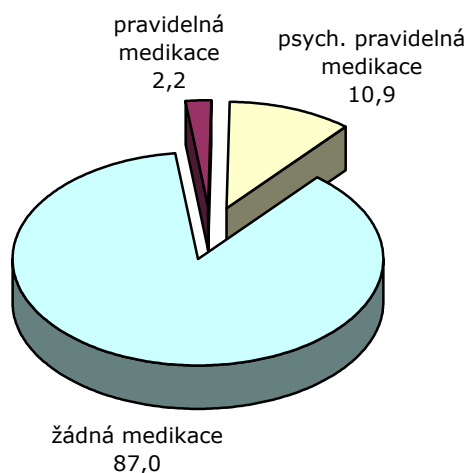
Délka pobytu

Zatím kratší dobu v délce trvání do 3 měsíců strávila v zařízení necelá 1/3 dětí, pobyt do jednoho roku se celkově týkal více než 3/4 dětí. Krátkodobé pobyty, v trvání několika měsíců, byly o něco častější u dětí v zařízeních Olomouckého kraje. Odlišné etnikum dětí nepředstavovalo určující faktor délky současného pobytu, naopak u většiny dětí jiného než většinového etnika zatím nepřevýšila dobu jednoho roku. Delší pobyty se relativně více týkaly dětí majících nějakou speciální potřebu. V případě necelé poloviny dětí s delší dobou pobytu se jednalo o děti, které v době přijetí byly mladší než jeden rok, v ostatních případech se jednalo o děti, jejichž věk se v době přijetí pohyboval v rozmezí 5-10 let. Předchozí umístění dítěte mimo biologickou rodinu nepředstavovalo určující faktor prodloužování pobytu. U 70 % dětí, které již byly v minulosti umístěny mimo biologickou rodinu, zatím nepřekročil současný pobyt dobu 12 měsíců. Případy chybějícího kontaktu s rodinou se vyskytovaly jen v ojedinělých případech, častěji u dětí s kratším pobytem nepřesahujícím 1 rok.

Zdravotní stav

Většina dětí (83 %) neměla žádné speciální potřeby. Nejčastěji zastoupena byla speciální potřeba ADHD (5 dětí), dále pak mentální postižení (3 děti). Stupeň postižení nebyl přiznán u žádného dítěte.

Pravidelná psychiatrická medikace byla podávána pouze u pěti dětí z celkového souboru a vždy se jednalo o děti se speciální potřebou ADHD. Vzhledem k tomu, že všechny děti s danou speciální potřebou byly umístěny v zařízení ve Zlínském kraji, byly zaznamenány případy pravidelné psychiatrické medikace pouze v tomto kraji. Důvodem umístění těchto dětí do zařízení bylo především jejich opuštění rodiči, jednotlivě pak podezření na zneužívání/zanedbávání a nezvládání problémového chování dítěte. Současně ale i tyto děti byly v kontaktu s někým z rodiny.

Graf č. 2 **Medikace léčivy v zařízení** (v %)

Pouze dvě děti byly jednou během pobytu v zařízení přijaty na psychiatrii, kdy se jednalo o děti se speciální potřebou ADHD a psychiatrickou medikací.

Vzdělávání

Údaje ohledně vzdělávání dětí byly poskytnuty za všechny děti ze zařízení ve Zlínském kraji a pouze za 3 děti z instituce v Olomouckém kraji. Vzhledem k dané skutečnosti vychází analýza z užšího souboru údajů a poskytuje výsledky především pouze za zařízení Zlínského kraje. V době přijetí do zařízení nadpoloviční většina dětí navštěvovala místní školu v obci, zejména základní, zbývající děti chodily do mateřské školy v obci nebo nenavštěvovaly žádné školské zařízení. Školní průměr v době přijetí byl označen nejčastěji za průměrný. Počet žáků navštěvujících vzdělávací zařízení zůstává i v současnosti obdobný, k nepatrné změně došlo u typu navštěvované instituce. V současné době navštěvuje základní školu 8 žáků (v době přijetí 10), 3 žáci speciální školu (dříve 1), dva střední školu (dříve 1) a žádné dítě nenavštěvuje praktickou školu (v době přijetí do instituce 1 žák). Žáky speciální školy se staly děti, které v době přijetí navštěvovaly základní a praktickou školu. Školní průměr dětí se v současnosti výrazně nezměnil.

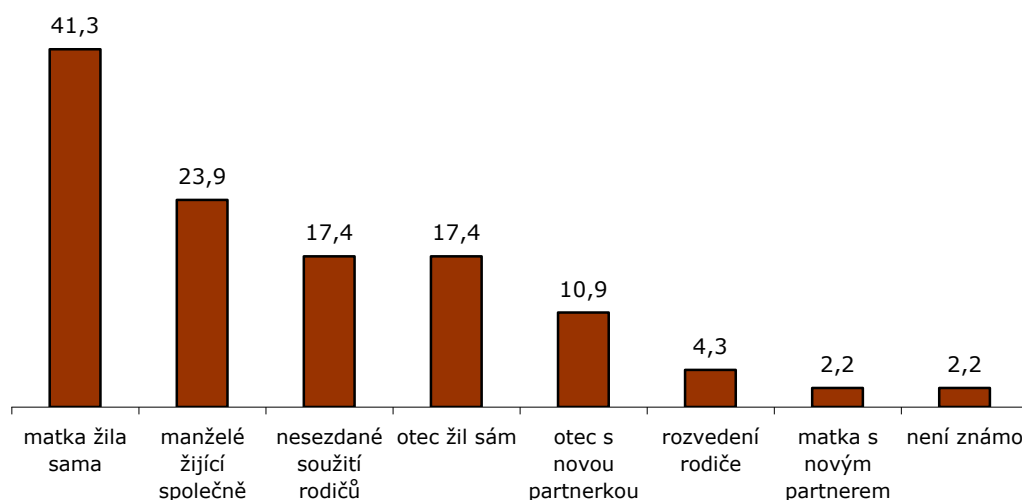
Navštěvovaný typ školy nebyl výhradně spjat s případným výskytem některé speciální potřeby u dětí, podávanou psychiatrickou medikací či s dětmi určitého etnika. Jedná se však o velmi malý soubor dětí navštěvujících jiné - speciální vzdělávací instituce, omezující statistickou interpretaci.

Sociálně-právní situace rodiny

Oba rodiče má v rodném listě uvedeno 80 % dětí, zbývající děti, kromě jednoho, pak mají zaznamenánu pouze matku. V době přijetí do instituce bylo u všech dětí uvedeno, že jejich matka žila a u většiny dětí (85 %) tomu tak bylo i u otce.

Nejčastějším typem soužití rodičů v době přijetí dítěte do instituce byla samostatně žijící matka, společně žijící manželé, následně pak nesezdané soužití rodičů a samostatně žijící otec.

Graf č. 3 **Typ soužití rodičů** (v %)

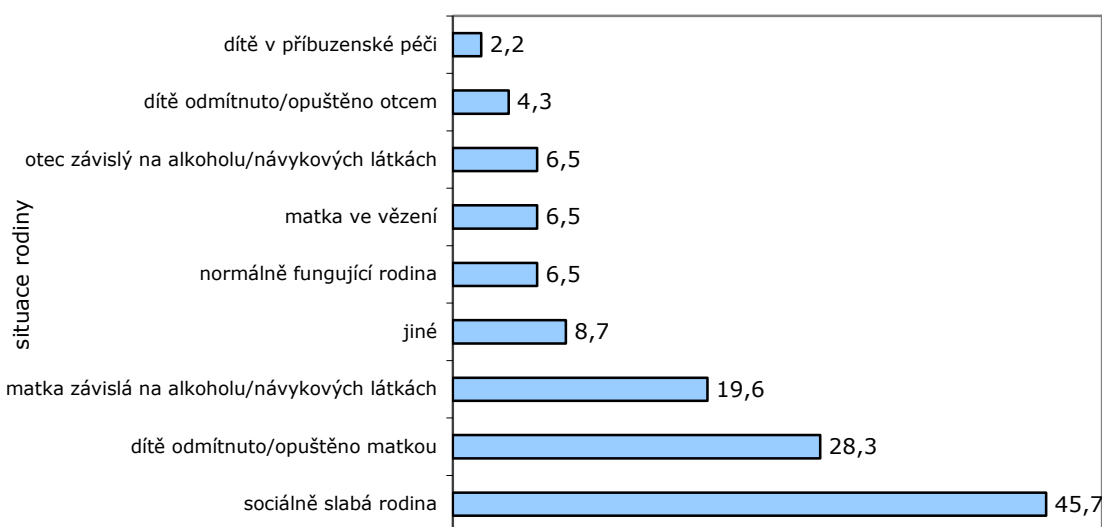


Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více situací u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Případy samostatně žijící matky byly o něco četnější v Olomouckém kraji, nepatrně častěji byly zastoupeny u dětí poloromského etnika. Většina případů společně žijících rodičů se vyskytovala ve Zlínském kraji, kdy vyšší relativní zastoupení bylo zaznamenáno u dětí romského etnika. Nesezdaní rodiče se týkali pouze dětí v Olomouckém kraji, kdy o něco vyššího relativního zastoupení bylo dosaženo ve skupině dětí poloromského etnika. Samostatně žijící otec se netýkal dětí romského etnika.

Nejčastěji uváděnými sociálně-právními situacemi rodiny v době přijetí dítěte do instituce byly sociálně slabá rodina, s odstupem následována odmítnutím/opuštěním dítěte matkou a matkou závislou na alkoholu/návykových látkách.

Graf č. 4 **Sociální/právní situace rodiny** (v %)



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více situací u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

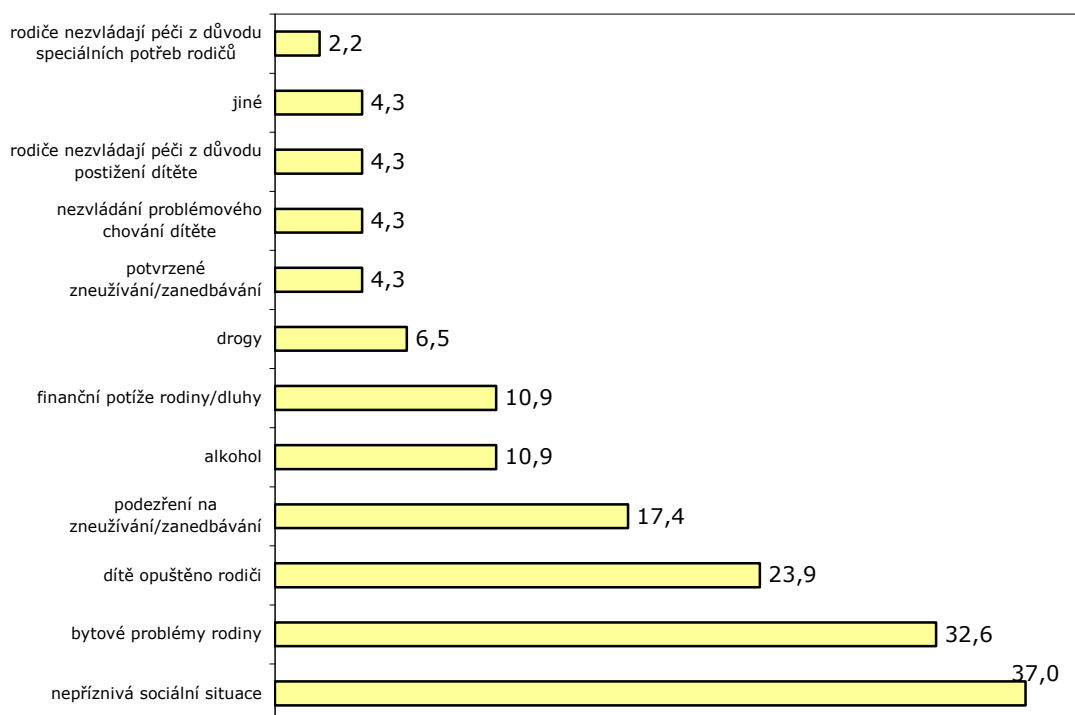
Krajské rozdíly mezi nejpočetněji zastoupenými sociálními situacemi rodiny se vyskytly především v případě závislosti matky na alkoholu/návykových látkách, kdy většina případů byla zaznamenána v Olomouckém kraji. Odmítnutí/opuštění dítěte matkou bylo o něco častější ve Zlínském kraji. Zastoupení sociálně slabé rodiny nebylo v krajsovém srovnání výrazně rozdílné. Z hlediska nejpočetněji zastoupených sociálních situací rodiny se sociálně slabá rodina týkala relativně častěji dětí romského či poloromského etnika a odmítnutí/opuštění dítěte romského etnika. Závislost matky na alkoholu/návykových látkách byla uvedena pouze v případě dětí většinového etnika. Situace odmítnutí/opuštění dítěte matkou byla relativně více zastoupena u dětí s nějakou speciální potřebou. S ohledem na nejvíce se vyskytující důvody přijetí dítěte do zařízení patřily mezi nejzávažnější problémy sociálně slabé rodiny zejména nepříznivá sociální situace, bytové a finanční problémy. Chybějící kontakt dítěte s rodinou, v případě nejčastějších sociálních situací, byl výrazněji zastoupen u dětí odmítnutých/opuštěných rodiči. V případě ostatních hlavních sociálních situací nebyl rozdíl mezi dětmi s a bez kontaktu s rodinou tak značný.

Přijetí

Více než 3/4 dětí přišly do instituce z biologické rodiny, dále se pak jednalo o jiné, blíže nespecifikované případy přijetí (20 %).

Nejčastější hlavní důvod přijetí dítěte představovala nepříznivá sociální situace rodiny, která byla dále následována bytovými problémy rodiny, s odstupem dále pak opuštěním dítěte rodiči a podezřením na zneužívání/zanedbávání.

Graf č. 5 **Hlavní důvody přijetí dítěte do instituce** (v %)

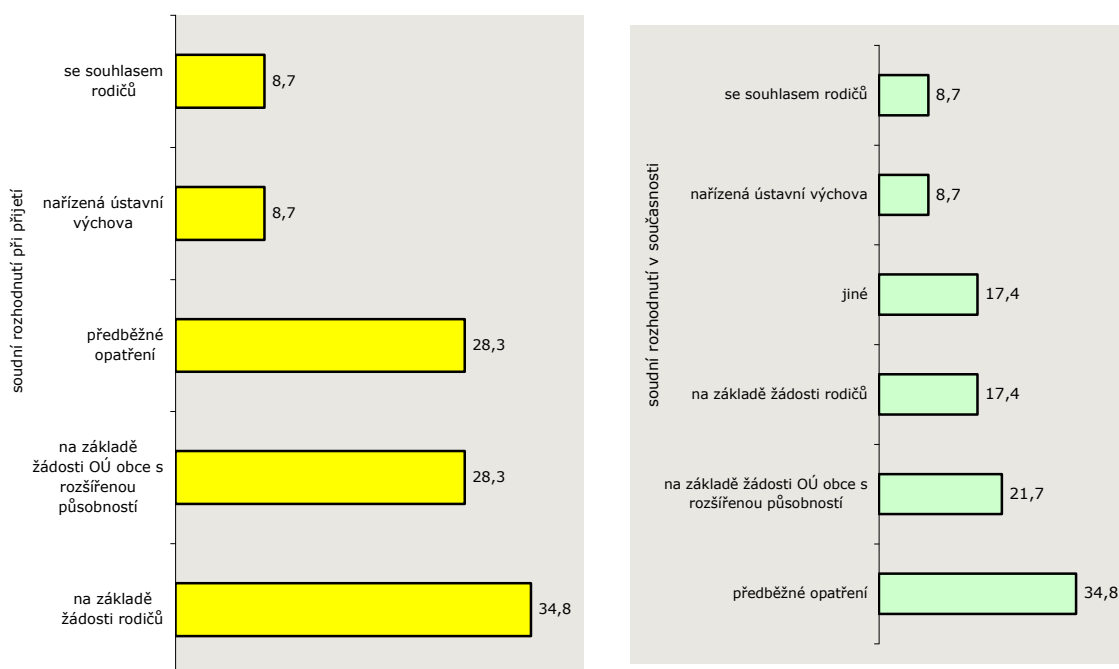


Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více důvodů u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

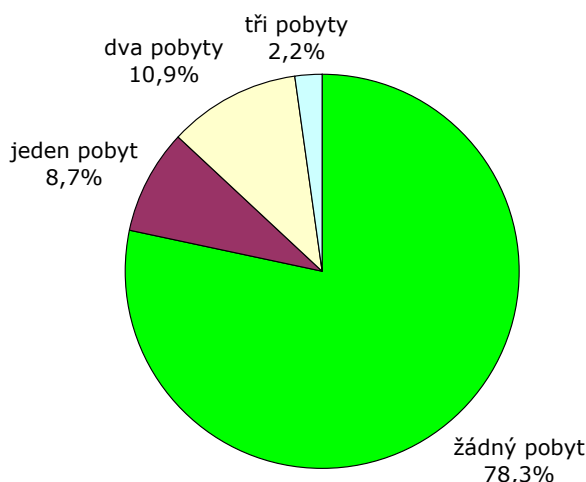
Umístění dítěte do zařízení bylo nejčastěji realizováno na základě žádosti rodičů, žádosti OÚ obce s rozšířenou působností či předběžného opatření. V současné době je pobyt dítěte stanoven zejména předběžným opatřením, s odstupem následovaným žádostí obecního úřadu obce s rozšířenou působností, rodičů a jiným, blíže nespecifikovaným rozhodnutím. V případě žádosti obecního úřadu se častěji jednalo o rozhodnutí bez současného souhlasu rodičů.

Graf č. 6 **Způsoby rozhodnutí o umístění a současném pobytu v instituci (v %)**



Pozn. Vzhledem k možnosti zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

V případě více než 3/4 dětí se jedná o první umístění mimo biologickou rodinu do institucionální péče. Žádné z dětí nemělo předchozí zkušenost s pobytem na psychiatrii.

Graf č. 7 **Počet předchozích umístění dítěte mimo biologickou rodinu (v %)**

Nejvíce zastoupené hlavní důvody přijetí, nepříznivá sociální situace rodiny a bytové problémy, byly výraznějším problémem v Olomouckém kraji. Naprostá většina umístění dítěte do zařízení na základě žádosti rodičů byla učiněna ve Zlínském kraji. O něco častější zkušenost s již předchozím umístěním mimo biologickou rodinu měly děti ze zařízení ve Zlínském kraji.

Z hlediska nejpočetnějších hlavních důvodů přijetí byly nepříznivá sociální situace rodiny a bytové problémy výrazněji zastoupeny zejména u dětí poloromského etnika, opuštění dítěte pak v případě romského etnika. Opuštění dítěte rodiči bylo o něco častěji, ve srovnání s dětmi bez speciálních potřeb, zastoupeno u dětí se speciální potřebou. Hlavnímu důvodu přijetí na základě opuštění dítěte rodiči také odpovídalo výraznější zastoupení chybějícího kontaktu dítěte s rodinou.

Na žádost obecního úřadu obce s rozšířenou působností byly výrazněji častěji do zařízení umístěny děti jiného než většinového etnika. Žádost rodičů k přijetí dítěte do zařízení využívaly především rodiče dětí většinového nebo romského etnika. Předběžná opatření byla o něco častěji zastoupena mezi dětmi poloromského etnika. V případě dětí se speciální potřebou relativně častěji, oproti dětem bez speciálních potřeb, žádali rodiče o přijetí dětí do zařízení. O něco méně častý kontakt s rodinou probíhal u dětí umístěných v zařízení na základě rozhodnutí obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Mezi dětmi s předchozí zkušeností s umístěním mimo biologickou rodinu byly častěji zastoupeny děti přijaté do zařízení na základě žádosti rodičů.

Opakované umístění mimo biologickou rodinu se o něco častěji týkalo dětí bez speciálních potřeb, z hlediska etnického původu dětí nebyly výrazné rozdíly v zastoupení opakovaných pobytů v zařízeních institucionální péče. Chybějící kontakt dítěte s rodinou se v naprosté většině týkal dětí prvně umístěných mimo biologickou rodinu.

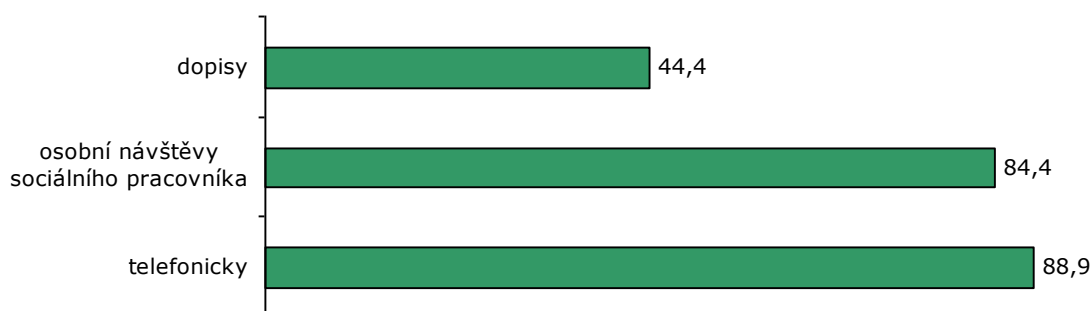
Kontakt se sociálním pracovníkem a plán péče

V naprosté většině případů dětí byl realizován kontakt se sociálním pracovníkem, nejčastěji každé tři měsíce (76 %). Všechny případy měsíčního kontaktu se sociálním pracovníkem (graf č. 8) probíhaly pouze ve Zlínském kraji. Kontakt probíhal především telefonicky (89 %) a osobní návštěvou (84 %).

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Pouze jedno zařízení v Olomouckém kraji nemá psaný plán péče dítěte (20 dětí). U všech ostatních dětí byla během posledních 3 měsíců provedena daným zařízením revize případu.

Graf č. 8 **Druh kontaktu se sociálním pracovníkem** (v %)



Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Chování dětí

Informace charakterizující chování dětí po dobu jejich pobytu v zařízení byly dostupné v Olomouckém kraji pouze za zařízení s třemi umístěnými dětmi. Vyhodnocení tak především předkládá výsledky za Zlínský kraj. V souboru dětí nebyly zaznamenány žádné případy útěků či nenávraty z návštěvy doma s délkou trvání přesahující 24 hodin. Pouze ve dvou případech dětí, za které byly údaje poskytnuty, byla použita zřídkka či někdy výchovná opatření a byl zaznamenán pouze jeden případ experimentu s návykovými látkami nealkoholové povahy.

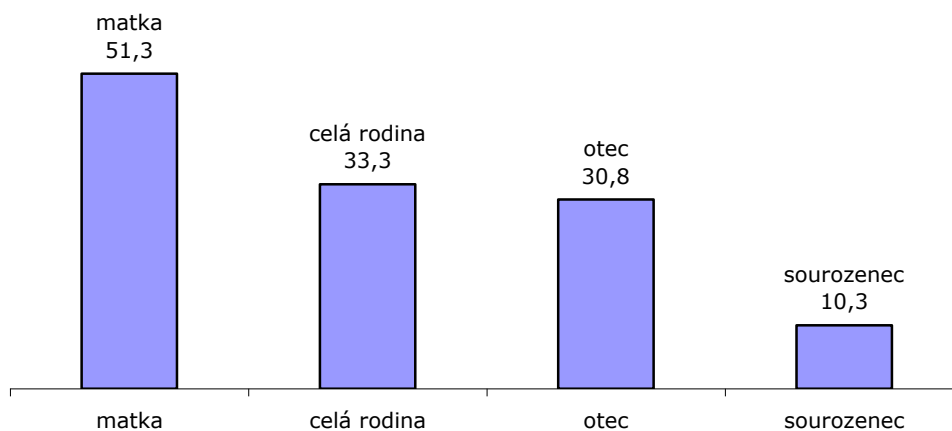
Rodina a kontakt s rodinou

Většina dětí má sourozence (91 %), z nich pak nejčastěji jednoho. Přitom více než 60 % dětí má alespoň jednoho sourozence ve stejné instituci. Každé páté dítě z vícedětných rodin má sourozence v jiné instituci, stejně zastoupeny jsou i ty, které mají sourozence v náhradní rodinné péči.

Současné umístění sourozenců ve stejné instituci bylo častější u dětí jiného než většinového etnika a o něco více relativně zastoupeno ve Zlínském kraji. Rozdíly v umístění sourozenců do jiné institucionální péče nebyly již tak výrazné. Případy sourozenců v náhradní rodinné péči se týkaly především dětí většinového etnika a bez speciálních potřeb, zejména ze zařízení v Olomouckém kraji.

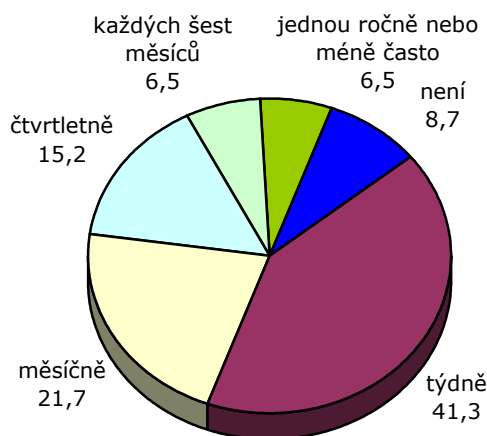
Většina dětí je v kontaktu s rodinou, z toho nejčastěji s matkou, a vždy zhruba třetina s celou rodinou či otcem (graf č. 9). Kontakt s rodinou probíhá nejčastěji týdně či měsíčně.

Graf č. 9 **Kontakt dítěte s rodinou** (v %)



Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Graf č. 10 **Četnost kontaktu dítěte s rodinou** (v %)



Chybějící kontakt s rodinou se relativně více vyskytoval u dětí romského etnika, menší rozdíl byl také mezi dětmi s a bez speciálních potřeb, kdy mezi dětmi bez speciálních potřeb bylo relativní zastoupení kontaktu s rodinou o něco vyšší. Z hlediska krajů nebyly výrazné rozdíly v udržování kontaktu s rodinou.

Čtvrtina dětí je umístěna v bližší vzdálenosti od rodiny, nepřesahující 10 km, 10-25 km od domova je umístěna další čtvrtina dětí. Polovina dětí má pak širší rodinu ve vzdálenosti 26-100 km (čtvrtina 26-50 km), výjimečná je vzdálenost větší. O něco častější byla kratší vzdálenost zařízení od rodiny dítěte v případě Olomouckého kraje. Bližší vzdálenost rodiny od instituce neměla jednoznačný vliv na udržování kontaktu dítěte s rodinou.

Kontakt s širší rodinou není udržován u více než 3/4 dětí. V existujících případech kontaktu se širší rodinou se jedná o kontakt s prarodiči či strýci/tetami realizovaný nejčastěji měsíčně, s odstupem pak dále jednou za půl roku. Vzdálenost širší rodiny od instituce nebyla u více než 70 % dětí známa. V případě dostupných údajů byla častější nejkratší vzdálenost do 10 km, dále pak střední vzdálenost 26-50 km.

Pouze u dvou dětí ve Zlínském kraji byl zaznamenán případ, že navštěvují stejnou hostitelskou rodinu, a to o víkendech i o prázdninách.

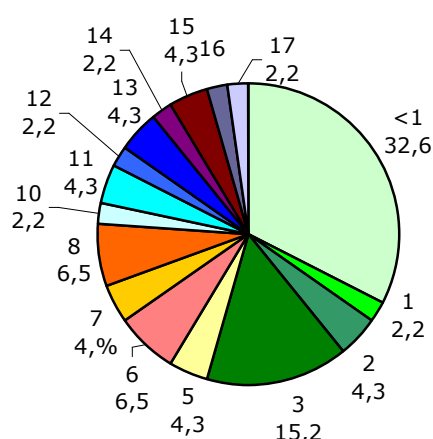
2.8.2 Děti, které ukončily pobyt v zařízeních

Předmětem analýzy jsou údaje získané na základě dotazníkových šetření zaměřených na zjištění základních charakteristik o dětech, které v době předcházející šetření byly umístěny v daném zařízení a jejichž pobyt byl současně již ukončen.

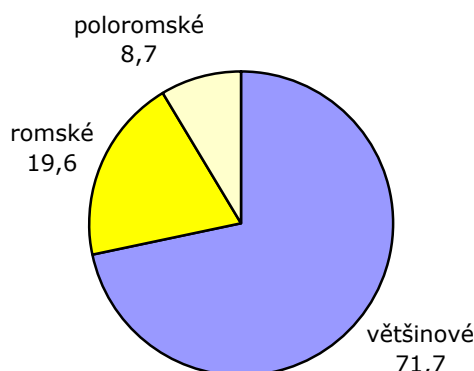
Základní charakteristika souboru

Dotazníková šetření o dětech, které opustily zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, byla stejně jako u aktuálně umístěných dětí realizována ve třech zařízeních, přičemž dvě se nacházela v Olomouckém a jedno ve Zlínském kraji. Soubor zahrnoval údaje za celkem 46 dětí, které byly v období předcházejícím šetření umístěny v daných zařízeních a již byly propuštěny. Oba kraje měly v souboru shodné početní zastoupení, tj. v obou krajích máme informace o 23 dětech. Více zastoupeny byly především děti mladšího věku, většina dětí v době přijetí do zařízení nebyla starší než 3 roky.

Graf č. 11 Zastoupení věkových skupin v době příchodu do zařízení (v %)



Nadpoloviční většinu (57 %) měly v souboru dětí dívky. Většina dětí byla národnosti české (89 %), ostatních pět dětí mělo národnost slovenskou. Podíl dětí jiného etnika představoval necelých 30 %. Většina dětí jiného etnika byla umístěna v zařízení ve Zlínském kraji.

Graf č. 12 **Etnické složení** (v %)Tabulka č. 2 **Etnické složení v krajském členění**

		etnikum			celkem
		většinové	romské	poloromské	
Olomoucký kraj	abs.	22	1	0	23
	rel.	95,7	4,3	0	100,0
Zlínský kraj	abs.	11	8	4	23
	rel.	47,8	34,8	17,4	100,0

Délka pobytu

Pobyt dětí v zařízení byl spíše krátkodobější. Více než 60 % dětí strávilo v zařízení maximálně tři měsíce, současně u většiny dětí (87,0 %) nepřesáhla délka pobytu jeden rok. Případy dětí s delší dobou pobytu nad jeden rok se týkaly pouze zařízení v Olomouckém kraji, dětí většinového etnika, bez speciálních potřeb a předchozí zkušenosti s umístěním mimo biologickou rodinu. Děti s delší dobou pobytu byly přijaty do zařízení v nízkém věku.

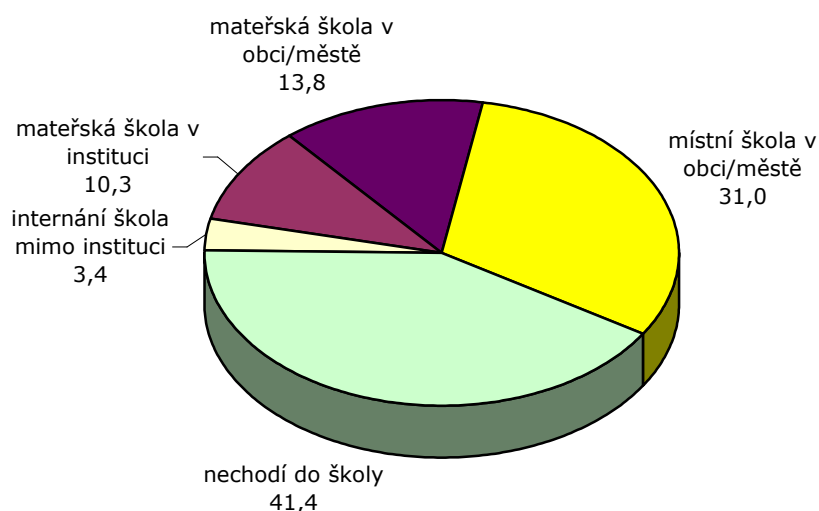
Zdravotní stav

Většina dětí neměla žádné speciální potřeby. V celém souboru dětí se jednotlivě vyskytlo pouze pět případů speciálních potřeb, a to mentální postižení, zdravotní potřeby, poruchy chování, ADHD a autismus. Žádné z dětí nemělo přiznán stupeň postižení. Medikace nebyla podávána u většiny dětí, pouze třem dětem byly podávány léky, z toho pouze u jednoho dítěte s mentálním postižením se jednalo o medikaci psychiatrické povahy. Vzhledem k nízkému počtu případů psychiatrické medikace není tento znak dále statisticky sledován. Během pobytu v zařízení nebylo žádné z dětí umístěno na psychiatrii.

Vzdělávání

Údaje o návštěvě školních zařízení v době přijetí do instituce byly poskytnuty za 29 dětí, z toho pouze 10 dětí se vzdělávalo ve škole, kdy 7 dětí bylo žáky speciální školy. Ostatní děti, za které byly údaje dostupné, do školy nechodily nebo chodily do mateřské školy v zařízení či obci.

Graf č. 13 **Navštěvovaná škola při přijetí do zařízení (v %)**



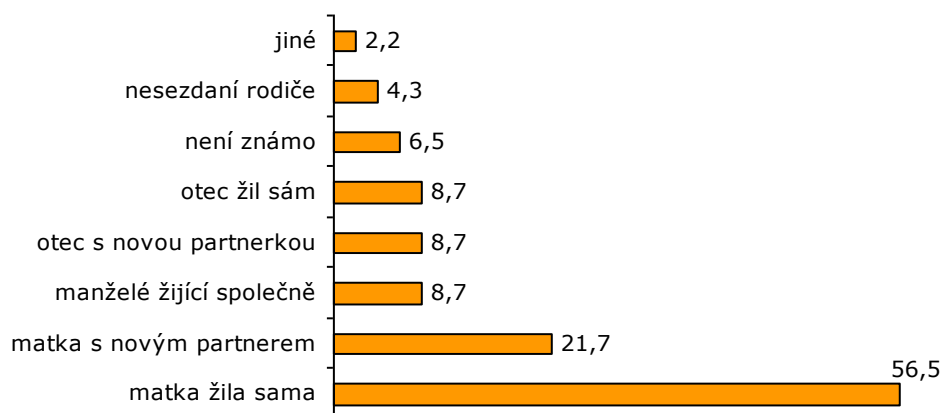
V době odchodu dětí ze zařízení se situace nijak výrazně nelišila. Zlepšily se pouze školní výsledky u dvou dětí speciální školy, a to z hodnocení průměrného v době přijetí do instituce na nadprůměrné školní výsledky v době odchodu ze zařízení.

Speciální školu navštěvovaly pouze děti ze zařízení ve Zlínském kraji, která byla jediným typem školy, do které děti chodily. Všechny děti romského etnika, které chodily do školy, byly žáky speciální školy, v případě dětí většinového etnika byly zastoupeny i ostatní vzdělávací instituce (základní škola, učiliště). Naprostá většina žáků speciální školy neměla žádnou speciální potřebu, pouze v jednom případě se jednalo o mentální postižení.

Sociálně-právní situace rodiny

V rodném listě měly uvedené oba rodiče více než 2/3 dětí. V době přijetí do instituce také matka naprosté většiny dětí žila a u více než 70 % dětí byl naživu také otec dětí. Nejčastěji žila matka dětí sama nebo s novým partnerem.

Graf č. 14 **Typ soužití rodičů v době přijetí dítěte do zařízení (v %)**

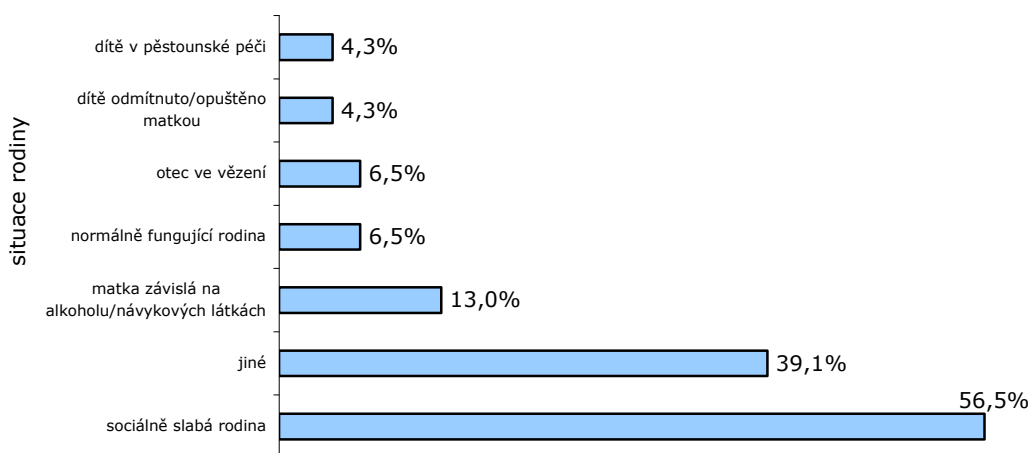


Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

V krajovém srovnání nebyly rozdíly v početním zastoupení daných typů soužití příliš výrazné. Mezi dětmi jednotlivých etnických skupin byly větší rozdíly zaznamenány především v případě samostatně žijící matky, který byl výrazně více zastoupen u dětí romského etnika.

Více než polovina dětí pocházela ze sociálně slabé rodiny. Druhou nejčastější sociálně-právní situaci rodiny představovala skupina jiných situací, mezi kterými bylo uváděno především soudní jednání a hospitalizace matky.

Graf č. 15 **Sociálně-právní situace rodiny**



Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Z hlediska nejpočetněji zastoupených sociálních situací rodiny se případy sociálně slabé rodiny vyskytovaly ve stejném rozsahu v obou krajích. Relativně častěji se sociálně slabá rodina týkala dětí romského etnika a bez speciálních potřeb. Jiné sociálně-právní situace rodiny se častěji vyskytovaly v případě dětí většinového etnika, a to bez ohledu na případné speciální potřeby. Případy závislosti matky na alkoholu/návykových látkách byly zaznamenány zejména v Olomouckém kraji u dětí většinového etnika, kdy žádné z dětí nemělo speciální potřebu. S ohledem na nejvíce se vyskytující důvody přijetí dítěte do zařízení byly nejzávažnější pro sociálně slabé rodiny především bytové a finanční problémy. Jiné sociální situace byly také výrazněji spojeny se skupinou jiných důvodů přijetí. V případě matky závislé na alkoholu se mezi důvody přijetí řadily zejména bytové problémy.

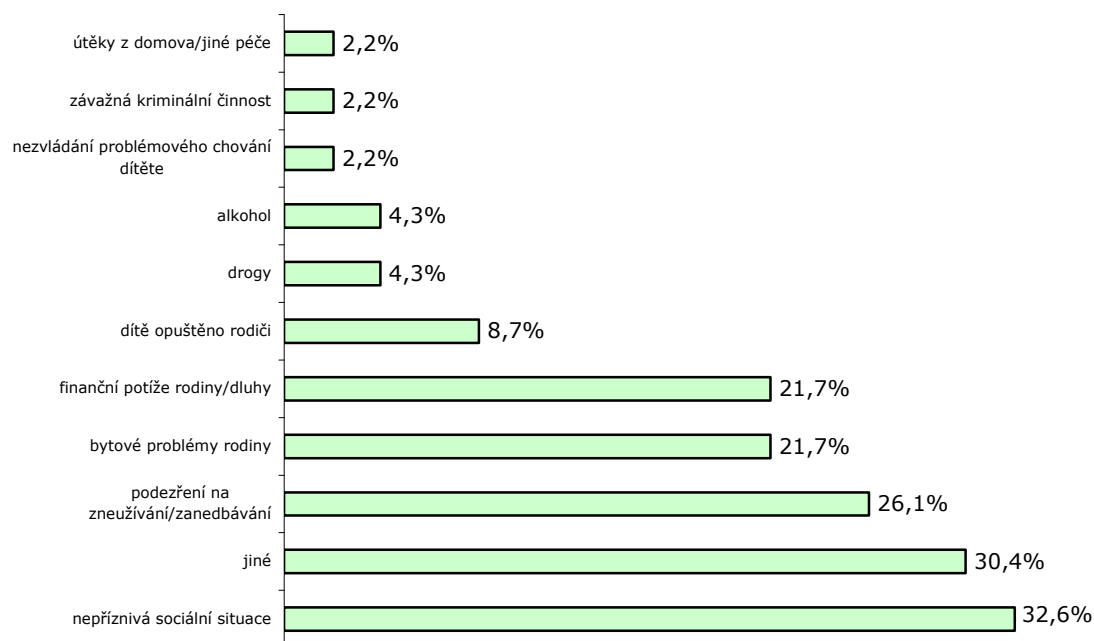
Přijetí

Děti byly do zařízení umístěny ve více než 2/3 případů z biologické rodiny. Dále se jednalo o skupinu označenou jako „jiné“ (28 %), jednotlivé případy však již nebyly konkrétně specifikovány.

Hlavními důvody přijetí dětí do zařízení byly především nepříznivá sociální situace rodiny, jiné důvody, mezi které patřila zejména hospitalizace, popř. zdravotní stav matky, s odstupem pak např. složitá situace či soudní jednání. Četnějšími důvody přijetí byly dále podezření na zneužívání/zanedbávání, bytové a finanční problémy rodiny.

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

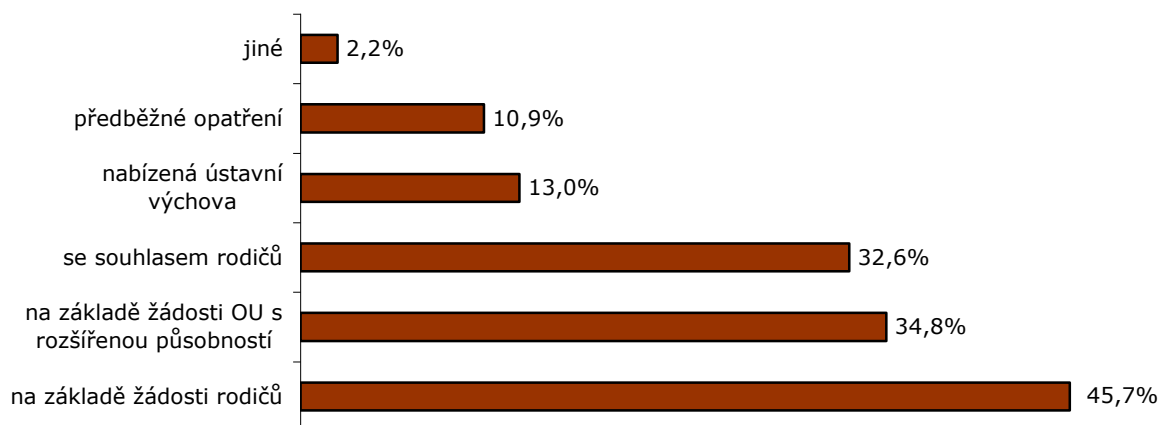
Graf č. 16 **Hlavní důvody přijetí dítěte do instituce (%)**



Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Umístění dítěte do zařízení bylo nejčastěji učiněno na základě žádosti rodičů. Mezi dalšími možnostmi rozhodnutí o umístění byla uváděna především žádost obecního úřadu s rozšířenou působností, v naprosté většině případů vyskytující se ve spojení se souhlasem rodičů.

Graf č. 17 **Způsoby rozhodnutí o přijetí (v %)**



Pozn. Vzhledem k zaznamenání více možností u jednoho dítěte matematický součet procentních podílů převyšuje 100 %.

Pětina dětí již byla v době předcházející přijetí do zařízení někdy umístěna mimo biologickou rodinu, nejčastěji jednou či dvakrát. Žádné z dětí nebylo nikdy před příchodem do zařízení umístěno na psychiatrii.

Výraznější rozdíly mezi kraji u nejvíce zastoupených hlavních důvodů přijetí se vyskytovaly zejména v případě bytových a finančních problémů, které se v převážné většině týkaly dětí z Olomouckého kraje a podezření na zneužívání/zanedbávání, které se vyskytovalo pouze ve Zlínském kraji, ve kterém byla také více zastoupena skupina jiných důvodů přijetí. Umístění dítěte do zařízení na základě žádosti rodičů výrazně převládlo ve Zlínském kraji, naopak žádost obecního úřadu s rozšířenou působností byla v naprosté většině použita v Olomouckém kraji. Častější zkušenosti s opakovaným umístěním mimo biologickou rodinu měly děti ze zařízení ve Zlínském kraji.

Z hlediska nejvíce zastoupených hlavních důvodů přijetí byly nepříznivá sociální situace rodiny a podezření na zneužívání/zanedbávání výrazně více zastoupeny mezi dětmi jiného než většinového etnika, které byly naopak výhradně přijaty z důvodu bytových a finančních problémů rodiny. V případě dětí se speciální potřebou byly, ve srovnání s dětmi bez speciálních potřeb, relativně čtenější jiné důvody přijetí a podezření na zneužívání/zanedbávání, naopak se jich netýkaly případy bytových a finančních problémů a nepříznivé sociální situace (jedná se však o velmi malý soubor omezující statistickou interpretaci).

Na žádost obecního úřadu obce s rozšířenou působností byly do zařízení umístěny děti zejména většinového etnika, naopak přijetí dítěte na základě žádosti rodičů bylo častěji využito v případě dětí jiného než většinového etnika. Nejvíce zastoupené způsoby rozhodnutí o přijetí dítěte do zařízení byly o něco častěji využívány v případě dětí bez speciálních potřeb, oproti dětem se speciálními potřebami, v jejichž případě byly relativně čtenější využívány další způsoby rozhodnutí. Všechny děti přijaté do zařízení na základě žádosti obecního úřadu byly umístěny mimo biologickou rodinu poprvé. 2/3 dětí s předchozí zkušeností s umístěním mimo biologickou rodinu byly přijaty do zařízení na základě žádosti rodičů.

Opakované umístění mimo biologickou rodinu se o něco častěji týkalo dětí jiného než většinového etnika.

Kontakt se sociálním pracovníkem

Kontakt se sociálním pracovníkem probíhal převážně každé 3 měsíce (72 %). Kontakt byl realizován zejména telefonicky (96 %) a osobní návštěvou (87 %). Na-prostá většina případů měsíčního kontaktu se sociálním pracovníkem byla realizována ve Zlínském kraji.

Chování

Během pobytu dětí v zařízení nebyl zaznamenán žádný případ útěků či nená-vratu z návštěvy doma přesahující dobu trvání 24 hodin, pravidelné zneužívání návy-kových látek alkoholové i nealkoholové povahy se vyskytlo pouze v případě jediného dítěte a v žádném případě nebylo použito výchovných opatření.

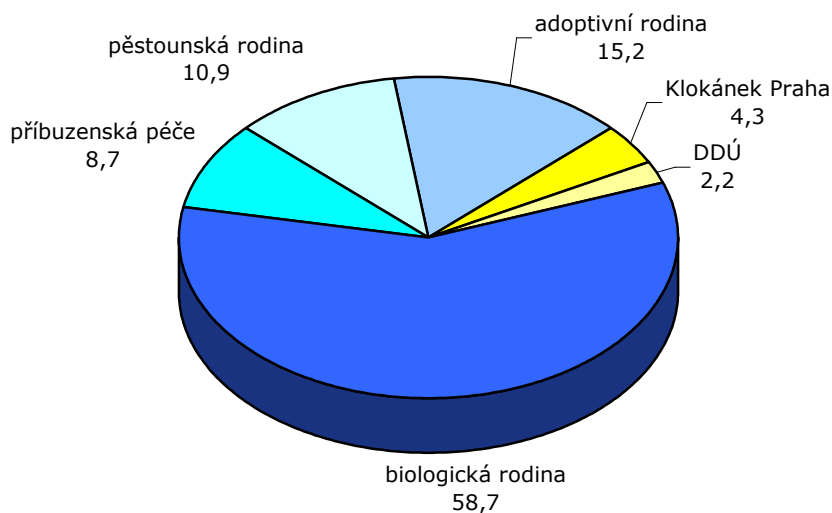
Propuštění dítěte

Více než polovina dětí byla ze zařízení propuštěna zpět do biologické rodiny, ostatní děti byly také převážně umístěny do náhradního rodinného prostředí, kdy se

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

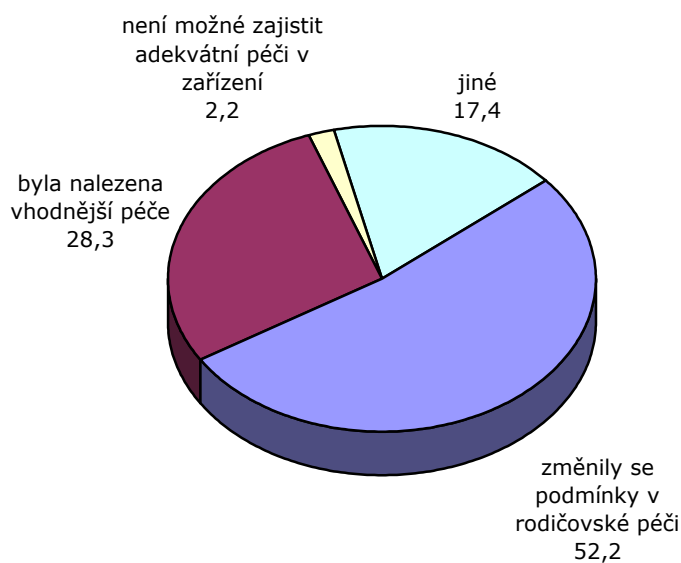
jednalo o adoptivní a pěstounskou rodinu či příbuzenskou péči. V institucionální péči dále zůstaly, tj. přešly do jiného zařízení, pouze tři děti.

Graf č. 18 **Umístění dítěte po propuštění ze zařízení (v %)**



Odchod dětí ze zařízení umožnily zejména změněné podmínky v rodičovské péči a nalezení vhodnější péče. Mezi jinými důvody propuštění dítěte ze zařízení byl nejčastěji uveden návrat matky, dále byly jako důvody vyjmenovány umístění do speciální nemocnice či narovnání vztahu dítěte a pěstouna.

Graf č. 19 **Důvody propuštění dítěte ze zařízení (v %)**



Zpět do biologické rodiny po ukončení pobytu v zařízení se vracely výrazně častěji děti ve Zlínském kraji, v Olomouckém kraji byly také současně více využívány i

další možnosti rodinné péče, zejména adoptivní rodina, a dále pěstounská rodina a příbuzenská péče. Ojedinelé případy následného institucionálního umístění byly zastoupeny pouze ve Zlínském kraji. Umístění do pěstounské či adoptivní rodiny se týkalo pouze dětí většinového etnika a kromě jednoho případu i dětí bez speciálních potřeb. Adopce byla realizována zejména u nejmladších dětí. Většina nejvíce zastoupených důvodů přijetí dítěte do zařízení nepředstavovala zásadní překážku v návratu zpět do biologické rodiny, pouze děti současně přijaté do zařízení také z důvodu finančních potíží rodiny byly častěji umístěny především mimo biologickou rodinu.

 Tabulka č. 3 **Umístění dítěte po propuštění ze zařízení v krajském členění**

kam bylo dítě propuštěno		kraj	
		Olomoucký	Zlínský
biologická rodina	abs.	8	19
	rel.	34,8	82,6
příbuzenská péče	abs.	3	1
	rel.	13,0	4,3
pěstounská rodina	abs.	5	0
	rel.	21,7	0,0
adoptivní rodina	abs.	7	0
	rel.	30,4	0,0
Klokánek, Praha	abs.	0	2
	rel.	0,0	8,7
DDÚ	abs.	0	1
	rel.	0,0	4,3
celkem	abs.	23	23
	rel.	100,0	100,0

 Tabulka č. 4 **Umístění dítěte po propuštění ze zařízení v členění podle etnické příslušnosti**

kam bylo dítě propuštěno		etnikum		
		většinové	romské	poloromské
biologická rodina	abs.	15	8	4
	rel.	45,5	88,9	100,0
příbuzenská péče	abs.	3	1	0
	rel.	9,1	11,1	0,0
pěstounská rodina	abs.	5	0	0
	rel.	15,2	0,0	0,0
adoptivní rodina	abs.	7	0	0
	rel.	21,2	0,0	0,0
Klokánek, Praha	abs.	2	0	0
	rel.	6,1	0,0	0,0
DDÚ	abs.	1	0	0
	rel.	3,0	0,0	0,0
celkem	abs.	33	9	4
	rel.	100,0	100,0	100,0

II. Péče o ohrožené děti v pobytových zařízeních

Tabulka č. 5 **Umístění po propuštění ze zařízení z hlediska speciálních potřeb dítěte**

kam bylo dítě propuštěno		speciální potřeby	
		ano	ne
biologická rodina	abs.	1	26
	rel.	20,0	63,4
příbuzenská péče	abs.	1	3
	rel.	20,0	7,3
pěstounská rodina	abs.	1	4
	rel.	20,0	9,8
adoptivní rodina	abs.	0	7
	rel.	0,0	17,1
Klokánek, Praha	abs.	1	1
	rel.	20,0	2,4
DDÚ	abs.	1	0
	rel.	20,0	0,0
celkem	abs.	5	41
	rel.	100,0	100,0

3. Výsledky pozorování v pobytových zařízeních

Pozorování proběhlo v období od září do října 2010 v celkem 40 pobytových zařízeních pro děti a mládež ve třech krajích: Karlovarském, Olomouckém a Zlínském. Objektem pozorování bylo několik typů zařízení: kojenecké ústavy, dětské domovy, výchovná zařízení (výchovné ústavy, střediska výchovné péče, diagnostické ústavy, dětské domovy se školou či školní jídelnou), domovy pro osoby ze zdravotním postižením, kde jsou děti, a zařízení pro děti vyžadující okamžitou péči. Tato část pozorování se zaměřila na materiální podmínky života dětí.

3.1 Zařízení pro děti mladší sedmi let

Údaje o třech zařízeních pro děti do sedmi let jsou uvedeny samostatně, protože pozorování zahrnuje poněkud odlišný soubor ukazatelů nežli u zařízení pro děti starší sedmi let.

V každém z pozorovaných zařízení byly některé děti mimo lůžko; jedno z dětí z kojeneckého ústavu v Karlovarském kraji bylo na návštěvě v rodině budoucích osvojitelů; děti předškolního věku z kojeneckého ústavu v Olomouckém kraji byly mimo lůžko z 80 %, během dne si hrají nebo navštěvují rehabilitace. Všechny děti z kojeneckého ústavu ve Zlínském kraji byly v době pozorování mimo lůžko; svačily a pak si venku hrály, přičemž hra odpovídala jejich věku (v zařízení nebyli žádní kojenci).

Počet lůžek na jednu místnost se v uvedených zařízeních pohybuje **od tří do dvanácti**. Dvanáct lůžek v jedné místnosti je v kojeneckém ústavu ve Zlínském kraji. Podle sociální pracovnice i psychologů je tento stav nevyhovující, avšak aktuálně neřešitelný, pouze existujícím provizoriem (sestavou nábytku).

Ve všech pozorovaných zařízeních jsou **děti ubytovány v místnostech uzpůsobených dětem daného věku, a to jak funkčně, tak esteticky**. Děti mají k dispozici hračky přiměřené jejich věku a rozvíjející jejich dovednosti. Všude jsou známky citlivého přístupu k dětem a jejich potřebám. Starší děti (tj. mimo kojence) mají k dispozici vlastní úložný prostor.

Poměr pečovatелů a dětí je v každém z pozorovaných zařízení poněkud odlišný. V kojeneckém ústavu v Karlovarském kraji připadá na jednoho pečovatele 6-7 dětí, v kojeneckém ústavu v Olomouckém kraji 1-5 dětí a v kojeneckém ústavu ve Zlínském kraji 6-8 dětí. V žádném z pozorování není zmínka o tom, že by byl počet pečovatелů nedostatečný či nadbytečný.

V době pozorování se **nevyskytl** v žádném ze zařízení jediný **případ zanedbávání péče** (jako je například krmení bez přímé asistence pečovatele či pečovatelky). Pokud nebyly starší děti krmeny, bylo tomu tak proto, že dokázaly jíst samostatně. Plačící děti byly pečovatelkami pochovány. Nestalo se, že by děti plakaly a nikdo si jich nevšímal. Děti nejevily známky stereotypního chování ani neprojevovaly nadměrnou přízeň či city cizím lidem. Hrály si s hračkami odpovídajícími jejich věku a zájmům.

Ve dvou zařízeních jsou děti jevící známky opoždění ve vývoji. Celkové opoždění vývoje a nižší mentální schopnosti některých dětí jsou dané vrozenými vadami nebo jsou důsledkem předchozí rodinné výchovy. Některé děti procházejí terapií (fyzioter-

pií, logopedií, psychologií, docházejí k lékaři v zařízení apod.).⁸⁴ V jednom z pozorovaných zařízení (Zlínský kraj) jsou děti zapojeny do režimu klasické výchovy a navštěvují školku, která je součástí tohoto zařízení.

V jednom ze zařízení (Zlínský kraj) byli v době pozorování na návštěvě rodiče a ve všech zařízeních byly návštěvy rodičů organizovány po dohodě s personálem a nebyly nijak omezovány. Rodiče ze vzdálenějších míst mohli dokonce v tomto zařízení i přespat. Ani jedno ze zařízení nebudilo dojem izolovanosti.

3.2 Zařízení pro děti starší sedmi let

Pozorovatelé zaznamenávali 39 základních ukazatelů zachycujících prostředí výchovných institucí pro děti. Ty byly rozříděny do několika skupin:

- 1) střediska výchovné péče, výchovné ústavy, diagnostické ústavy a dětské domovy se školou;
- 2) dětské domovy;
- 3) domovy pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou děti;
- 4) zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Všechna pozorování oceňují profesionalitu, otevřenost a vstřícnost osob odpovědných za chod zařízení a péči o dětské klienty. Chod zařízení bývá v souladu s potřebami klientů. V první skupině pozorovaných zařízení (střediska výchovné péče, výchovné ústavy, diagnostické ústavy a dětské domovy se školou pro děti s výchovnými problémy) upozorňují pozorovatelé na **absolutní nedostatek specializovaných zařízení pro děti s výchovnými problémy a současně psychiatrickou diagnózu**, což ztěžuje výchovný proces i běžný chod zařízení.

3.2.1 Střediska výchovné péče, výchovné ústavy, diagnostické ústavy a dětské domovy se školou

V této skupině bylo pozorováno celkem 13 zařízení. Jedno zařízení bylo pouze pro dívky, tři pouze pro chlapce a jedno ze zařízení mělo oddělené budovy pro dívky a pro chlapce. Ostatní zařízení byla smíšená.

V ložnicích jsou většinou 2-3 lůžka nebo 2-4; existují i jednolůžkové pokoje nebo pokoje pro dva. V jednom ze zařízení je 8 lůžek v jedné místnosti, což je nepřiměřeně mnoho.⁸⁵ Ve většině pozorovaných zařízení **má každé dítě svůj vlastní úložný prostor** s výjimkou jednoho zařízení ve Zlínském kraji. Pokud jsou v zařízení

⁸⁴ Citují: „V domově pro děti se zdravotním postižením (Karlovy Vary) bylo v době pozorování celkem 11 dětí, z toho jsou pouze 3 děti mobilní. Rozmístění dětí je podle stupně jejich zdravotního postižení. Jedná se o postižení smyslové, tělesné i mentální. Některé z dětí jsou vyživovány tzv. PEGem. Tři mobilní děti jedí samostatně. Ostatní děti jsou krmeny. Pokoje dětí jsou udržované, pohodově působící. Interiér navrhovala a realizovala výtvarnice. Lůžka jsou opatřena přehozem přes pokrývky. Výchovné skupiny nejsou rozděleny dle věku dětí a pohlaví, ale podle jejich schopností, proto jsou ve skupině nezletilé i zletilé děti“.

⁸⁵ Toto zařízení je umístěno ve starší zástavbě. Tvůří je dvě historické budovy (zvláště budova pro chlapce a zvláště pro dívky) s velkou zahradou, na jejichž opravu a údržbu evidentně není dostatek peněz. Pokoje dětí jsou i dle slov ředitelky zařízení nevyhovující - příliš velké, nezaručují téměř žádné soukromí. Z tohoto důvodu je v brzké době plánována výstavba nové budovy, kam by pokoje dětí měly být přestěhovány a děti by zde bydlely po dvou.

ubytovány současně dívky i chlapci, spí v oddělených místnostech. Ve třech zařízeních spí dívky a chlapci v sousedních místnostech. Ve dvou případech spí dívky a chlapci na různých patrech či v oddělených částech zařízení. V jednom zařízení spí starší a mladší děti na různých patrech či v oddělených částech zařízení.

Každé dítě má svůj zubní kartáček. Většinou mohou děti umístit v pokojích své obrázky či plakáty, pouze ve třech případech nikoli (zřejmě za trest). Ve většině zařízení nejsou ložnice přes den uzamčeny. Pouze ve třech případech ano. V jednom zařízení mají dívky vlastní klíč od pokoje, odpovídají za jeho ztrátu.

Počet toalet, van a sprch je v souladu s kapacitou zařízení a aktuálním počtem ubytovaných dětí. Všechny toalety mají kabinky s dveřmi, poskytují soukromí a nepáchnou. V některých zařízeních jsou sprchy i vany, někde jen sprchy. Některá zařízení disponují bezbariérovými WC a sprchami pro invalidní děti. Sprchy jsou všude odděleny závěsy a skýtají soukromí. Koupelny i toalety jsou všude čisté. Nejsou přes den uzamčeny ani v průběhu dne kontrolovány personálem.

Všechna pozorovaná zařízení mají **moderně vybavené kuchyně a jídelny**. Některá zařízení mají nejen centrální kuchyni, ale i malé cvičné kuchyně v bytových jednotkách, kde si děti mohou v průběhu dne nebo během víkendu samy připravovat jednoduchá jídla a nápoje. Ve většině pozorovaných zařízeních je patrná snaha po vytvoření domácí atmosféry a po rozvoji soběstačnosti klientů. Pozorovatelé hodnotili pozitivně jak prostředí, kde probíhalo stravování, tak i kvalitu jídla.

Ve všech pozorovaných zařízeních první skupiny je **dostatek prostoru pro hraní uvnitř budovy**. Hrací prostory jsou vybaveny zařízením odpovídajícím různým potřebám dětí. Záznamy pozorovatelů obsahují podrobný popis možností aktivního trávení volného času, jaká výchovná zařízení pro děti a mládež v současnosti nabízejí. Ve většině zařízení mají chovanci k dispozici televizi, počítače, sportoviště, hudební nástroje, výtvarné a keramické dílny atd. V době pozorování si hrály děti v šesti zařízeních ze čtrnácti; v ostatních měly školní výuku, nebo se připravovaly na vyučování, nebo svačily.

Většina zařízení má prostor určený pro **hry venku**, tj. vlastní zahradu či pozemek. Pouze jedno zařízení je situováno v běžné panelové zástavbě a nemá vlastní pozemek. Přestože se jedná o výchovné ústavy, pouze dvě zařízení budí dojem izolovanosti a uzavřenosti. Pokud má zařízení plot a vysoká vrata, pak je tomu tak z důvodů bezpečnosti o ochrany.⁸⁶ Až na jeden případ jsou venkovní prostory výchovných zařízení vhodně uzpůsobeny hrám dětí a jsou dostatečně veliké.

Pouze ve dvou případech si v době návštěvy pozorovatele děti venku hrály. V ostatních případech měly vyučování nebo se na vyučování připravovaly. Ve třech případech přšelo. Nic nenásvědčuje tomu, že by dětem nebyla hra venku umožněna. Sportovní vybavení ústavů jeví všude známky užívání.

Počet dětí, které má jeden vychovatel, respektive pečovatel na starosti, se značně liší podle věku dětí a kombinace důvodů, proč byly děti do výchovného zařízení umístěny. Nejmenší počet dětí na jednoho vychovatele (2) uvádí Středisko výchovné péče v Karlovarském kraji; maximálně 4 děti na jednoho pečovatele uvádí Dětský domov ve Zlínském kraji; 4-6, resp. 5-6 dětí na jednoho vychovatele uvádí dva výchovné ústavy v Karlovarském kraji. V ostatních zařízeních připadá na jednoho pečovatele podstatně více dětí, někdy až 8. Dětský diagnostický ústav v Olomouckém kraji **uvádí dokonce 15-32 dětí na jednoho vychovatele. V zařízení jsou**

⁸⁶ Cituji: „Zařízení je určeno nejčastěji pro děti s výraznými výchovnými problémy (trestná činnost, záškoláctví, agresivita, šikana). Z tohoto důvodu nemá zařízení volně uzpůsobený režim“ (DDŠ v Olomouckém kraji).

umístěny děti se závažnými výchovnými problémy a nadměrný počet dětí na jednoho vychovatele se jeví jako skutečný závažný problém.

Ve všech pozorovaných zařízeních vládla v průběhu pozorování mezi dětmi a personálem přátelská nálada. Pozorovatelé nezaznamenali ani v jednom ze zařízení známky toho, že by se děti bály některého ze zaměstnanců. V jednom z pozorovaných zařízení některé děti jeví známky stereotypního chování (Zlínský kraj). Ani v jednom z pozorovaných zařízení se neobjevila mezi dětmi ničím neodůvodněná agresivita, i když během jedné návštěvy došlo k incidentu (jeden chlapec s psychiatrickou diagnózou se pokusil zabít železnou tyčí jiného chlapce).

Zaměstnanci neprobírali většinou případy jednotlivých dětí s tazatelem v přítomnosti inkriminovaných dětí, pouze v jednom případě ano, a to zcela účelově v rámci sezení komunity. Konverzaci dětí s pozorovatelem žádný člen personálu nijak neomezoval, pouze v jednom případě byl minimální prostor pro konverzaci s dětmi způsoben tím, že pozorování probíhalo v době výuky.

Podle pozorovatelů **působily děti při konverzaci ve všech zařízeních uvolněně a přirozeně**, neměly problém s navázáním očního kontaktu, nestalo se, že by uhýbaly pohledem ani se nesnažily nijak nepřiměřeně projevovat náklonnost cizím lidem.

Většina dětí a mladistvých je schopna odpovědět na otázku, čím chtějí být, až vyrostou. Ale v pěti ze sedmi sledovaných zařízení ve Zlínském kraji nebyla tato otázka dětem položena; údajně to neumožnil program dne nebo to neumožnil věk dětí anebo to neumožnil typ výchovného zařízení (do ústavu jsou děti umístěny pouze na dva měsíce).

Režim návštěv rodičů závisí do určité míry na typu zařízení a diagnóze klientů. V době pozorování neprobíhala ani v jednom z výchovných ústavů návštěva rodičů. Režimy návštěv rodičů jsou v různých zařízeních odlišné, většinou nejsou nijak omezovány, ale obvykle jsou předem dohodnuty. Pouze ve dvou zařízeních v Karlovarském kraji byly návštěvy určeny vedením ústavu. V jednom případě byl určen jeden den v týdnu a návštěvě předcházelo komunitní sezení s rodiči, poté i s dětmi. Ve druhém případě byly vedením ústavu určeny některé víkendy v měsíci nebo návštěvy rodičů probíhaly v době prázdnin.

Zhruba polovina zařízení (6 ze 13) má k dispozici v případě potřeby izolační místnost opatřenou dveřmi se zámkem.

3.2.2 Dětské domovy

Pozorování se uskutečnilo ve čtrnácti dětských domovech (DD). Podmínky v dětských domovech jsou méně variabilní nežli ve výchovných ústavech. V dětských domovech bývají děti různého věku od těch, které ještě navštěvují předškolní zařízení až po středoškoláky. V některých dětských domovech jsou umístěni sourozenci, proto je uspořádání ložnic odlišné od jiných zařízení.

Počet lůžek v místnostech na spaní se pohybuje od jedné do čtyř. Každé dítě zde má vlastní úložný prostor (např. stolek se skříňkou u postele) na své osobní věci. Chlapci a dívky spí v sousedících místnostech. Někde spí dohromady v jedné místnosti chlapci i dívky, jestliže se jedná o sourozence. Ani v jednom dětském domově nespí chlapci a dívky na různých patrech či v oddělených částech zařízení. Pouze v jednom z dětských domovů spí starší a mladší děti na různých patrech či v oddělených částech zařízení (Zlínský kraj), jinak nejsou děti nijak separovány. Děti mají všude svůj vlastní

zubní kartáček a na stěnách pokoje vlastní plakáty, obrázky atd. Místnosti na spaní se v průběhu dne nezamykají a přístup do nich není kontrolován personálem. V jednom dětském domově se zamyká vchod do výchovné skupiny a vychovatel ví o příchodu každého dítěte.

Počet toalet, van a sprch odpovídá kapacitě DD. Všechny toalety mají kabinky s dveřmi a poskytují soukromí. Jsou čisté a nepáchnou. V některých DD jsou umístěny sprchy i vany, někde jen sprchy, některá zařízení disponují bezbariérovými WC a sprchami pro invalidní děti. Sprchy jsou odděleny závěsy a skýtají soukromí. Koupelny i toalety jsou všude čisté a udržované. V průběhu dne jsou otevřeny a nejsou kontrolovány personálem. Ani v jednom z pozorování se nevyskytla výtka, která by směřovala k nedostatečnému vybavení dětských domovů hygienickými zařízeními.

Všechny dětské domovy mívají obvykle centrální kuchyně vybavené podle současných platných norem. Ve většině DD mívají výchovné skupiny i své vlastní cvičné kuchyňky na přípravu jednoduchých jídel a svačin v průběhu dne a na výuku vaření. O víkendech si často připravují děti samy jídlo za dohledu personálu v rámci činnosti výchovných skupin. Připravují se tak na samostatný život v budoucnu. Uspořádání kuchyní a jídelen bývá v DD různé. Některé DD jsou rodinného typu a zde si rodinné jednotky často připravují veškeré jídlo samy.⁸⁷ Znamená to, že děti participují pod dohledem dospělých na přípravě jídel. Ve všech DD mají čisté a útulné jídelny, i když variabilní co do plochy a zařízení.

Ve všech pozorovaných DD mají děti dostatek prostoru pro hry uvnitř budovy. Vybavení místností, kde si děti hrají, bývá v pozorováních do detailu popsáno. Většina DD disponuje nadstandardním vybavením hracích prostor.⁸⁸ Ty jsou uzpůsobeny dětem různého věku a jejich různým potřebám. Umožňují aktivní trávení volného času dětí s různými zájmy. Ve většině případů si v době pozorování děti hrály, přičemž hry odpovídaly jejich věku.⁸⁹ Nestalo se ani jedinkrát, že by hra neodpovídala věku dítěte.

Ani jeden z dětských domovů nebudí dojem uzavřenosti a izolovanosti. V některých pozorováních se uvádí, že je DD permanentně otevřen. Venkovní prostory byly ve všech případech upravené a dostatečně veliké s výjimkou jednoho DD v Olomouckém kraji.⁹⁰ Kromě pěti případů si děti během návštěvy pozorovatele venku nehrály, někdy proto, že to počasí nedovolovalo nebo byl již večer nebo byly právě ve škole nebo se do školy připravovaly. Z pozorování však vyplynulo, že měly vesměs dobré podmínky pro hry venku, některé DD jsou dobře vybavené různým sportovním náčiním a že hra venku je běžnou součástí jejich života, což potvrdili i vychovatelé.

Ve výchovných skupinách je obvykle na jednoho vychovatele 6-8 dětí, ale i méně. V jednom z DD v Olomouckém kraji připadá na jednoho vychovatele 15-32 dětí, v jiném 10-24 dětí, což je nepoměrně více nežli v jiných DD. Mezi dětmi a odbornými zaměstnanci vládla v době pozorování přátelská atmosféra. Děti se nebály žádného z vychovatelů či zaměstnanců, stereotypní chování ani neodůvodněná agresivita se mezi nimi neobjevily. Zaměstnanci neprobírali před dětmi jejich případy a pohovor s pozorovatelem probíhal bez účasti vychovatele či personálu. Děti působily vesměs přirozeně

⁸⁷ Cituji: „DD je rodinný domek pro 8-10 dětí. Zřizuje církevní právnická osoba, zařízení působí rodinným dojmem, v zařízení se nacházejí společné pokoje, obývací část i koupelny s WC. V budově je jedna jídelna, která současně slouží jako obývací část. V zařízení není zaměstnána kuchařka, jídlo připravují vychovatelé společně s dětmi“.

⁸⁸ Cituji: „Každá rodinná jednotka má své vlastní prostory herny, které jsou uzpůsobeny věku dětí. Současně mají děti své osobní věci na pokojích, včetně PC, her a podobně“ .

⁸⁹ Cituji: „Většina dětí se v době pozorování pohybovala po budově, případně byla na cestě po kroužcích. Některé děti si hrály společně, některé byly na pokojích, hrály si s osobními PC.“

⁹⁰ Jedná se o budovu zařazenou do zástavby panelových domů, bez zahrady.

a uvolněně a neměly problém s navázáním očního kontaktu, neuhýbaly pohledem. U žádného z nich se neprojevila "nadměrná" náklonnost k cizím lidem.

Starší děti měly většinou určitou představu o budoucím povolání, mladší děti opakovaly představy starších nebo ještě neměly reálné představy o budoucnosti.

Všechny DD umožňují rodičům styk s dětmi bez problémů. Ve dvou případech proběhla návštěva rodičů v době pozorování. Návštěvy rodičů nejsou žádným způsobem omezovány v žádném z DD, domlouvají se předem telefonicky. Doba návštěv probíhá kdykoliv mimo dobu školního vyučování. V některých DD rodiče navštěvují dítě přímo na jeho pokoji, ve výchovné skupině nebo jdou s dítětem na procházku mimo zařízení. Většinou jsou rodiči preferovány návštěvy dětí přímo v místě původního bydliště rodiny.

Pouze ve dvou DD v Karlovarském kraji měla zařízení uzamykatelnou izolační místnost. Jiné DD takovou místnost vůbec neměly.

Dětské domovy jsou obvykle vedeny tak, aby nahradily dětem rodinu. Děti žijí v prostředí, které má vyšší standard nežli běžné domácnosti. Pokoje jsou vybaveny moderním nábytkem, vymalovány a dekorovány tak, aby v nich bylo dětem dobře, kuchyně jsou obvykle vybaveny moderními spotřebiči lépe nežli běžné domácnosti. DD jsou všeobecně dobře vybaveny předměty sloužícími k aktivnímu trávení volného času, rozvíjení dovedností a myšlení dětí. DD mají obvykle vlastní pozemky či zahrady, kde si mohou děti hrát. Děti se ve výchovných skupinách učí soběstačnosti a pomáhají v domácnosti patrně více, nežli je zvykem u dětí vyrůstajících v rodinách. Běžný chod života připomíná chod domácnosti, protože jsou často v DD děti různého věku.

3.2.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Pozorování proběhlo v osmi domovech pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou děti (DOZP). V místnostech na spaní bývají většinou 1-4 lůžka. V jednom domově v Olomouckém kraji je 9 lůžek v jedné místnosti, což je příliš mnoho.⁹¹ Ve všech DOZP mají děti k dispozici vlastní úložný prostor. V pěti z osmi DOZP spí dívky a chlapci v sousedních místnostech. V jednom z osmi DOZP spí chlapci a dívky na různých patrech či v oddělených částech zařízení. V jednom z osmi DOZP spí starší a mladší děti na různých patrech či v oddělených částech zařízení. Ve všech DOZP mají děti vlastní zubní kartáček. Stěny jejich místností jsou vyzdobeny přiměřeně věku ubytovaných dětí, i když ne vždy pracemi samotných dětí.⁹² Místnosti, ve kterých děti spí, nejsou přes den uzamčeny a kontrolovány personálem. Všechny pokoje v DOZP mají bezbariérové vstupy.

Veškerá hygienická zařízení v pozorovaných DOZP jsou udržovaná, čistá a nepáchnou a jsou opatřena dveřmi či závěsy, takže umožňují vykonávání hygienických potřeb v soukromí, pokud to umožňuje zdravotní stav dětí.⁹³ Domovy jsou vybaveny toaletami a sprchami pro postižené děti.

⁹¹ Zařízení bojuje s nedostatkem prostoru. Děti na svých pokojích nemají velkou možnost se prostorově realizovat ve hře.

⁹² „Děti vzhledem ke svému těžkému zdravotnímu postižení nejsou ve většině případů schopné vlastních výtvorů, stěny jsou vyzdobeny personálem vhodnými motivy dle věku a nad postelí každého dítěte je jeho zářmovaná fotografie s jeho jménem.“ (domov ve Zlínském kraji)

⁹³ Dětem je zachováno soukromí, zároveň musí být ke každému dítěti přístup, aby byla možná asistence při osobní hygieně.

Kuchyně v DOZP jsou většinou moderně vybavené, pouze v jednom případě bylo vybavení kuchyně označeno za standardní a v jednom případě nebyla odpověď uvedena. V některých DOZP mají kromě centrální kuchyně i malé kuchyňky, které využívají mobilní klienti. Jídelny jsou čisté a jsou využívány mobilními dětmi (některé zdravotně postižené děti jsou krmeny v ložnicích sondou).

V případě špatného počasí mají děti většinou dost prostoru ke hraní, pouze v jednom případě se vyskytla záporná odpověď (domov v Olomouckém kraji). Prostory ke hraní většinou odpovídají možnostem a potřebám postižených dětí.⁹⁴ Z odpovědí pozorovatelů je zřejmé, že je o postižené děti dobře postaráno. Prostory ke hraní jsou uzpůsobeny různým potřebám dětí s různým zdravotním postižením a různého věku. Všechny děti si v době pozorování hrály a hry odpovídají jejich věku.

Některé DOZP budí dojem izolovanosti.⁹⁵ Venkovní prostory jsou většinou upravené a poskytují dostatečný prostor pro hry venku. Ve čtyřech DOZP si v době návštěvy pozorovatele děti hrály venku, ve čtyřech nikoli, i když počasí hru venku umožňovalo. Důvody, proč si děti nehrály venku, i když bylo hezky, byly různé. Kromě školní výuky či siesty to byly terénní úpravy v zahradě. Ve všech zařízeních byl venkovní prostor bezbariérový a bezpečný pro postižené děti s výjimkou ústavu, kde právě probíhala rekonstrukce zahrady (domov ve Zlínském kraji).

Poměr odborných zaměstnanců a dětí je v různých zařízeních různý. Nejmenší zjištěný počet je jeden opatrovatel na jednoho pacienta (domov v Karlovarském kraji), ale většinou tři až čtyři, ale i sedm až osm. Obecně lze těžko posoudit počet opatrovatelů k počtu postižených dětí, neznáme-li konkrétní diagnózu dětí umístěných v DOZP.

Ve všech DOZP vládla mezi dětmi a personálem atmosféra důvěry a porozumění. V žádném z nich se nevyskytly známky toho, že by se některé děti bály

⁹⁴ „Mobilní děti, v daném případě tři děti, jsou zařazeny do skupiny mezi mobilní a starší osoby. Každé dítě má vlastní plán péče. Dle svých schopností navštěvují tělocvičnu, spol. místnost, kde jsou různé hry a hračky, čtenářský koutek atd.“ (domov v Karlovarském kraji).

„Všechny děti navštěvují v dopoledních, některé i v odpoledních hodinách školní třídu, kde probíhá individuální školní příprava za asistence jedné učitelky a asistentky. Třídu jsem navštívila, je vybavena didaktickými hračkami a pomůckami, počítači, vhodným nábytkem, vč. matrace určené pro odpočinek dětí. Sledované děti bydlí společně na jednom oddělení (kde jsou také i zletilí uživatelé služby) de-facto ve 2 pokojích. K dispozici mají hernu vybavenou relaxačními pomůckami, dále se svým vychovatelem navštěvují místnosti, kde probíhá výtvarná, dramatická a hudební činnost, tělocvičnu a jídelnu se společenskou místností.“ (domov v Olomouckém kraji)

„Zařízení bojuje s nedostatkem prostoru. Děti na svých pokojích nemají velkou možnost se prostorově realizovat ve hře. Na oddělení u dětí s velmi těžkým zdravotním handicapem je možnost využít rehabilitační místnost, využívají u dětí také Canisterapii. U dětí s menší závislostí na pomoci personálu je možnost využít hernu, která je nedaleko místnosti určené ke spánku. Se všemi dětmi rovněž pracuje externí vychovatelka, která je individuálně v rámci týdenního rozvrhu přivádí do místností denních aktivit ve vedlejší budově. Zde se děti věnují strukturální výchově, rozumové výchově a smyslové výchově. Vychovatelka využívá muzikoterapie, techniky snoozelend, reflexní a bazální terapie. Děti, které navštěvují speciální školu, si v uvedených místnostech plní domácí přípravu za pomoci vychovatelky. Další vychovatelka (zároveň hlavní vychovatelka) se věnuje dětem po stránce logopedické. Děti se k uvedené individuální aktivitě za přítomnosti externí vychovatelky dostanou zpravidla 2x týdně vždy cca na 1 hodinu, u dětí se symptomy autismu aktivita probíhá pravidelně, tj. každý den. Dále děti navštěvují kroužek keramiky, výtvarné činnosti nebo textilní dílny. Zařízení disponuje také velkým společenským sálem a dílnou na úpravu květin. U dětí s velkým zdravotním omezením mají pracovníci hračky uloženy pod jednou z postelí v místnosti určené ke spánku. Ostatní děti mají hračky uložené v herně. Prostory k rozvoji jednotlivých složek osobnosti a pro volnočasovou aktivitu jsou vybaveny adekvátními pomůckami.“ (domov v Olomouckém kraji)

„Na každém oddělení jsou společenské místnosti sloužící jako herny, dále je v objektu tělocvična, rehabilitační bazén.“ (domov ve Zlínském kraji)

⁹⁵ „Zařízení je velká budova, která je rozčleněna do několika částí. V poslední době se připravují kroky k transformaci části zařízení s ohledem na aktuální trendy v oblasti sociálních služeb“ (domov v Olomouckém kraji).

některého ze zaměstnanců. V šesti z osmi domovů některé děti vykazovaly znaky „stereotypního chování“, což bývá součástí některých onemocnění. Ani v jednom DOZP se u dětí neobjevovala neodůvodněná agresivita ani známky sebepoškozování. Oblečení dětí bylo udržované a čisté.

Zaměstnanci probírali případy jednotlivých dětí s tazatelem v přítomnosti inkriminovaných dětí, ale pouze v obecné rovině. V jednom z pozorování se uvádí, že personál omezoval konverzaci dětí s návštěvníky, ale není blíže uvedeno proč. Nadměrná náklonnost k cizím lidem byla zaznamenána v pěti z osmi pozorování.⁹⁶ Personál ve všech ústavech reagoval podle záznamu pozorovatelů na potřeby dětí.⁹⁷ U žádného z dětí nebyl nijak omezen pohyb (např. svěrací kazajka, svázané ruce, připoutání k lůžku atd.).

Ve dvou domovech byly v době pozorování na návštěvě rodiče některých dětí. Návštěvy ve všech domovech jsou možné bez omezení, a to na základě předchozí domluvy. Ve většině pozorovaných DOZP bylo vše v pořádku, pouze v jednom z nich se personálu nedařilo prosadit potřebné změny a zlepšení, ačkoli se o to snažil.⁹⁸

3.2.4 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Objektem pozorování byla dvě zařízení - zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) v Olomouckém kraji s kapacitou 10 dětí a ZDVOP ve Zlínském kraji s kapacitou 28 dětí.

Děti spí v uvedených zařízeních po dvou, maximálně po třech. Každé dítě má k dispozici vlastní úložný prostor na své osobní věci a vlastní zubní kartáček. V jednom ze zařízení spí chlapci a dívky na jednom pokoji, ale jen pokud se jedná o sourozence. Chlapci a dívky ale mají ložnice na stejných patrech, nejsou separováni. Děti si smí vyzdobit ložnice vlastními obrázky či plakáty. Ložnice nejsou přes den zamykány ani kontrolovány personálem.

V zařízení pro deset dětí jsou dvě toalety určené pro děti, jejichž kabinky mají dveře, a tudíž mohou děti vykonávat potřebu v soukromí. Jsou tam dvě sprchy/vany opatřené závěsy. V zařízení pro 28 dětí je 7 toalet určených pro děti a 7 sprch/van. Toalety i koupelny jsou čisté, nejsou přes den uzamykány a vstup do nich není kontrolován personálem.

⁹⁶ „Pozorování provedeno za přítomnosti soc. pracovnice, která je dětem známa. Děti se po mém příchodu okamžitě snažily o získání přízně. Chytaly nás za ruce, objímaly v pase, tiskly se apod.“ (domov v Karlovarském kraji).

⁹⁷ „Některé děti sténaly, pracovníci na jejich projevy reagovali, hladili je po tváři, po rameni, slovně utěšovali.“ (domov v Olomouckém kraji)

„Pečovatelky reagovaly na pláč dětí např. houpáním dětí v houpacích sítích, masážemi, vozením v kočárku.“ (domov ve Zlínském kraji)

„Hovořila jsem pouze se 2 chlapci, u ostatních dětí verbální komunikace nebyla možná vzhledem ke stupni a charakteru postižení. V době mé přítomnosti žádné z dětí neplakalo ani nesténalo. Pracovníci k dětem přistupovali vstřícně, v případě odpočívajícího chlapce s těžkým zdravotním handicapem využívali nonverbální komunikace (pohlazení, chycení za ruku), u dalších dětí je slovně instruovali, vedli při zvládnání jednotlivých úkonů. U dětí se středně těžkým handicapem pracovníci adekvátně reagovali na jejich sdělení.“ (domov v Olomouckém kraji).

⁹⁸ „Domov (v Olomouckém kraji) jsem navštívila 22.9.2010 v poledních a odpoledních hodinách (tj. od 12,30 hodin do 14,00 hodin). Personál ke mně přistupoval vstřícně a otevřeně. Hovořila jsem se 2 vychovateli, 2 zdravotníky, 1 vrchní sestrou a sociální pracovnící, v úvodu i s ředitelem zařízení. Navštívila jsem celý areál Domova, zejména jsem se zaměřila na pokoje a další místnosti, prostory, ve kterých se mohou pohybovat dětské klienti. I přesto, že management i pracovníci zařízení usilují o změnu, velkým problémem zařízení zůstává nedostatek osobního prostoru jednotlivých klientů uvnitř budovy. U dětí s hlubokou mentální retardací (oddělení 1) bych také uvítala hernu a snoozelend místnost v těsné blízkosti pokoje dětí.“

V zařízení s kapacitou 10 dětí do 18 let je jedna společná kuchyňka, kterou využívají všechny děti společně. Kromě kuchyňky je v zařízení místnost určená jako jídelna a současně třída. Obě místnosti jsou čisté. Ve druhém z pozorovaných zařízení je 7 bytů a v každém z nich je plně vybavená kuchyně. V zařízení není společná jídelna, v každém bytě je stůl s pěti židlemi a vše je čisté.

V obou zařízeních mají děti uvnitř budovy dostatečný prostor ke hraní. Děti jsou umístěny ve dvou patrech. Na každém patře je obývací pokoj, případně jídelna, která je uzpůsobena na realizaci volnočasových aktivit. V zařízení je i keramická dílna (Středisko sociální prevence, Olomouc). Prostory jsou uzpůsobeny potřebám dětí a děti zde hrají hry přiměřené jejich věku. V době návštěvy pozorovatele si v obou zařízeních některé děti hrály. V zařízení (Středisko sociální prevence, Olomouc) byly při návštěvě pozorovatele 2 děti, 3 byly na návštěvě u rodičů. Trávení času odpovídalo jejich věku, hrály si s PC.

Ani jedno ze zařízení nebudí dojem izolovanosti. V obou zařízeních jsou venkovní prostory upravené. V jednom z nich jsou venkovní prostory dostatečně velké pro hry venku, ve druhém nikoli. V jednom ze zařízení si děti v době návštěvy pozorovatele venku hrály,⁹⁹ ve druhém nikoli.

Jedno ze zařízení má jednoho vychovatele na 2 děti, ve druhém připadají na jednoho vychovatele maximálně 4 děti.

Mezi dětmi a zaměstnanci vládla v době pozorování přátelská atmosféra. Ani v jednom ze zařízení nevykazovaly děti známky stereotypního chování a neodůvodněné agresivity. Personál neprobíral v přítomnosti dětí jejich kauzy, nebránil dětem v komunikaci s pozorovatelem a děti působily při konverzaci uvolněně a přirozeně, neměly problém s navázáním očního kontaktu, neuhýbaly pohledem, neprojevovala se u nich nadměrná náklonnost k cizím lidem. Děti měly představy o tom, čím by chtěly být, až vyrostou.

Ani v jednom ze zařízení nebyli v době pozorování na návštěvě rodiče. Podle vyjádření personálu jsou návštěvy rodičů možné kdykoli po předchozí domluvě. Děti mohou se svými rodiči, kteří za nimi přijedou na návštěvu, odejít, po předchozí domluvě s personálem, na procházku mimo zařízení.

Objektem pozorování bylo:

- 1) ZDVOP v Olomouckém kraji: „Pozorování proběhlo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které je určeno pro děti ve věku od 6-18 let. Jedná se o zařízení, které zřizuje Olomoucký kraj a je primárně určeno pro ohrožené děti. Zařízení je 3 patrové, ve dvou patrech se nacházejí pokoje dětí, které mají sociální zařízení na patře. Průvodcem v zařízení byla vychovatelka. V době návštěvy se v zařízení nacházely dvě děti, které se připravovaly na dopolední program. Jejich aktivity odpovídaly jejich věku. Komunikace s nimi probíhala bezproblémově, byly otevřené, odpovídaly během hovoru na všechny položené otázky. Jedná se o zařízení, které je v městské zástavbě jako řadový rodinný domek. V zařízení se připravuje projekt na využití půdní vestavby pro službu Intervenčního centra, kterou zařízení zajišťuje pro Olomoucký kraj. Současně bude v rámci této investice zajištěn bezbariérový přístup. V zařízení probíhají návštěvy rodičů nebo osob blízkých vždy po vzájemné domluvě. Zařízení úzce spolupracuje s OSPOD, které mají děti umístěné v zařízení ve své evidenci“.

⁹⁹ Počasí bylo hezké, tak děti trávily volný čas venku, dle věku si hrály na pískovišti, jezdily na skluzavce, na kole (ZDVOP ve Zlínském kraji).

- 2) ZDVOP ve Zlínském kraji: „Zařízení se nachází v městské zástavbě, objekt je po rekonstrukci, moderně vybaven. Kapacita zařízení je 28 míst. V objektu je 7 třípokojových bytů. V bytě může žít 1-4 děti, o které pečuje ve dne v noci teta (v bytě jsou dvě a střídají se po týdnu). Byt se skládá ze 2 dvoulůžkových pokojů pro děti, kuchyně s jídelním koutem spojené s obývacím pokojem vybaveným televizí, z koupelny, toalety. Každý byt má vlastní sklep, dále k dispozici kočárkárnu, sušárnu prádla, kolárku. K objektu patří zahrada vybavená pískovištěm, skluzavkou pro děti, lavičkami. Zařízení je propojeno s terénní a ambulantní složkou - v budově sídlí pobočka FOD (registrace sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociální rehabilitace). Vedoucí zařízení mě ochotně provedla zařízením, měla jsem možnost si prohlédnout všechny byty, které působí útulně. Vzhledem k tomu, že bylo pěkné počasí, většina tet s dětmi se chystala ven na zahradu nebo si již na zahradě hrály - dle věku si děti hrály na pískovišti, jezdily na kole, na skluzavce“.

3.3 Závěry

Pozorovaná zařízení mají nahradit rodinnou péči dětem, které jsou nemocné, fyzicky či mentálně postižené, nemají rodiče anebo jejich rodiče neplní dobře své rodičovské funkce a děti mají závažné výchovné problémy.

Pozorování sledovalo zejména materiální životní podmínky dětí v pobytových zařízeních pro ohrožené děti a mládež. Lze konstatovat, že po materiální stránce jsou zařízení velmi dobře vybavena. Výjimkou jsou domovy umístěné ve starších historických budovách. Jejich interiéry nelze vždy zcela přizpůsobit potřebám malých dětí, ačkoli snaha personálu rozhodně podle pozorovatelů nechybí. Ve většině pozorování ale nebyly zjištěny žádné závažné materiální nedostatky.

Nejdůležitějším zjištěním z pozorování je převládající spokojenost s provozem a fungováním zařízení pro ohrožené děti.¹⁰⁰ Zejména je oceňována otevřenost a vstřícnost personálu, jejich profesionální zdatnost a obětavost. Nedostatkem je nízký počet zařízení pro děti s výchovnými problémy a psychiatrickou diagnózou v České republice. Chod některých zařízení je komplikován omezeným objemem finančních prostředků. Ve dvou případech bylo poukázáno na nevhodné umístění dětských pobytových zařízení do historicky chráněných budov, které nejsou z hlediska péče o malé děti a mladistvé z hlediska provozu zcela vyhovující.¹⁰¹ V jednom případě bylo kritizováno umístění dětského centra do dvou objektů, což komplikuje běžný chod zařízení.

¹⁰⁰ „V současné době pracovníci narážejí na nedostatek specializovaných zařízení pro děti, které potřebují výchovně léčebný režim. Stávající velikost výchovných skupin a počet zaměstnanců nestačí potřebným způsobem řešit potřeby dětí vyžadujících výchovně léčebný režim v důsledku jejich psychického onemocnění a zároveň u ostatních dětí odpovědně plnit úkoly výchovné, vzdělávací a sociální dané podstatou zařízení... Vzhledem k absolutnímu nedostatku takovýchto zařízení jsou děti diagnostickými ústavů umístovány spolu s ostatními dětmi do výchovných ústavů, a tím je velmi znesnadněna, někdy i znemožněna výchovná práce odborníků s dětmi.“ (Výchovný ústav v Olomouckém kraji). „Složitost výchovného přístupu k dětem, které se nacházejí v zařízení, je znásobena zvyšující se agresivitou dětí a dopadem závažných výchovných problémů, se kterými přicházejí.“ (Dětský diagnostický ústav v Olomouckém kraji).

¹⁰¹ „Zařízení se nachází v historické budově, což s sebou přináší komplikace při rekonstruování pro lepší uzpůsobení dětem. Největší problém je v tom, že 2 oddělení dětí mají společnou jednu velkou místnost, která slouží jako ložnice. S ohledem na budovu jako památku není možné tento prostor zmenšit přepážkami. V ložnici jsou proto alespoň skříňemi oddělené prostory vždy pro 4 postele, kterých je v místnosti celkem 12. Tento stav sociální pracovníce i psychologka označily za nevyhovující, avšak aktuálně neřešitelný. Děti však v ložnici tráví čas jen spánkem. Jinak má každé oddělení pro sebe velkou místnost sloužící jako herna, odpočívárna a jídelna. Vše je uzpůsobeno dětem“ (kojenecký ústav ve Zlínském kraji).

III. Služby pro rodiny, děti a mládež

1. Úvod

V této části studie jsou shrnuty nejdůležitější poznatky získané prostřednictvím výzkumného šetření realizovaného mezi organizacemi a zařízeními poskytujícími služby pro rodiny, děti a mládež. Do tohoto šetření byly zahrnuty organizace a zařízení, jež sídlily nebo jejichž působnost zahrnovala území Karlovarského, Olomouckého anebo Zlínského kraje. Výzkumné šetření si kladlo za cíl získat obecnější přehled o některých charakteristikách a činnosti organizací věnujících se v těchto krajích práci s rodinou, dětmi a mládeží. Zaměřilo se zejména na podmínky poskytování služeb, jako je financování (jeho zdroje a dostatečnost) a personální zajištění (početnost a kvalifikovanost), dále na dostupnost služeb, spolupráci sledovaných organizací s dalšími subjekty v zájmu efektivity pomoci poskytované rodinám, zvláště pak na spolupráci s OSPOD jako subjektem koordinujícím podpůrné aktivity pro ohrožené rodiny a děti. Jedním z cílů bylo zjistit i postavení neziskových organizací ve stávajícím systému péče o ohrožené děti a rodiny jako základ pro hledání možností posílení a rozšíření jejich role v procesu transformace systému sociálně-právní ochrany dětí.

Dotazníkové zjišťování proto zahrnovalo tyto **tematické oblasti**:

- základní charakteristiky organizace (sídlo centrály či zastřešující organizace, sídlo dotazované pobočky, sídlo organizací zajišťované služby),
- jejich cílové skupiny (včetně otázky týkající se podpory osob mimo stěžejní cílové skupiny organizace),
- pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „SPOD“), spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí,
- kapacita poskytovaných služeb a jejich vytíženost,
- personální a odborné zajištění poskytovaných služeb, kvalifikační předpoklady personálu a možnosti jejich rozvoje v organizaci,
- vybrané finanční aspekty (provozní a investiční náklady, struktura příjmů organizace),
- hlavní problémy, s nimiž se organizace při poskytování jejích služeb potýká,
- systém poskytování sociálních služeb, jejich návaznost a spolupráce mezi různými organizacemi
- dostupnost služeb poskytovaných organizací (územní působnost).

Do kvantitativního šetření byly zahrnuty tři základní **skupiny zkoumaných subjektů**: (1) poskytovatelé vybraných typů sociálních služeb, (2) organizace poskytující služby v oblasti náhradní rodinné péče a (3) vybrané organizace poskytující psychologické, pedagogické či zdravotnické služby, jež poskytují podporu a pomoc rodinám, dětem a mládeži. Jako relevantní pro zaměření tohoto výzkumu byly vytipovány tyto sociální služby:

- azylový dům,
- centrum denních služeb,
- denní stacionář,

- dům na půli cesty,
- intervenční centrum,
- kontaktní centrum,
- krizová pomoc,
- nízkoprahové zařízení pro děti a mládež,
- odborné sociální poradenství,
- raná péče,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociální rehabilitace,
- telefonická krizová pomoc,
- terapeutické komunity a
- terénní programy.

Dotazník byl respondentům zaslán prostřednictvím elektronické pošty a řešitel projektu při jejich rozesílání velmi úzce spolupracoval s pracovníky Krajských úřadů Karlovarského, Olomouckého a Zlínského kraje. Sběr dat probíhal od října do listopadu 2010. Způsob distribuce a sběru dotazníků nezaručuje reprezentativitu souboru, ale s ohledem na časové a finanční možnosti projektu i na dostupnost kontaktních údajů na jednotlivé organizace nebylo možné při sběru dat využít postupy zaručující vyšší reprezentativitu souboru.

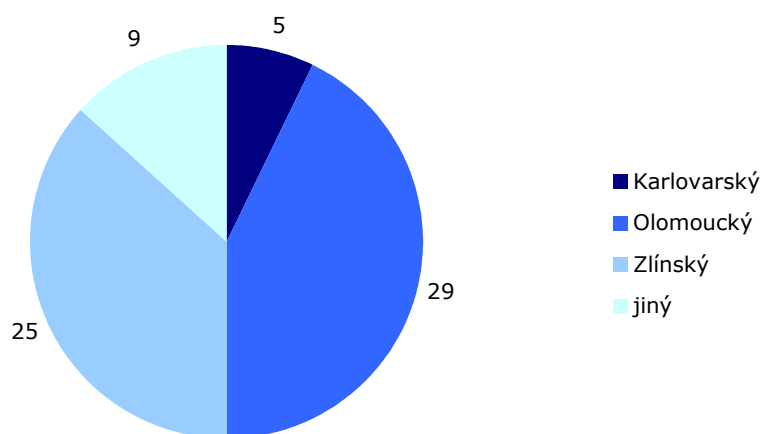
Jednotkou dotazování v tomto šetření nebyly samotné organizace, ale jednotlivá jimi provozovaná zařízení. Jako „organizace“ budou v následujícím textu chápány poskytovatelé sociálních či jiných služeb. Pojem „zařízení“ pak bude odkazovat k samostatné organizační jednotce určité organizace, jež poskytuje sociální či jiné služby a působí v určitém kraji, obci či lokalitě. Jedna organizace tak může provozovat jedno či více zařízení. Nejužším dále používaným pojmem bude pojem „služba“. Jedno zařízení může poskytovat jednu či více služeb. Podrobnosti o struktuře vzorku z tohoto hlediska viz dále.

Nebude-li uvedeno jinak, budou všechny tabulky a grafy v následujících kapitolách zpracovány z dat kvantitativního šetření mezi organizacemi poskytujícími služby pro rodiny, děti a mládež.

2. Základní údaje o organizacích a zařízeních a o jejich působení

V kvantitativním šetření mezi organizacemi a zařízeními poskytujícími služby pro rodiny, děti a mládež (sociální služby, služby v oblasti náhradní rodinné péče, případně další typy služeb) bylo získáno **celkem 68 vyplněných dotazníků**. S ohledem na realizaci šetření ve třech vybraných krajích bylo přirozeně zjišťováno **sídlo dotazovaných zařízení, popřípadě organizací**.¹⁰² Největší počty dotazníků byly získány ze zařízení, popřípadě organizací sídlících v Olomouckém kraji (29) a Zlínském kraji (25). V Karlovarském kraji byly získány dotazníky pouze z 5 organizací či zařízení.¹⁰³ Devět organizací či zařízení, které se do výzkumného šetření zapojily, sídlilo v některém z dalších krajů ČR, nicméně do šetření byly zahrnuty rovněž, neboť podle údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb tyto organizace či zařízení působily také v některém ze sledovaných krajů (jedna organizace působila ve Zlínském kraji, osm ve všech třech sledovaných krajích).

Graf č. 1 **Počty získaných dotazníků podle sídla organizace nebo zařízení**



Mezi základními charakteristikami organizace byly v dotazníku současně sledovány **informace o sídle organizace** (popřípadě o sídle její centrály) **a o sídle dotazovaného zařízení** (v případě odlišnosti od předchozího tedy o sídle pobočky organizace). Cílem tohoto zjišťování bylo rozlišit, zdali námi sledovaná zařízení jsou spíše pobočkami organizací s širší působností (s celorepublikovou působností nebo s více zařízeními v některém kraji či městě) nebo je provozují spíše organizace s místní působností. Regionálnímu rozsahu působnosti dotazovaného zařízení byla v dotazníku následně věnována další samostatná otázka. V případě tohoto zjišťování tak nebylo cílem zjistit regionální rozsah působení organizace, ale spíše rozlišit zařízení provozu-

¹⁰² Pakliže dotazovaným subjektem byla pobočka organizace s širší působností (organizace provozovala více různých zařízení), bylo pro určení sídla směrodatné sídlo zařízení, pakliže nebylo sídlo zařízení respondentem uvedeno, bylo v tomto ohledu směrodatné sídlo organizace.

¹⁰³ Jednalo se i rozlohou o nejmenší ze sledovaných krajů, také počet OSPOD a pobytových zařízení byl v tomto kraji nejnižší.

vaná většími organizacemi (popřípadě samostatné pobočky organizace spadající pod zastřešující organizace) od spíše menších zařízení sídlících na shodné adrese jako organizace, která je provozuje.

Pouze údaje o sídle organizace uvedlo 38 (56 %) dotázaných. Ve více než polovině případů tak patrně dotazovaná organizace neprovozovala více různých zařízení (nicméně i organizace provozující jedno zařízení mohly zajišťovat větší počet služeb - viz dále). Údaje o sídle organizace i o sídle zařízení uvedlo 29 dotázaných (43 %), z toho osm (12 %) jich mělo sídlo zařízení ve stejné obci jako sídlo organizace a u 21 (31 %) bylo sídlo zařízení v jiné obci než sídlo organizace, která jej provozovala.¹⁰⁴ Tyto údaje lze shrnout tak, že v rámci námi oslovených organizací patrně převažovaly takové, jež provozovaly zařízení poskytující služby pro rodiny, děti a mládež na stejné adrese, na níž sídlila i samotná organizace, tj. že ve zkoumaném vzorku patrně převažovaly spíše organizace působící přímo v určitém městě či určité lokalitě.

Další sledovanou otázkou byly **počty a typy služeb**, které dotazovaná zařízení poskytovala. 68 dotazovaných zařízení provozovalo celkově 152 služeb (tento úhrnný počet zahrnoval zařízeními zajišťované vybrané typy sociálních služeb, služby označované v dotazníku obecněji jako „psychologické služby“, „zdravotnické služby“, „služby pro náhradní rodinnou péči“ a „pedagogické služby“ a služby uvedené respondenty v možnosti „jiné“). Z tohoto celkového počtu se ve 116 případech jednalo o sociální služby (i v tomto případě byly započteny také sociální služby uvedené respondenty v možnosti „jiné“).

Jednu službu provozovalo 31 zařízení, dvě služby 16 zařízení, tři služby zajišťovalo 10 zařízení a čtyři či více služeb 11 zařízení. Jednu sociální službu poskytovalo 39 zařízení, dvě sociální služby 18 zařízení a 3 či více sociálních služeb 11 zařízení. V průměru tak jedno zařízení zajišťovalo 2,24 služeb, respektive 1,71 sociálních služeb.¹⁰⁵

Tabulka č. 1 **Celkový a průměrný počet sociálních služeb a služeb zajišťovaných dotázanými zařízeními** (včetně sociálních služeb a služeb uvedených v možnosti „jiné“)

typ údaje	celý soubor	z toho zařízení sídlící v kraji			
		Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	jiný
celkový počet všech služeb	152	9	69	43	31
celkový počet sociálních služeb	116	9	52	35	20
průměrný počet všech typů služeb	2,24	1,80	2,38	1,72	3,44
průměrný počet sociálních služeb	1,71	1,80	1,79	1,40	2,22

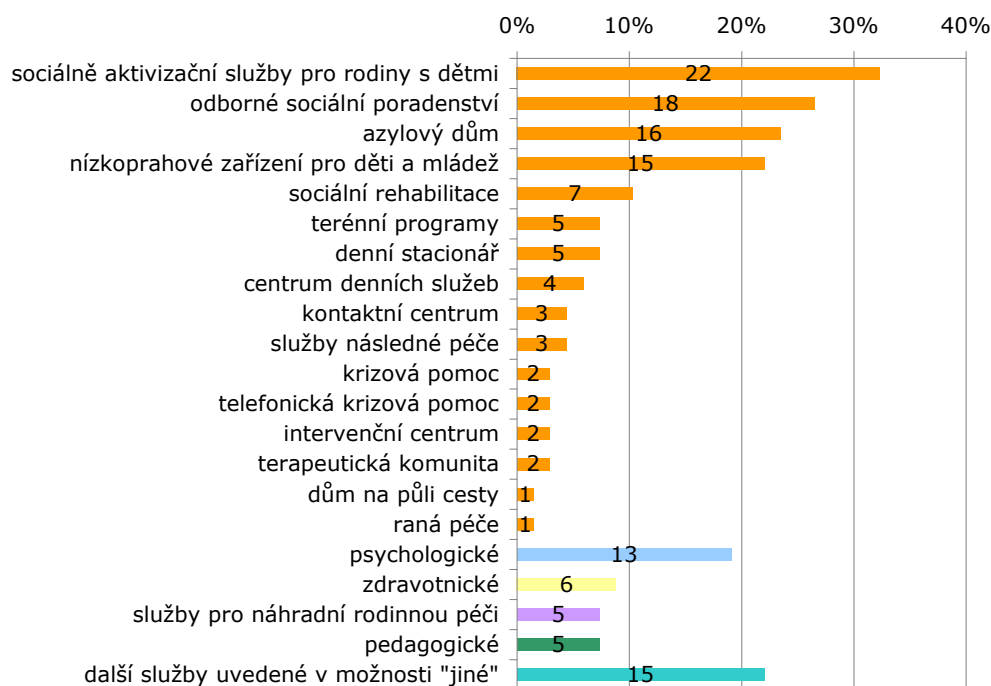
Ze sociálních služeb byly v největším počtu zařízení provozovány sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi (22 zařízení), odborné sociální poradenství (18), azylové domy (16) a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (15). Z nabídnutého seznamu jiných typů služeb pro rodiny, děti a mládež respondenti nejčastěji uváděli psychologické služby (13 dotázaných). Celkové počty jednotlivých sledovaných typů

¹⁰⁴ Z 21 obcí s odlišným sídlem organizace a zařízení jich 5 mělo sídlo organizace ve stejném kraji jako sídlo zařízení a u 16 zařízení měla centrála organizace sídlo v jiném kraji.

¹⁰⁵ Při výpočtu obou těchto hodnot byly zohledněny nejen odpovědi respondentů v nabídnutém seznamu služeb, ale také odpovědi upřesněné v možnosti „jiné“.

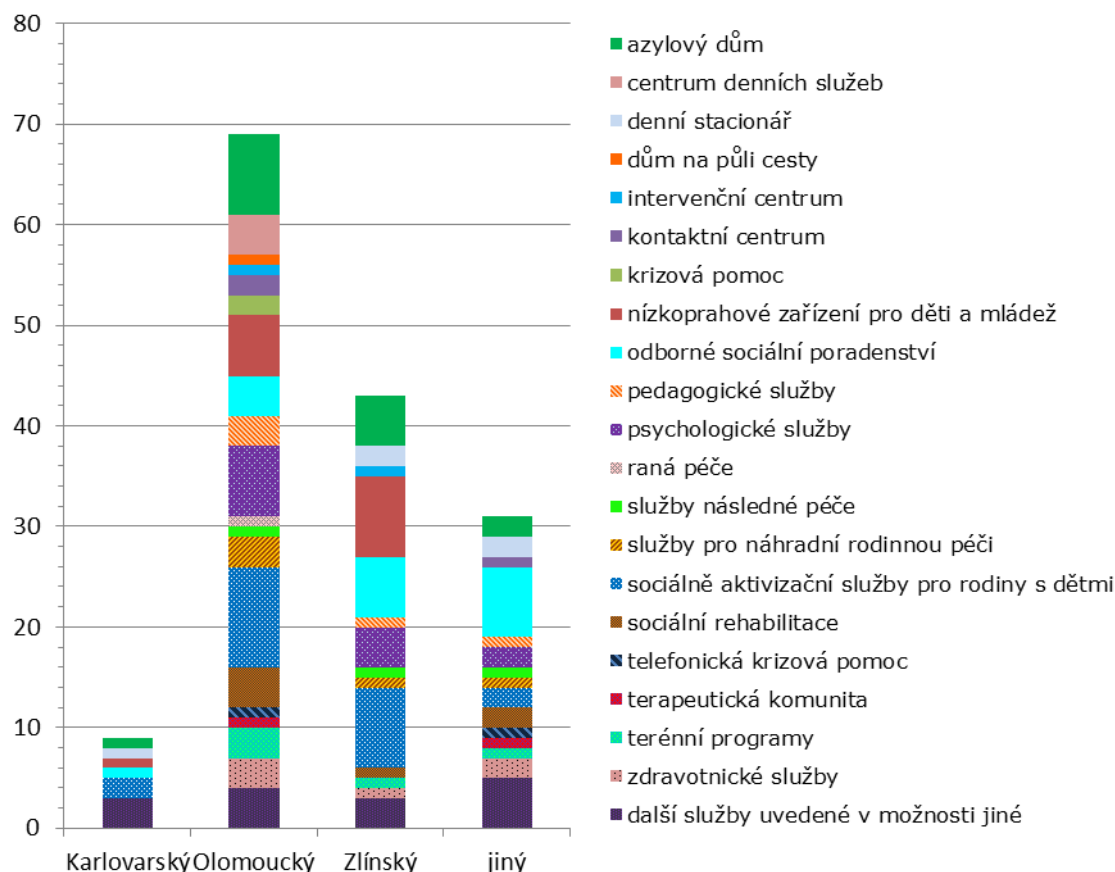
služeb zachycuje graf č. 2, v grafu č. 3 jsou uvedeny počty poskytovaných služeb podle kraje, v němž má zařízení sídlo.

Graf č. 2 Počty zařízení zajišťujících vybrané typy služeb celkem a zastoupení jednotlivých služeb ve zkoumaném vzorku*



* Hodnota udává celkový počet zařízení zaměřujících se na příslušnou cílovou skupinu; délka sloupce naznačuje podíl zařízení zajišťujících službu ve zkoumaném vzorku. Oranžovou barvou jsou označeny sociální služby, jinými barvami další druhy služeb.

Graf č. 3 **Počty zařízení zajišťujících jednotlivé typy služeb podle krajů** (včetně sociálních služeb a služeb uvedených v možnosti „jiné“)



Kromě výběru z předdefinovaných typů služeb mohli respondenti sami doplnit, jaké další služby poskytují. Z jiných, než v dotazníku nabídnutých typů služeb respondenti uvedli tyto typy poskytovaných služeb (není-li uvedeno jinak, byla každá z uvedených možností zaznamenána jednou):

- domov pro osoby se zdravotním postižením,
- e-mailové poradenství (práce s klienty po chatu za využití principů krizové intervence),
- krizová intervence v Integrovaném záchranném systému ČR,
- mediace,
- osobní asistence,
- podporované bydlení,
- přednáškové aktivity,
- sociálně-aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené,
- sociálně-terapeutické dílny (uvedeno 3 respondenty),
- speciální pedagogické, psychiatrické, psychoterapeutické služby a
- týdenní stacionář.

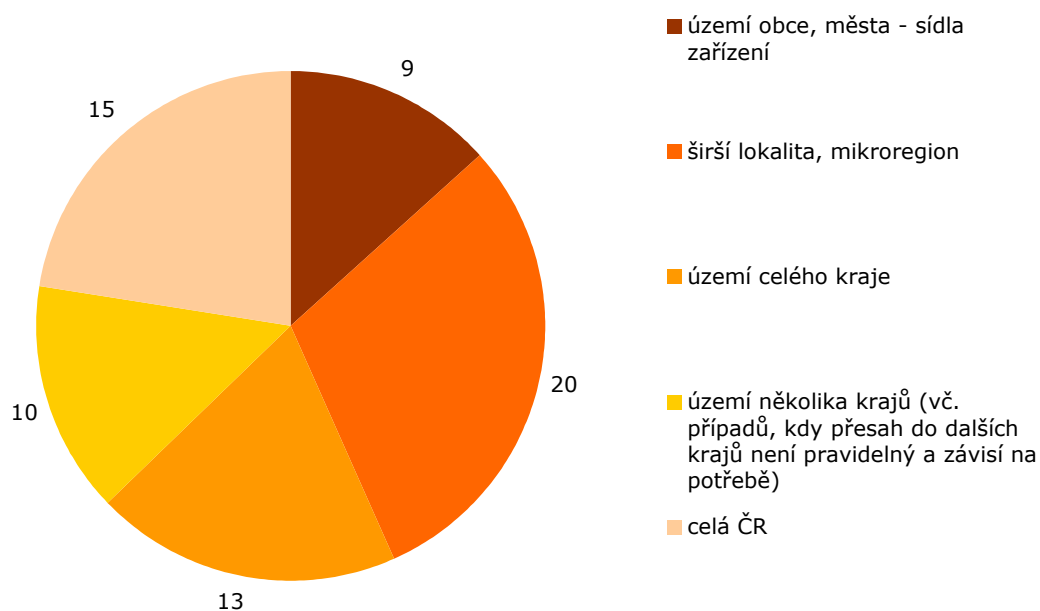
Další sledovanou základní charakteristikou bylo **datum vzniku zařízení**. Více než třetina dotazovaných organizací či zařízení byla založena před rokem 2000. Další přibližně třetina organizací či zařízení byla založena mezi lety 2000 až 2007. Po nabytí účinnosti legislativní úpravy stanovené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (tj. od roku 2007 po současnost) byla založena poslední necelá třetina organizací či zařízení.

Tabulka č. 2 **Počty zařízení podle roku založení organizace a zařízení**

rok založení organizace či zařízení	četnost	v %	z toho kraj			
			Karlovarský	Olomoucký	Zlínský	jiný
před rokem 2000	25	37%	2	9	9	5
2000-2006	23	34%	1	11	8	3
2007-2008	12	18%	1	5	5	1
2009-2010	8	12%	1	4	3	0

Více než dvě pětiny dotázaných zařízení měly lokální **působnost** (pouze území obce či města, v němž zařízení sídlilo, 9 zařízení, tj. 13 %; území širší lokality či mikroregionu 20 zařízení, tj. 30 %). Další necelé dvě pětiny zařízení měly regionální působnost (území jednoho kraje 13 zařízení, tj. 19 %; území více krajů 10 zařízení, tj. 15 %). Ve zbylé pětině případů (15 zařízení, 22 %) byla zjištěna celorepubliková působnost.

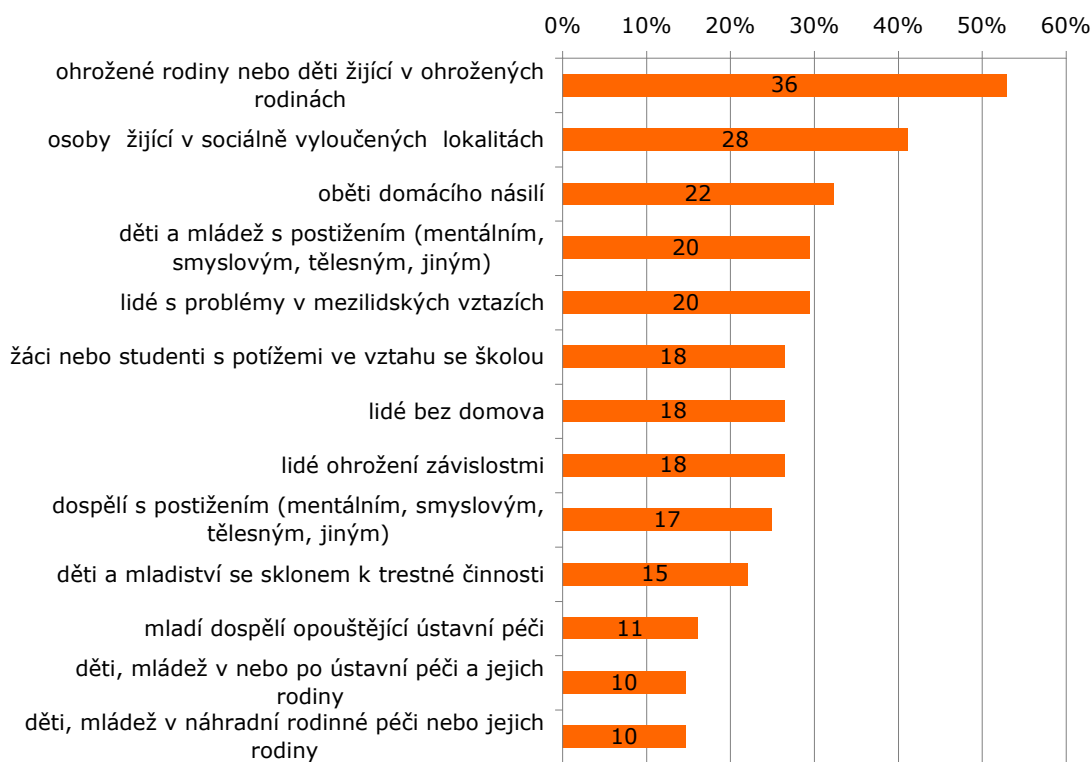
Graf č. 4 **Počty zařízení podle regionální působnosti**



2.1 Cílové skupiny dotazovaných zařízení

Ze seznamu třinácti vybraných typů **cílových skupin** se nejvíce zařízení věnovalo ohroženým rodinám nebo dětem žijícím v ohrožených rodinách (36 dotazovaných, tj. 53 %). Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách představovaly cílovou skupinu pro 28 dotazovaných zařízení. Práci s oběťmi domácího násilí se věnovalo 22 zařízení. Podrobnější údaje ukazuje graf č. 5. Z něj je patrné, že služby sledovaných zařízení jsou zaměřeny na celé spektrum problémů, s nimiž se ohrožené děti a rodiny potýkají a jež představují důvody pro vyhledání odborné pomoci.

Graf č. 5 **Počty zařízení zaměřujících se na vybrané cílové skupiny a zastoupení služeb zaměřujících se na jednotlivé cílové skupiny ve zkoumaném vzorku***



* Hodnota udává celkový počet zařízení zaměřujících se na příslušnou cílovou skupinu; délka sloupce naznačuje podíl zařízení poskytujících službu příslušné skupině ve zkoumaném vzorku.

Kromě cílových skupin, na něž jsme se přímo ptali, byly našimi respondenty v rámci možnosti „jiné“ uvedeny tyto cílové skupiny:

- rodiny s dětmi bez bližší specifikace (uvedeno 4x),
- děti a mládež ve věku od 6 do 26 let v nepříznivé sociální situaci nebo ohrožené společensky nežádoucími jevy (uvedeno 3x),
- osoby v krizi (uvedeno 3x),
- děti a mládež od 0 do 26 let (2x),
- děti a mládež ohrožené společensky nežádoucími jevy (bez věkového určení) (2x),

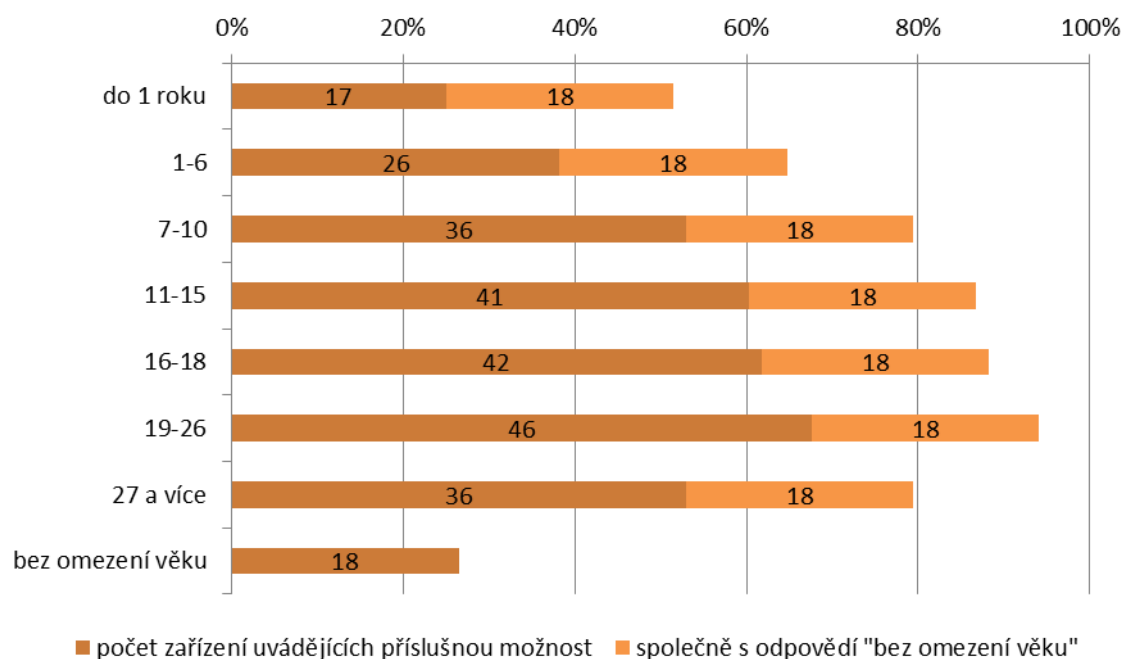
- maminky a těhotné ženy zdravotně (mentální, tělesné, smyslové znevýhodnění) nebo jinak znevýhodněné (1x),
- osoby pečující o osobu blízkou / matky s dětmi (1x),
- těhotné ženy a matky s nezletilými dětmi (1x).

V zájmu poznání širšího potenciálu poskytovaných služeb dotázanými zařízeními jsme zjišťovali, nakolik jsou otevřené svými službami i lidem **mimo cílové skupiny** uživatelů, na něž se přímo zaměřují. V případě nutnosti poskytovalo služby i jiným osobám 14 dotázaných zařízení. Mezi osobami, které nespádají do cílové skupiny zařízení, ale jimž jsou služby zařízení poskytovány, byly uvedeny tyto skupiny osob:

- lidé potřební, v případě krizového ohrožení kdokoliv (uvedeno 3x),
- rodiny s dětmi (uvedeno 3x),
- ohrožené rodiny (uvedeno 2x),
- zájemci o náhradní rodinnou péči, zainteresované osoby ochotné podílet se na řešení situace ohroženého dítěte (bez věkového omezení) (2x),
- děti a mladiství se sklonem k trestné činnosti (1x),
- děti ze sociálně znevýhodněného prostředí 7-18 let (1x),
- fyzicky zdravé děti v dětských domovech a kojeneckých ústavech (1x),
- děti, žáci, studenti ve vztahu se školou (1x),
- rodiče (1x),
- lidé bez domova (1x).

U sociálních služeb jsou kromě cílových skupin uživatelů služeb sledovány také **věkové kategorie**, jimž jsou služby určeny. V případě služeb podporujících ohrožené děti a rodiny je přitom tento parametr významný již vzhledem k zaměření těchto služeb. Pro doplnění informace o cílových skupinách, jimž se sledovaná zařízení věnují, proto uvádíme v grafu č. 6 údaje o počtech zařízení, jež poskytují služby osobám v jednotlivých věkových kategoriích.

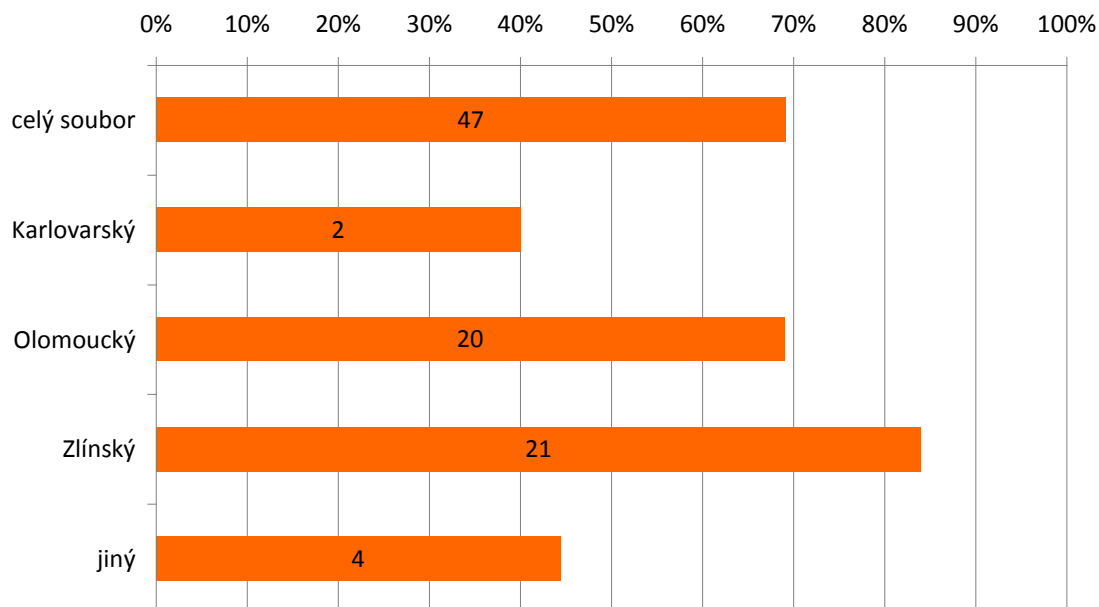
Graf č. 6 **Počty zařízení zaměřujících se na jednotlivé věkové skupiny klientů a zastoupení služeb zaměřujících se na jednotlivé věkové skupiny ve zkoumaném vzorku ***



* Hodnoty udávají celkové počty zařízení poskytujících služby pro příslušné věkové kategorie osob; délky sloupců naznačují podíl zařízení poskytujících službu příslušným věkovým kategoriím osob ve zkoumaném vzorku.

2.2 Pověření k sociálně-právní ochraně dětí

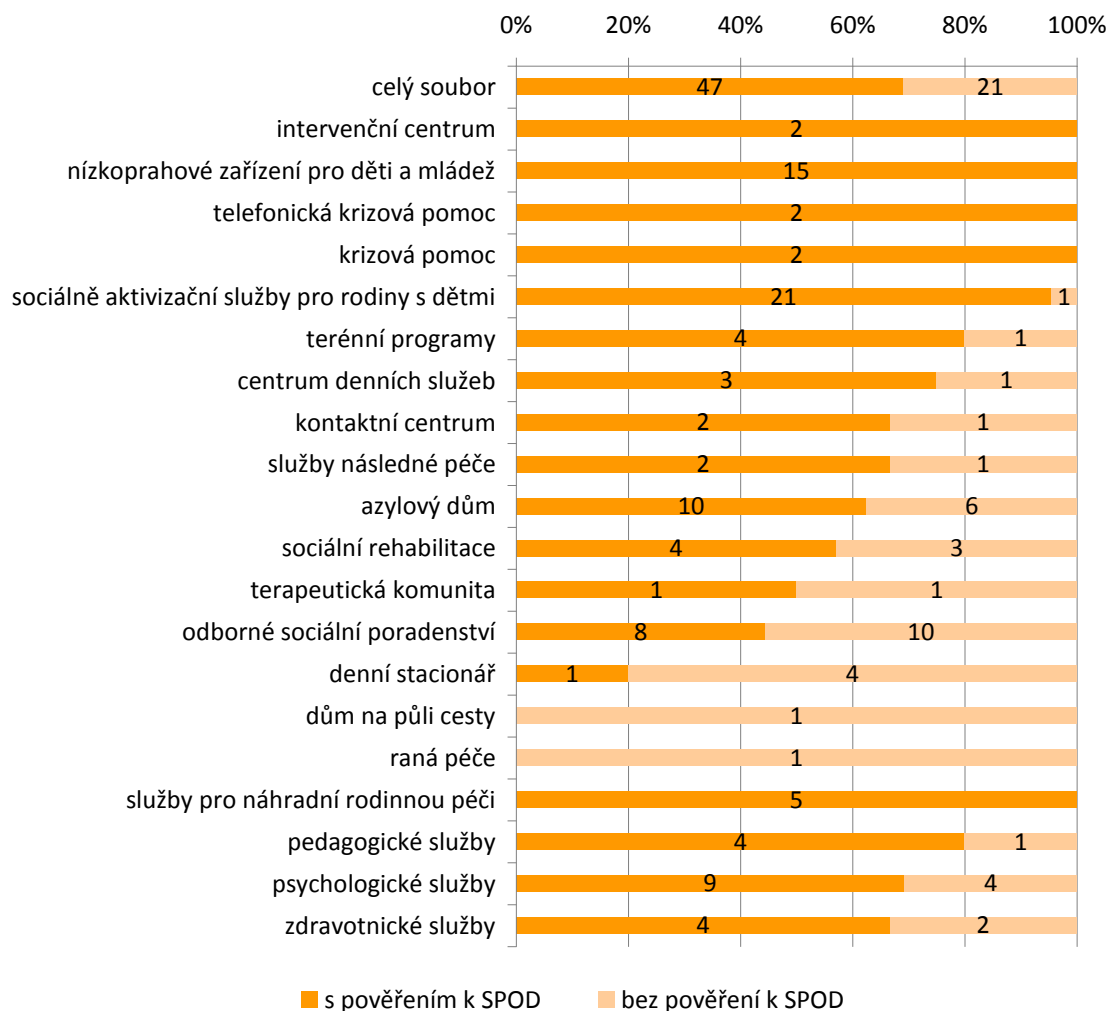
Pověření k sociálně-právní ochraně dětí mělo 47 dotázaných organizací, tj. 69 % z jejich celkového počtu. Nejvyšší podíl zařízení s pověřením k sociálně-právní ochraně dětí byl zaznamenán ve Zlínském kraji (21 dotázaných).

Graf č. 7 Zastoupení zařízení s pověřením k sociálně-právní ochraně dětí podle sídla zařízení*

* Hodnoty udávají celkové počty zařízení poskytujících služby s pověřením k SPOD; délky sloupců naznačují podíl zařízení s pověřením k SPOD ve zkoumaném vzorku.

Pověření k sociálně-právní ochraně dětí mělo všech 15 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež a téměř všechna zařízení provozující sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (21 z 22). Pověření k sociálně-právní ochraně mělo také všech pět zařízení poskytujících služby náhradní rodinné péče, obě dotázaná zařízení provozující krizovou pomoc, obě zařízení poskytující telefonickou krizovou pomoc a obě dotázaná intervenční centra.

Graf č. 8 **Zastoupení zařízení s pověřením k sociálně-právní ochraně dětí podle poskytovaných služeb**



* Hodnoty udávají celkové počty zařízení s pověřením k SPOD, respektive bez tohoto pověření u jednotlivých služeb; délka sloupce naznačuje jejich podíl ve zkoumaném vzorku.

Nejčastějším **typem pověření** k výkonu sociálně-právní ochrany dětí bylo pověření pro *pomoc rodičům při řešení výchovných nebo jiných problémů*, souvisejících s péčí o dítě (uvedlo 40 dotázaných, tj. 85 % z počtu dotázaných s pověřením k výkonu SPOD). Dále následovala pověření pro *činnost zaměřenou na ochranu dětí před škodlivými vlivy a předcházení jejich vzniku* (26 dotázaných), pověření pro poskytování nebo zprostředkovávání *poradenství rodičům při výchově a vzdělávání dítěte a při péči o dítě zdravotně postižené* (24 dotázaných), pověření v rámci poradenské činnosti přednášek a kurzů zaměřených na řešení výchovných, sociálních a jiných problémů souvisejících s péčí o dítě a jeho výchovou (21) a pověření pro vyhledávání dětí, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje (21). Četnost jednotlivých typů pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve zkoumaném vzorku je podrobně uveden v tabulce č. 1 v příloze k části III.

2.3 Kapacita a vytíženost zařízení

Pro vyhodnocení kapacity sledovaných služeb neexistuje jediný univerzálně vypovídající kapacitní indikátor. Tato skutečnost je zohledněna při registraci poskytovatelů sociálních služeb a v Registru poskytovatelů sociálních služeb se tak lze setkat s pěti **indikátory kapacity poskytovaných služeb**:

- počty klientů,¹⁰⁶
- počty intervencí (od 30 minut jednání),
- počty kontaktů (cca 10 minut jednání),
- počty lůžek a
- počty hovorů.

Výzkum vycházel z tohoto rozlišení, neboť uvedené kategorie jsou formulovány velmi obecně a minimálně pracovníci v oblasti sociálních služeb jsou s nimi obeznámeni v souvislosti s povinností registrace zařízení či výkaznictvím v oblasti sociálních služeb. S ohledem na obecnou formulaci indikátorů (kdy je možné je používat nejen pro sociální služby) a zřetelnou převahu poskytovatelů sociálních služeb mezi dotazovanými subjekty se výzkum omezil pouze na těchto pět indikátorů, byť pro některé jiné typy služeb nemusely být optimální.

Respondentům byla ponechána možnost vybrat indikátor, který vnímali pro jejich službu jako nejlépe vypovídající. Cílem tohoto kroku bylo soustředit se pouze na ty kapacitní údaje, jež jsou podle samotných respondentů pro jejich službu nejvíce relevantní.

S ohledem na rozdílné charakteristiky různých oslovených subjektů byla dotazovaným zároveň ponechána možnost určit období, jehož se příslušný údaj týká. Kapacitní údaje měřené podle respondentem zvoleného indikátoru tak mohly být uváděny za období jednoho roku, jednoho měsíce nebo jednoho dne.

Řešitel projektu předpokládal, že ve většině zařízení by měl o jeho kapacitě dostatečně vypovídat údaj o počtu klientů využívajících jeho služby za období jednoho roku. Tato volba tak byla pro všechny hodnocené typy sociálních služeb a další typy služeb přednastavena. Primárním důvodem tohoto přístupu nebylo úsilí o získání údajů, které by byly řešitelem více preferovány, ale snaha vyjít maximálně vstříc respondentům při vyplňování této poměrně komplikované otázky.

U 81 ze 107 služeb, u kterých respondenti uvedli kapacitu - tj. přibližně ve třech čtvrtinách případů, byl uveden údaj o počtu klientů. Z toho v 60 případech byl uveden údaj o počtu klientů za rok, v 7 počet klientů za měsíc a ve 14 případech počet klientů za den. U zbývajících čtvrtiny služeb byly uvedeny údaje o počtu intervencí (11 služeb), kontaktů (9 služeb) a lůžek (6 služeb).

Vzhledem k malému počtu zařízení, respektive poskytovaných služeb, a také v důsledku možnosti individuálně zvolit nejlépe příslušné službě odpovídající indikátor kapacity, nebyl získán dostatek odpovědí pro zhodnocení kapacity jednotlivých služeb z hlediska všech indikátorů, které připadaly v úvahu. Orientační srovnání kapacity některých typů služeb bylo možné provést pouze podle **údaje o počtu klientů, jimž**

¹⁰⁶ Údaj o počtech klientů lze považovat patrně za nejvíce obecný (týká se všech typů sociálních služeb a všech relevantních forem jejich poskytování) a za nejvýznamnější. Sám o sobě o kapacitách u určitého typu sociálních služeb však nevypovídá dostatečně, protože u různých typů sociálních služeb se diametrálně liší objem aktivit, jež v rámci služby jeden klient využívá.

III. Služby pro rodiny, děti a mládež

byla služba poskytnuta za rok, neboť ten byl jako indikátor kapacity vybírán nejčastěji a alespoň u několika služeb byl zvolen opakovaně. V případě ostatních indikátorů se údaj o kapacitě podařilo získat za jednotlivé typy služeb většinou jen od jednoho či dvou dotázaných. Údaje o kapacitě měřené dalšími indikátory tak nebyly využitelné ani pro účely ryze orientačního srovnání. Nicméně pro úplnost jsou údaje o kapacitě zařízení měřené ostatními indikátory uvedeny v tabulkách 2-6 v příloze k části III.

Nejvyšší **kapacita** indikovaná počtem klientů zařízení za rok byla zjištěna u *telefonické krizové pomoci* (3 000 klientů ročně), nicméně v tomto případě byl údaj o kapacitě získán pouze od jednoho dotázaného. V případě *odborného sociálního poradenství* činila průměrná kapacita 521 klientů za rok. Třetí nejvyšší počet klientů za rok byl zaznamenán u *kontaktního centra* (400 klientů ročně), v tomto případě však byla také získána pouze jedna odpověď.

Tabulka č. 3 **Průměrná kapacita zařízení měřená počtem klientů využívajících služby poskytované zařízením za období jednoho roku**

provozovaná služba	počet respondentů	průměrná kapacita
telefonická krizová pomoc	1	3 000
odborné sociální poradenství	11	521
kontaktní centrum	1	400
sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	11	242
intervenční centrum	1	240
sociální rehabilitace	4	206
služby pro náhradní rodinnou péči	3	128
služby následné péče	2	110
raná péče	1	105
azylový dům	10	75
denní stacionář	2	74
nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	4	51
služby pro děti v ústavní péči (děti mimo rodinu)	6	21
terapeutické komunity	1	20
terénní programy	1	15
jiné služby: sociálně-terapeutické dílny, osobní asistence (společný údaj pro obě uvedené služby)	1	50
jiné služby: mediace, psychologické poradenství (společný údaj pro obě uvedené služby)	1	25
jiné služby: sociálně terapeutické dílny	1	18
jiné služby: chráněné bydlení	1	16
jiné služby: noclehárna	1	3

Vytíženost téměř u všech poskytovaných služeb dosahovala nebo přesahovala v průměru 80 % jejich kapacity. Možnosti porovnání jednotlivých služeb nicméně komplikoval v řadě případů nízký počet respondentů. **Vytíženost** dosahující 95 % kapacity nebo více byla zaznamenána u *sociální rehabilitace* a *sociálně-aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi*. Za služby, za něž se podařilo získat pouze minimum odpovědí, byla takto vysoká vytíženost zjištěna také u *terapeutických komunit, kontaktních center, chráněného bydlení a sociálně terapeutických dílen a osobní asistence*.

Tabulka č. 4 **Hodnocení vytíženosti kapacity jednotlivých sociálních služeb**

provozovaná sociální služba	počet respondentů	minimum (v %)	maximum (v %)	průměrná vytíženost (v %)
terapeutické komunity	2	100	100	100,0
sociální rehabilitace	6	90	100	98,0
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	20	60	150	96,9
kontaktní centrum	2	90	100	95,0
azylový dům	14	80	106	93,6
denní stacionář	5	75	100	91,4
terénní programy	4	80	100	90,0
odborné sociální poradenství	18	60	108	88,7
intervenční centrum	2	80	92	86,0
nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	13	25	100	82,3
služby pro náhradní rodinnou péči	4	50	100	81,3
raná péče	1	-	-	80,0
služby následné péče	2	60	100	80,0
služby pro děti v ústavní péči (děti mimo rodinu)	5	50	100	76,0
telefonická krizová pomoc	2	72	75	73,5
centrum denních služeb	2	35	100	67,5
jiné služby: chráněné bydlení	1	-	-	100
jiné služby: sociálně terapeutické dílny, osobní asistence (společný údaj pro obě uvedené služby)	1	-	-	100
jiné služby: noclehárna	1	-	-	90
jiné služby: sociální poradenství - portál web	1	-	-	80
jiné služby: e-mailové poradenství a krizová pomoc prostřednictvím chatu	1	-	-	70
jiné služby: sociálně terapeutické dílny	1	-	-	70
jiné služby: mediace, psychologické poradenství (společný údaj pro obě uvedené služby)	1	-	-	50

2.4 Personální a odborné zajištění poskytovaných služeb

Za jednotlivá zařízení byly nejprve sledovány **celkové počty pracovníků** a následně **počty odborných pracovníků** (sociální pracovníci, pedagogové, psychologové apod.) **přímo pracujících s klienty**. Ve sledovaných zařízeních bylo zaměstnáno průměrně 22 pracovníků. Odborných pracovníků přímo pracujících s klienty bylo v zařízeních průměrně zaměstnáno 12, odborní pracovníci tedy průměrně reprezentovali přibližně polovinu personálu zařízení.

Kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách splňovalo v průměru 11 odborných pracovníků, **jinou odpovídající kvalifikaci** měl v průměru za všechna zařízení jeden odborný pracovník.

Tabulka č. 5 **Počty pracovníků v zařízení - údaje za fyzické osoby**

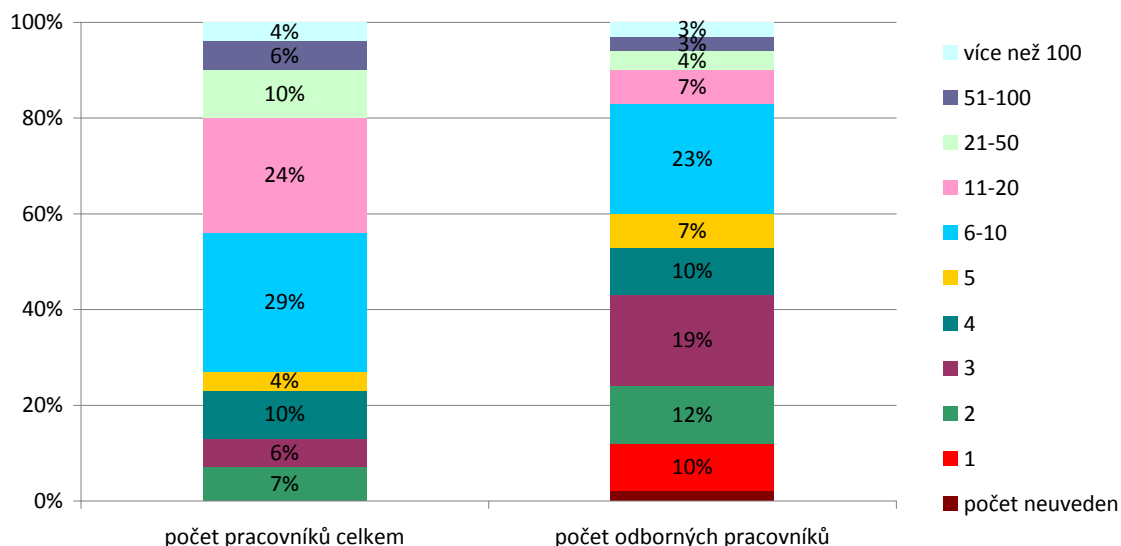
okruh pracovníků	minimum	maximum	průměr	
pracovníci celkem	2	255	22,4	
odborní pracovníci přímo pracující s klienty	0	163	12,1	
z toho	splňující kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	1	157	10,9
	s jinou odpovídající kvalifikací	0	18	1,3

Údaje o počtech pracovníků vykazovaly velmi vysoký rozptyl (viz údaje o minimální a maximální hodnotě v tabulce č. 5). Z tohoto důvodu byla kromě průměrných počtů pracovníků za všechna zařízení zjišťována také struktura zařízení podle počtu jejich pracovníků.

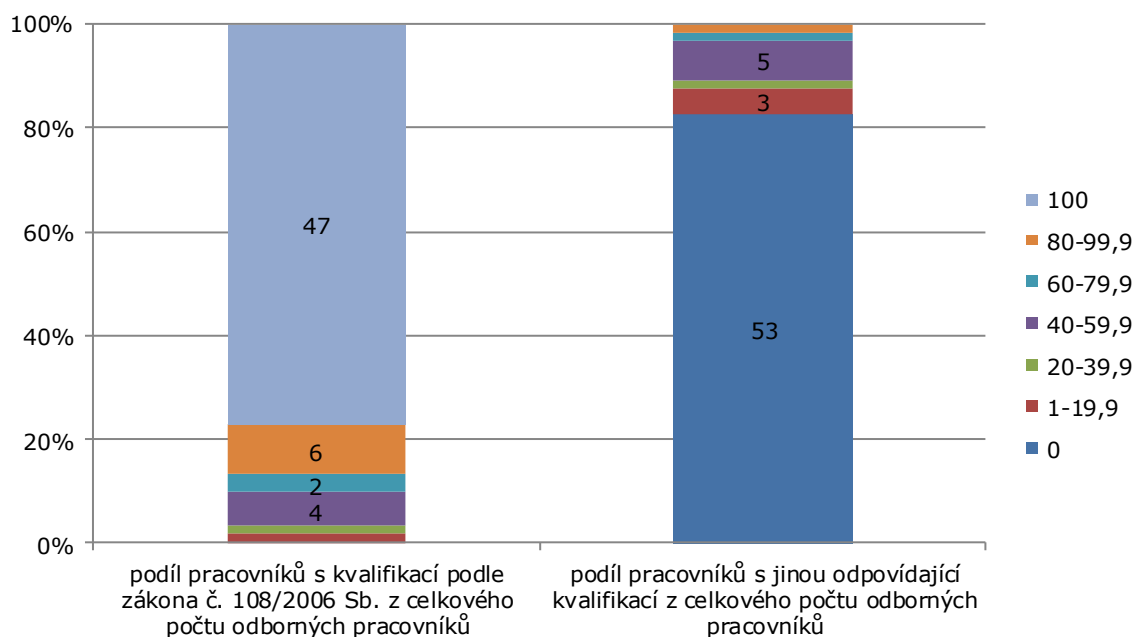
Ve více než čtvrtině zařízení bylo zaměstnáno 1-5 **pracovníků**. V další téměř třetině zařízení bylo zaměstnáno 6-10 pracovníků a v necelé třetině zařízení bylo zaměstnáno 11-20 pracovníků. Pětina respondentů uvedla, že v jejich zařízení je zaměstnáno více než 20 pracovníků.

V sedmi zařízeních byl počet pracovníků dokonce vyšší než 50, nicméně v tomto případě je otázkou, zda někteří respondenti namísto údaje o počtu pracovníků jejich zařízení neuvedli údaje o počtu pracovníků celé organizace. Takto vysoké počty pracovníků zaměstnaných v jednom zařízení totiž lze považovat za zcela neobvyklé a nezdá se pravděpodobné, že by takto vysoký počet pracovníků zaměstnávala desetina všech námi dotázaných zařízení.

Jednoho až dva **odborné pracovníky přímo pracující s klienty** zaměstnávala pětina organizací. Tři až čtyři odborní pracovníci přímo pracující s klienty byli zaměstnáni v necelé třetině zařízení. Pět takovýchto pracovníků zaměstnávala desetina dotázaných zařízení. Další necelá čtvrtina zařízení zaměstnávala 6-10 takovýchto pracovníků a ve zbývajících necelé pětině zařízení byl zaměstnán vyšší počet odborných pracovníků přímo pracujících s klienty. Také u údajů o odborných pracovnících lze předpokládat, že v některých případech mohl být uveden počet těchto pracovníků za celou organizaci.

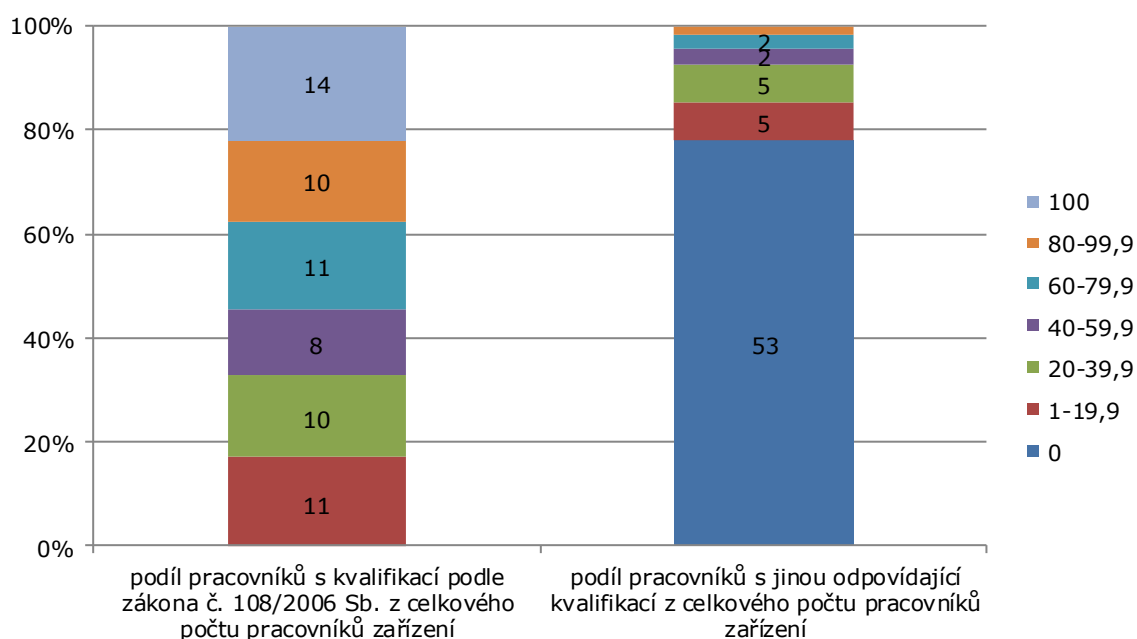
Graf č. 9 Struktura zařízení podle počtu pracovníků celkem a podle počtu odborných pracovníků přímo pracujících s klienty


Ve 47 zařízeních (69 %) splňovali kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb. všichni **odborní pracovníci**, v dalších 6 zařízeních splňovalo tuto kvalifikaci 80-99 % odborných pracovníků. V patnácti zařízeních disponovali odborní pracovníci jinou odpovídající kvalifikací, nicméně pouze u 11 z nich bylo možné zjistit podíl odborných pracovníků s takovouto kvalifikací z celkového počtu odborných pracovníků. Ve třech zařízeních činil tento podíl méně než 20 % a v pěti zařízeních se pohyboval mezi 40 a 60 %.

Graf č. 10 Struktura zařízení podle podílu odborných pracovníků s příslušným typem kvalifikace z celkového počtu odborných pracovníků


Ve 14 zařízeních (69 %) splňovali kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb. všichni **pracovníci zaměstnaní v příslušném zařízení**, v dalších 10 zařízeních jich tuto kvalifikaci splňovalo 80-99 % z celkového počtu pracovníků. Jinou odpovídající kvalifikací disponovali pracovníci patnácti zařízení, z toho v pěti zařízeních měly takovou kvalifikaci více než dvě pětiny z celkového počtu pracovníků zařízení.

Graf č. 11 **Struktura zařízení podle podílu pracovníků s příslušným typem kvalifikace z celkového počtu pracovníků**



Za účelem zlepšení možností srovnání údajů o personálním zajištění služeb byly sledovány také **přepočtené úvazky pracovníků zařízení**, opět nejprve **pracovníků celkem** a následně **odborných pracovníků přímo pracujících s klienty**. I v tomto případě byly sledovány informace o kvalifikaci odborných pracovníků podobně jako v předchozí části. Zatímco v případě údajů o počtech pracovníků bylo možné údaj o jejich kvalifikaci možné analyzovat detailněji, v případě přepočtených úvazků by byly kombinovány údaje s odlišnou povahou. Údaje o kvalifikaci odborných pracovníků tak byly sledovány pouze za účelem orientačního srovnání údajů o počtech pracovníků s údaji o přepočtených úvazcích.

Po přepočtení na úvazky činil počet všech pracovníků zařízení průměrně 17,3. U odborných pracovníků přímo pracujících s klienty činil přepočtený počet pracovníků na úvazky 9,5. Také počet přepočtených úvazků odborných pracovníků přímo pracujících s klienty tak představoval přibližně polovinu z celkového počtu přepočtených úvazků.

Počet přepočtených úvazků odborných pracovníků, kteří splňovali **kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, činil průměrně 8,7, **jinou odpovídající kvalifikací** disponoval po přepočtení na úvazky v celkovém průměru za všechna zařízení jeden odborný pracovník.

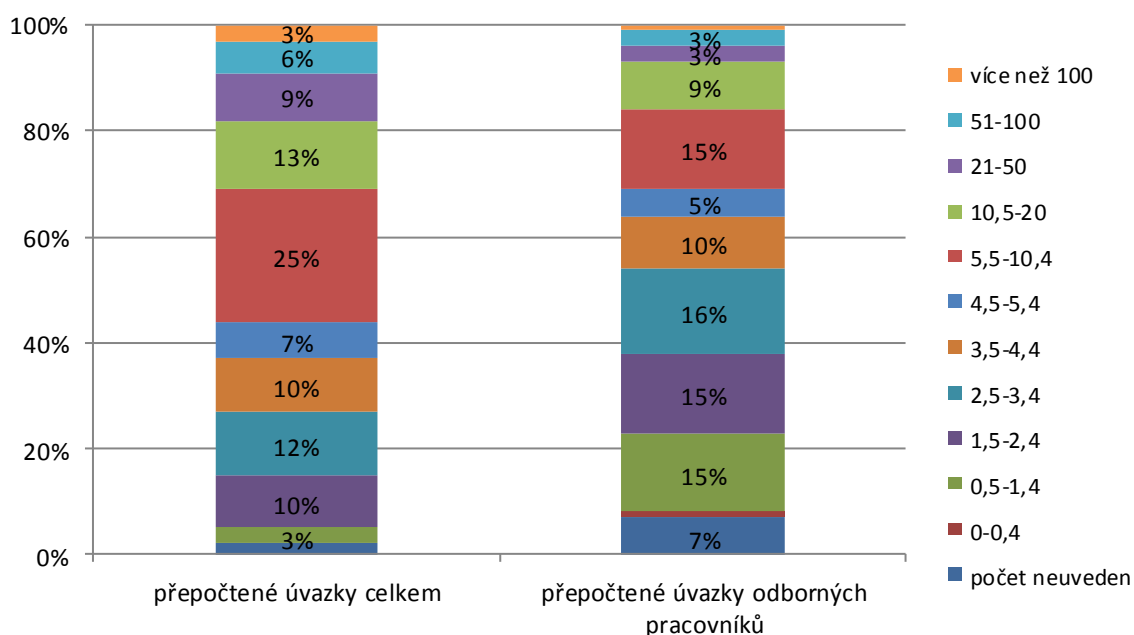
Tabulka č. 6 **Počty pracovníků v zařízení - přepočtené úvazky**

okruh pracovníků	minimum	maximum	průměr	
pracovníci celkem	1	239,7	17,3	
odborní pracovníci přímo pracující s klienty	0	153,8	9,5	
z toho	splňující kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	0,5	148	8,7
	s jinou odpovídající kvalifikací	0	13,5	1,0

Také údaje o přepočtených úvazcích vykazovaly velmi vysoký rozptyl (viz údaje o minimální a maximální hodnotě v tabulce č. 6). Z tohoto důvodu byla kromě průměrných hodnot za všechna zařízení zjišťována také struktura zařízení z hlediska počtu přepočtených úvazků jejich pracovníků.

Ve čtvrtině zařízení byl počet **přepočtených úvazků všech pracovníků** nižší než 3,5, nižší přepočtený úvazek než 1,0 přitom neuvedl žádný respondent. Počet pracovníků v jedné čtvrtině zařízení tak odpovídal počtu 1-3 pracovníků pracujících na celý úvazek. V další necelé pětina se počet přepočtených úvazků pohyboval mezi hodnotami 3,5 a 5,4 (tj. počet zaměstnanců odpovídající 4-5 pracovníkům zaměstnaným na celý úvazek). U další čtvrtiny pracovníků se počet přepočtených úvazků pohyboval mezi hodnotami 5,5 až 10,4 (6-10 pracovníků na celý úvazek). Vyšší počet přepočtených úvazků byl zaznamenán u téměř třetiny dotázaných zařízení.

U téměř poloviny dotázaných byl počet **přepočtených úvazků odborných pracovníků přímo pracujících s klienty** nižší než 3,5 (tj. v případě, že by všichni pracovníci zařízení byli zaměstnání na celý úvazek, byli by v téměř polovině zařízení zaměstnání maximálně 3 zaměstnanci). V 15 % zařízení činil počet přepočtených pracovních úvazků 3,5-5,4 a mezi hodnotami 5,5 a 10,4 se přepočtený počet úvazků těchto pracovníků pohyboval také v 15 % případů.

Graf č. 12 **Struktura zařízení podle počtu přepočtených úvazků u pracovníků celkem a u odborných pracovníků přímo pracujících s klienty**

Nedostatek pracovníků některých odborných profesí uvedlo 31 respondentů, tj. **46 %** z celkového počtu dotázaných. Nejčastěji poptávanými profesemi byli psycholog (11 respondentů), sociální pracovník (7) a terapeut (6). Podrobný přehled poptávaných pozic je uveden v tabulce č. 7 v příloze k části III.

Dobrovolníci byli zapojeni do aktivit ve 30 dotázaných zařízeních (tj. ve 44 % případů). Ve 24 organizacích museli odborné vstupní zaškolení absolvovat všichni dobrovolníci, ve třech postačovalo, když toto zaškolení absolvovali někteří dobrovolníci, a ve třech organizacích nebylo takovéto školení nutným předpokladem pro zapojení dobrovolníka do činnosti organizace.

Zvyšování kvalifikace pracovníků

Z dotázaných zařízení jich 65 mělo zavedený systém pro zvyšování odbornosti personálu. **Všech těchto 65 respondentů** uvedlo, že tento systém zahrnuje **zvyšování odbornosti zaměstnanců školeními a výcviky**. Pravidelná supervize byla zajištěna v 52 zařízeních, týmová intervize probíhala rovněž v 52 dotázaných zařízeních.

Náklady spojené se zvyšováním odbornosti zaměstnanců hradil v 52 případech (tj. v 76 % ze všech dotázaných zařízení) zaměstnavatel a v 11 případech hradili tyto náklady společně zaměstnavatel a zaměstnanec. Hrazení těchto nákladů pouze zaměstnancem nebylo ve zkoumaném souboru zjištěno.

V 26 případech byla uvedena jiná možnost nebo byl způsob placení detailněji specifikován. V pěti z těchto 26 případů přitom již ani možnost „zaměstnavatel“ ani možnost „zaměstnanec“ zaškrtnuty nebyly. V 17 případech byla současně s možností „jiné“ uvedena možnost „zaměstnavatel“ a ve čtyřech případech byly současně k možnosti „jiné“ či vysvětlujícímu komentáři současně zaškrtnuty také možnosti „zaměstnavatel“ a „zaměstnanec“. Respondenty uváděné další možnosti a případné specifikace způsobu hrazení nákladů bylo možno rozdělit do těchto pěti hlavních skupin:

- částečně zaměstnanec (popř. „některé, např. dlouhodobé, kurzy a školení částečně zaměstnanec“) - uvedeno 5x,
- hrazení kurzu z dotací a grantů nebo v rámci projektů (uvedeno 8x),
- bezplatný kurz nebo kurz realizovaný pro zaměstnance zdarma přímo zaměstnavatelem (7x),
- částečně hradí zaměstnavatel, popřípadě zaměstnavatel poskytuje zaměstnancům příspěvek (6x),
- sponzor (1x).

U otázky týkající se oblastí (popřípadě specializací), v nichž by bylo žádoucí dále zvyšovat kvalifikaci odborných pracovníků zařízení, bylo získáno 51 odpovědí. Konkrétní **oblasti, v nichž by bylo žádoucí zvyšovat kvalifikaci** odborných pracovníků, ale uvedlo pouze 46 dotázaných¹⁰⁷. Nejčastěji uvedenou oblastí byly *komunikační dovednosti* (uvedlo 12 respondentů) a *znalosti v sociálně-právní oblasti a*

¹⁰⁷ Pět respondentů žádnou takovouto konkrétní oblast neuvádělo. Z toho dva pouze obecně zhodnotili stávající nabídku kurzů, které jsou zaměstnancům k dispozici (v obou těchto případech byla nabídka vnímána jako dostatečná). Další dva uvedli, že zaměstnanci splňují zákonné požadavky, respektive že odborná kvalifikace pracovníků je pro poskytování služeb organizace dostačující. Jeden dotázaný pouze v obecné rovině poukázal na požadavky na zvyšování kvalifikace zaměstnanců stanovené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

znalost legislativy (taktéž 12 respondentů). Další uváděnou oblastí byla *obecně sociální práce a její metody* (11). Následovaly konkrétní dovednosti týkající se *práce s klientem* (9), *psychologie, psychoterapie a sociální terapie* (9) a *terapeutické a sebezkušenostní výcviky* (8). Úplný přehled kategorizovaných odpovědí je uveden v tabulce č. 8 v příloze k části III.

U otázky týkající se **v současnosti málo běžných oborů či specializací, v nichž by bylo žádoucí dále zvyšovat kvalifikaci** odborných pracovníků zařízení, bylo získáno 43 odpovědí, nicméně pouze 37 respondentů ve své odpovědi jmenovalo jednu či více takovýchto oblastí.¹⁰⁸ Nejčastěji uváděnými specializacemi byly *finanční gramotnost a dluhová problematika* (5 dotázaných), *mediace* (4) a *komunikační dovednosti* (taktéž 4). Další odpovědi respondentů jsou shrnuty v tabulce č. 9 v příloze k části III.

2.5 Vybrané finanční aspekty poskytování služeb

Celkový roční rozpočet zařízení v roce 2009 uvedlo 59 dotázaných (87 % z celkového počtu respondentů). Rozpočet za rok 2009 nižší než 1 000 000 Kč mělo 12 zařízení, rozpočet do 2 000 000 Kč 17 zařízení a rozpočet do 5 000 000 Kč 19 zařízení. Rozpočet od 5 000 000 výše mělo 11 zařízení.

Dvanácti zařízeními **umožňoval** stávající roční rozpočet **zajistit služby v rozsahu i kvalitě zcela odpovídající cílům zařízení a na něj kladeným nárokům**. Podle 45 dotázaných bylo potřebného rozsahu a kvality poskytovaných služeb se stávajícím rozpočtem možné dosáhnout jen za předpokladu velmi úsporného hospodaření. Podle 11 dotázaných stávající rozpočet neumožňoval zajištění potřebného rozsahu a kvality služeb.

Z 56 zařízení, jimž poskytování jejich služeb v potřebném rozsahu a kvalitě umožňovaly stávající prostředky pouze za předpokladu velmi úsporného hospodaření nebo takovéto zajištění služeb neumožňovaly vůbec, jich 22 za optimální považovalo nárůst finančních prostředků oproti současnému stavu o nejvýše 20 %. Nárůst o 21-40 % by byl odpovídající podle 17 respondentů. Dalších 6 respondentů by jako odpovídající vnímalo nárůst finančních prostředků oproti současnému stavu o 41-80 % a podle čtyř dotázaných by byl adekvátní nárůst až o 81 či více procent. Sedm dotázaných i přes konstatování napjatého rozpočtu v předchozí otázce uvedlo, že nepocítují potřebu navýšení finančních prostředků oproti jejich současné výši.

Strukturu příjmů organizace uvedlo 59 respondentů (87 %). Nejvýznamnějším zdrojem finančních prostředků byla ministerstva (v průměru z tohoto zdroje organizace získávaly téměř polovinu prostředků). Dalším významným zdrojem příjmů byly granty (Evropský sociální fond, nadační fondy apod.). Obce a kraje se na financování dotazovaných zařízení podílely přibližně z jedné pětiny. Přímé platby klientů představovaly v průměru méně než pětinu celkových příjmů zařízení.

¹⁰⁸ Šest respondentů uvedlo, že žádné takové oblasti nejsou nebo o nich dotázaný neví, případně že tato otázka není pro příslušné zařízení relevantní.

Tabulka č. 7 **Statistické údaje o struktuře příjmů zařízení podle zdroje financování**

typ zdroje finančních prostředků	průměrné zastoupení na celkových zdrojích (v %)*	směrodatná odchylka	minimum	maximum
ministerstva	45,6	31,20	0	100
krajský úřad	9,5	16,94	0	85
obecní, městský úřad	11,7	17,51	0	100
granty (ESF, nadační fondy aj.)	16,1	25,25	0	90
přímé platby klientů	4,7	10,02	0	41
vlastní činnost zařízení	1,1	3,16	0	15
dary a veřejné sbírky	6,5	12,5	0	83
jiné zdroje	4,8	17,3	0	100

* Hodnoty procentuálního zastoupení jednotlivých zdrojů finančních prostředků byly vypočteny jako průměr z hodnot uváděných u příslušného typu zdroje. Údaj o procentním významu určitého typu zdroje finančních prostředků je tak průměrným údajem pro všechna zařízení. Varianci mezi zařízeními indikuje údaj směrodatná odchylka. Dvojnásobek této hodnoty určuje velikost intervalu, ve kterém jsou kolem hodnoty průměru rozptýleny přibližně dvě třetiny hodnot; v případě, že jsou hodnoty navíc rozloženy vzhledem k průměru symetricky (rozložení hodnot není "zešikmené"), se dvě třetiny případů nacházejí v intervalu vymezeném zdola průměrem zmenšeným o směrodatnou odchylku a shora součtem těchto hodnot.

Mezi jinými zdroji (tvořily 5 % příjmů dotázaných organizací) byly uváděny tyto možnosti:

- platby zdravotních pojišťoven (uvedeno 3x),
- nadace (uvedeno 2x),
- vlastní zdroje organizace (2x),
- úřad práce (2x),
- členské příspěvky (1x)
- poplatek za ubytování (1x),
- "rada vlády" (nebylo přesněji nespecifikováno - 1x),
- individuální projekt kraje (1x),
- dotace na investice (1x),
- tržby z prodeje majetku (1x) a
- úroky (1x).

Některé ze služeb poskytovalo za úplatu¹⁰⁹ 25 zařízení (37 % všech dotázaných). Nejčastěji byly úhrady požadovány za ubytování a obecně za pobytové služby (tuto obecnější možnost uvedlo samostatně nebo v kombinaci s dalším typem služeb deset respondentů). Nejčastěji uváděným konkrétním typem sociálních služeb poskytovaných za úhradu byly azylové domy (5 dotázaných), denní stacionáře a chráněné bydlení (v obou případech 3 respondenti).

¹⁰⁹ tj. při poskytnutí za ně byla od klienta vyžadována přímá platba.

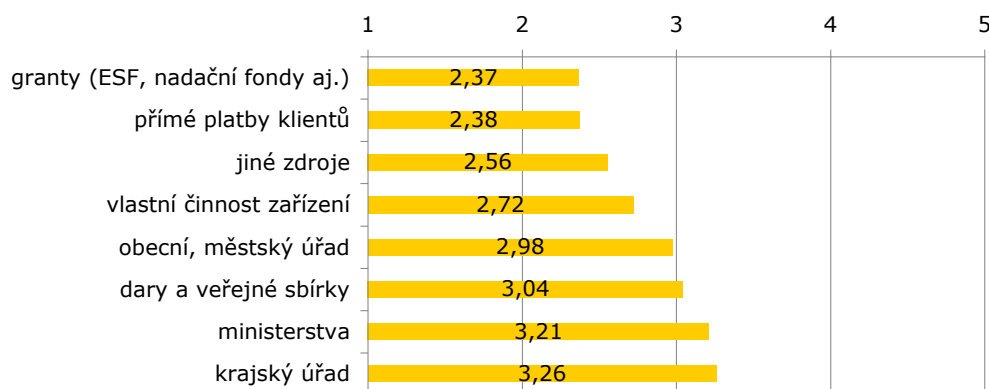
Tabulka č. 8 **Typy služeb poskytované zařízeními za finanční spoluúčasti klientů**

typ nebo okruh hrazených služeb	četnost
konkrétní typy sociálních služeb	
azylový dům (2x bez upřesnění hrazených služeb, 2x ubytování, 1x ubytování a strava)	5
denní stacionář	3
chráněné bydlení	3
domov pro osoby se zdravotním postižením	2
odlehčovací služby	2
noclehárna	1
centrum denních služeb	1
podpora samostatného bydlení	1
ubytování v domě na půli cesty	1
terapeutická komunita	1
obecnější okruhy služeb bez bližší specifikace	
ubytování, pobytové služby, poplatky spojené s bydlením ze zákona	9
pobyt dítěte a případně i rodiče dohodou; pobyt a péče v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	2
fakultativní služby (např. masáž, perličková koupel)	2
ubytování a strava	1
pobytové akce (tábory, ozdravné pobyty)	1
sociální služby	1

Z výše nastíněného okruhu zdrojů finančních prostředků byly na stupnici od jedné do pěti (hodnota 1 znamenala „zcela dostatečné“ a hodnota 5 „zcela nedostatečné“) nejpříznivěji hodnoceny prostředky z grantů a přímé platby klientů. Nejméně příznivě byly hodnoceny prostředky, jež organizaci poskytovaly kraje a ministerstva.

Průměrné hodnocení se nicméně zpravidla pohybovalo v blízkosti středové hodnoty 3 (s výjimkou dvou nejpříznivěji hodnocených finančních zdrojů spadaly průměrné hodnoty do rozmezí mezi hodnotami 2,5 a 3,5) a rozdíly v průměrném hodnocení adekvátnosti prostředků z jednotlivých typů zdrojů proto nelze považovat za příliš výrazné.

Graf č. 13 **Hodnocení dostatečnosti finančních příjmů z jednotlivých zdrojů na stupnici od jedné do pěti***



* Hodnota 1 znamenala „zcela dostatečné“ a hodnota 5 „zcela nedostatečné“. Respondenti byli instruováni, aby v případě, že příslušný zdroj prostředků nevyužívají, adekvátnost prostředků nehodnotili a uvedli, že zdroj nevyužívají

** Mezi zdroji hodnocenými v této otázce byly dvěma respondenty uvedeny platby zdravotních pojišťoven. Jedenkrát respondenti uvedli individuální projekt kraje, vlastní zdroje organizace, projekt financovaný z Evropského sociálního fondu, poplatky za ubytování a prostředky poskytnuté od úřadů práce.

Současný systém financování neziskových organizací poskytujících sociální služby zhodnotilo 53 dotázaných (78 %). Nejčastěji uváděnými **negativními aspekty současného systému** byl roční horizont pro financování služeb (15 dotázaných) a nejistá situace, v níž zařízení své služby poskytuje (13 dotázaných). Opakovaně bylo poukázáno také na značnou administrativní náročnost financování organizací prostřednictvím grantů (9), nekonceptnost systému a absenci pravidel (popřípadě jejich neustálé změny) a nedostatek prostředků (v obou těchto případech 7 respondentů). Z dalších respondenty uváděných negativních charakteristik stojí za pozornost především opožděné výplaty dotací, nenárokovost dotací a nejistý výhled po skončení současného programového období u zařízení čerpajících v současnosti prostředky z Evropského sociálního fondu. Podrobný přehled odpovědí viz tabulka č. 10 v příloze k části III.

Mezi **pozitivními aspekty současného systému** byla nejčastěji uvedena možnost čerpat prostředky z Evropského sociálního fondu (7 dotázaných) a z individuálních projektů krajů (5). Dva respondenti neshledali na současném systému žádný pozitivní aspekt. Přehled všech uvedených odpovědí lze nalézt v tabulce č. 11 v příloze k části III.

Ve čtyřech případech byl systém financování neziskových organizací zhodnocen pouze obecně jako nevyhovující a ve dvou případech bylo financování neziskových organizací vnímáno jako odpovídající současné situaci v ČR, respektive všeobecným celoevropským a světovým trendům.

3. Dostupnost služeb pro rodiny, děti a mládež

Základním předpokladem funkčnosti služeb je jejich prostorová, finanční a „faktická“ dostupnost. Tento klíčový předpoklad efektivnosti služeb není přesně definován ani odborníky na sociální služby, nicméně panuje shoda, že základem je dostupnost geografická a finanční a otevřenost vůči široké klientele (Bareš, 2010). Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) ukládá obcím a krajům zajistit dostupné služby a také informovanost o jejich poskytování a možnostech využívání. Pod termínem „faktická“ dostupnost služeb máme na mysli to, za jakých podmínek je může klient využít a jak se o jejich nabídce a funkci (poslání) může dovědět, tedy v podstatě onu otevřenost. V kontextu této studie nás především zajímá, jak je každá sledovaná služba využitelná pro (potenciální) klienty OSPOD a jakou roli právě ony hrají ve zprostředkování této služby.

3.1 „Faktická“ dostupnost služeb pro rodiny a děti

Všechny sociální služby vyskytující se v našem výběrovém souboru (a pokud byla příslušná otázka zodpovězena) byly, až na tři výjimky, zcela volně dostupné, bez nutnosti mít doporučení nebo se předem objednávat.¹¹⁰ Pouze po předchozím objednání bylo možno využít u některých poskytovatelů tři typy služeb - ranou péči, denní stacionáře a terapeutické komunity. Na doporučení OSPOD se přímo vázaly pouze služby pro děti v ústavní péči. Přesto v průměru pětina klientů námi sledovaných zařízení přichází na doporučení OSPOD - vedle průměrných dvou třetin klientů přicházejících přímo a více než desetiny přicházejících na doporučení jiných subjektů.¹¹¹ Mediánové hodnoty však byly zjištěny ve výši 70 % u nezprostředkovaného zažádání o službu a 6,5 % u zažádání prostřednictvím OSPOD. To znamená, že v mnoha organizacích je častější, než vypovídá námi zjištěný průměr, praxe přímého zažádání o službu. Naopak, podíl klientů určité služby, získávajících ji přes OSPOD, je u jednotlivých služeb častěji nižší než uvedená průměrná pětina.

Pokud se na to podíváme z druhé strany, jak byli dotázáni poskytovatelé služeb vstřícní požadavkům OSPOD, tam je role OSPOD podstatně výraznější (viz níže v kapitole 4 v této části). Přesto se z celkových výsledků našeho šetření zdá (srv. také s částí I. této studie), že pomoc rodinám ze strany OSPOD a ze strany neziskových a dalších organizací probíhá jaksi paralelně, s nedostatečnou vzájemnou kooperací a koordinací (pokud je vůbec pomoc poskytována z více stran).

Pokud jde o informovanost o nabízených službách, považují jejich poskytovatelé její současnou nevelkou intenzitu (nakolik je veřejnost informována) a formu (jak je informována) za jednu z nezanedbatelných překážek dostatečného využívání a dostupnosti služeb z hlediska reálných potřeb obyvatel, jak bude ještě dále ukázáno.

¹¹⁰ Pro každou službu zvlášť jsme se ptali, jak je dostupná, a respondenti mohli zvolit i více možností z nabídky těchto variant: „volně přístupná, bez doporučení a objednání“, „na doporučení OSPOD“, „na doporučení jiné organizace poskytující podobné nebo návazné služby“, „po předchozím objednání“ a „jinak“.

¹¹¹ Jedná se vždy o relativní podíly z celku dotázaných (kteří otázku zodpověděli), takže podíly netvoří v součtu 100 %.

3.2 Prostorová dostupnost

Prostorová dostupnost služeb je pochopitelně velmi relativní, protože subjektivně vnímaná dobrá dostupnost závisí na řadě okolností, především na možnostech klienta a jeho rodiny a na charakteru požadované služby. Pro možnost porovnání však bylo třeba zvolit relativně objektivní měřítko, kterým je vzdálenost v kilometrech. Ptali jsme se, z jaké vzdálenosti klienti jednotlivých dotazovaných organizací dojíždějí, a to jednak na vzdálenost „obvyklou“ a jednak „maximální“.

Obvyklou vzdáleností v případě pobytových a ambulantních služeb je v průměru 16 km (s mediánem 10 km a s rozmezím 0-100 km; odpovědělo 58 respondentů). Nejvíce vzdálení klienti dojíždějí v průměru až ze vzdálenosti 120 km (medián činí 65 km, výjimečně je maximum jen 2 km, ale také několik set kilometrů; odpovědělo 52 respondentů).

Terénní služby bývají obvykle poskytovány v okruhu dosahujícím v průměru 12 km (s mediánem 5 km a rozpětím 0-100 km; odpovědělo 40 respondentů). Na otázku o maximální vzdálenosti poskytování služby byly uvedeny distance v rozmezí 0-300 km, což průměrně činí 46 km (medián 30 km; odpovědělo 36 respondentů).

Obvyklé i maximální průměrné vzdálenosti, v nichž jsou poskytovány pobytové a ambulantní služby, korespondují s odlišnou rozlohou sledovaných krajů (největší jsou v kraji Olomouckém, nejmenší v kraji Karlovarském), takže lze předpokládat jistou „přizpůsobivost“ klientely hustotě sítě a také to, že tomu nemusí být naopak (sít se svou strukturou nepřizpůsobuje rozloze „spádové“ oblasti). V případě terénních služeb není tato souvislost tak zřejmá.¹¹² Prostorová dostupnost služby závisí na šíři územní působnosti konkrétní služby či organizace poskytující služby (tabulka č. 1). Poměrně velký rozdíl mezi obvyklou a maximální vzdáleností u organizací s širší než krajovou působností ilustruje, že klientům ze vzdálenějších míst je služba poskytována jen výjimečně. Maximální dosah i u organizací (poboček organizací) nadkrajové a celostátní působnosti je v praxi limitován vzdáleností zhruba okolo 30 km, které dávají i pro dojíždějící klienty smysluplnost dané službě. Některé služby lze nicméně „dovážet“ nebo za nimi dojíždět i na větší vzdálenosti, jak ukazují maximální vzdálenosti. Platí to však zřejmě v rámci každé z nich spíše za určitých okolností, protože mezi druhy služeb nebyly z hlediska průměrné dojížděky zjištěny až tak významné odlišnosti (graf č. 9). Pokud „se vyplatí dlouhé dojíždění“, alespoň pro některé klienty,¹¹³ pak může jít o služby „žádané a málo dostupné“, na něž je třeba zaměřit pozornost. Některé služby jsou i v rámci ČR koncentrovány, a tedy v námi sledovaných regionech prakticky nedostupné z důvodu jejich absence v relevantní vzdálenosti.

¹¹² Jednak se kraje tolik neliší a jednak jsou nejmenší vzdálenosti udávány ve Zlínském kraji. Je tu ovšem problém, že za Karlovarský kraj máme pro srovnání k dispozici data pouze od 5 respondentů.

¹¹³ Např. podle výpovědí koordinátora ze Zlínského kraje dojíždějí někteří klienti za vybranými službami pro NRP do Brna.

Tabulka č. 9 **Průměrná a mediánová vzdálenost, v níž jsou poskytovány služby, podle územní působnosti organizace (vkm)**

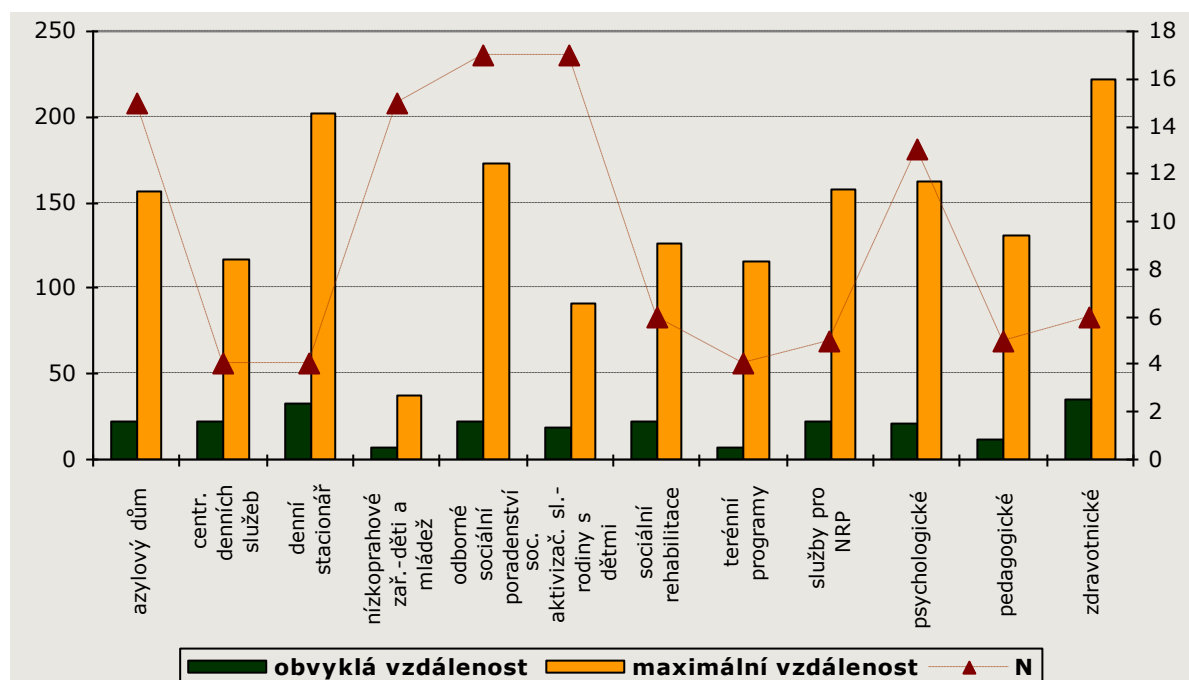
územní působnost	pobytové a ambulantní služby				terénní služby			
	obvyklá vzdálenost		maximální vzdálenost		obvyklá vzdálenost		maximální vzdálenost	
	průměr	medián	průměr	medián	průměr	medián	průměr	medián
obec, město (n=3-9)	2,8	1,0	10,8	11,5	2,8	2,5	9,3	5,0
mikroregion (n=12-16)	10,1	10,0	42,1	30,0	8,0	4,0	36,1	30,0
kraj (n=8-9)	16,1	18,0	110,0	80,0	13,6	13,0	45,9	40,0
několik krajů (n=5-9)	27,9	20,0	216,4	250,0	24,3	1,5	47,0	5,0
celá ČR (n=4-9)	28,9	30,0	287,1	300,0	21,2	20,0	104,0	57,5

Pozn.: (1) Respondenti mohli označit více možností územní působnosti (uvedlo 6 z 68 respondentů), řádky se však týkají jen organizací, které uvedly pouze danou působnost. V závorkách jsou uvedeny počty odpovědí, které se však liší podle jednotlivých ukazatelů, proto je uvedeno rozmezí (vyšší počty jsou u pobytových a ambulantních služeb).

(2) Vzhledem k malým četnostem odpovědí je některý průměr ovlivněn extrémními zjištěnými hodnotami, jak je zřejmé z hodnot mediánových.

Pro analýzu dojížděkové vzdálenosti jednotlivých typů služeb máme k dispozici data jen pro velmi malé počty subjektů a nelze vyloučit jedinečnost případů, tedy nemáme možnost generalizovat. Podle grafu č. 14 se nicméně zdá být pro velikost teritoria, na kterém je služba poskytována, hlavní determinantou charakter služby (mnohé mají smysl jen v blízké dostupnosti), ale naznačen je i vliv „vzácnosti“ dané služby v daném (mikro)regionu. Nelze jej ověřit, protože nejsou k dispozici informace o celkové nabídce v krajích a jejím teritoriálním rozmístění u jednotlivých typů služeb.

Graf č. 14 **Vzdálenosti, do jakých jsou poskytovány vybrané druhy služeb, v km**



Pozn.: Vybraný služby, o kterých deklarovali vzdálenosti alespoň 4 respondenti. Vzhledem k nízkým počtům odpovědí zde tyto počty uvádíme (N), aby čtenář mohl sám zhodnotit spolehlivost údajů.

Problémy s prostorovou dostupností služeb ilustrují odpovědi na otázku, zda se respondenti domnívají, že existují zájemci o jejich služby i ve vzdálenějších místech, než kam až jsou oni schopni služby poskytovat (neboli v současnosti poskytují). Pouze 15 % odpovědělo záporně (konkrétně zvolilo odpověď „nejspíš/ne“). Podle o málo více než třetiny respondentů by se v rámci kraje, v němž působí, našli zájemci o „jejich“ služby i ve větších vzdálenostech, než do jakých jsou dnes služby distribuovány. Podle poloviny dotázaných však existují zájemci ve větší vzdálenosti dokonce i za hranicemi kraje, v němž působí. Pro nízké četnosti lze porovnat jen Olomoucký a Zlínský kraj, mezi nimiž v tomto ohledu signifikantní rozdíly nejsou.

Ačkoliv nemáme možnost spolehlivě porovnat „optimální akční rádius“ poskytování různých typů služeb a hustotu jejich sítě v krajích, jsou uvedené poznatky nepřímým potvrzením nedostatečné sítě služeb, pokud vycházíme z předpokladu, že „užitečná“ je hlavně taková služba, za kterou není třeba nadměrně daleko dojíždět. Sami poskytovatelé služeb situaci až tak negativně nehodnotí. Jak ukazuje tabulka č. 10, v rámci spádové oblasti působení svého zařízení vidí dostatečnost nabídky těchto služeb, které respondent poskytuje, jako zcela nebo spíše dostatečnou zhruba dvě třetiny z nich, v rámci kraje pak více než polovina z nich.¹¹⁴

Tabulka č. 10 **Jak je podle názoru poskytovatelů pokryta poptávka po jimi poskytovaných službách v jejich spádové oblasti a v kraji jejich působení (podíly odpovědí v %)**

	pokrytí poptávky					
	zcela dostatečně	spíše dostatečně	spíše nedostatečně, protože nerovnoměrně	spíše nedostatečně z více důvodů	zcela nedostatečně	nedovedu posoudit
ve spádové oblasti organizace	25,4	40,3	17,9	7,5	1,5	7,5
v kraji	6,1	39,4	27,3	6,1	1,5	19,7
v kraji bez odpovědi „nedovedu posoudit“	7,5	49,1	34,0	7,5	1,9	-

3.3 Finanční dostupnost

Finanční dostupnost služeb byla označena dotázanými jako nejméně problémový aspekt při jejich poskytování (na pětistupňové škále obdobné školnímu známkování problémovosti dosáhla průměrného skóre 1,4). Jak je uvedeno v kapitole 1.6, části III. této studie, většina služeb je poskytována bezplatně, a to nezávisle na poskytovateli. Poplatky jsou vybírány především za služby pobytového charakteru a služby fakultativní. Na přímou otázku, zda je bariérou využívání služeb jejich finanční nedostupnost, byla tato možnost vyloučena čtyřmi pětinaми dotázaných (tabulka č. 11).

Dostupnost služeb závisí také na dalších okolnostech, jako je (již zmíněná) informovanost občanů, kapacitní možnosti poskytovatelů či povědomí o její potřebě a významu či efektivitě. Nechali jsme tyto a podobné okolnosti zhodnotit dotázanými

¹¹⁴ Je to polovina z těch, kdo uměli situaci zhodnotit, přitom ale ze všech dotázaných to pětina neuměla.

poskytovateli, kteří to vidí tak, jak ukazuje tabulka č. 11. Z tohoto hodnocení se jeví jako nejproblémovější omezená informovanost veřejnosti a nedostatečná kapacita, nejméně problémová se zdá být finanční náročnost pro příjemce služeb a čekací lhůty. Je zajímavé porovnat hodnocení kapacity a čekacích lhůt. Jestliže čekací lhůty jsou výrazně menším problémem než nedostatečné kapacity, mohlo by to vypovídat o skutečném entuziasmu poskytovatelů služeb a velké snaze vyhovět žadatelům za „všech okolností“.

Tabulka č. 11 **Hodnocení poskytovatelů služeb, jak se jeví podmínky jejich využívání z hlediska příjemců** (podíly odpovědí v %)

aspekty dostupnosti	je to překážka využívání	jen částečně	není
nevědí o službě	21,2	48,5	30,3
nedostatečná kapacita	23,5	35,3	41,2
finanční nedostupnost	0,0	16,7	83,3
dlouhé čekací lhůty	7,5	25,4	67,1
nedocnění významu služby	20,0	38,5	41,5

Pozn.: otázka zněla: Jsou podle Vás následující okolnosti překážkou využívání Vašich služeb z pohledu osob, které by o ně měly zájem a splňují podmínky pro jejich využívání?

4. Spolupráce poskytovatelů služeb s orgány sociálně-právní ochrany dětí

Nastartovaný proces transformace systému společenské podpory ohrožených dětí a rodin si klade jako jeden ze stěžejních cílů nahrazení institucionální péče o děti rozvinutými ambulantními a terénními službami pro děti a jejich rodiny. Současně se předpokládá, že v novém systému se částečně promění role a funkce OSPOD a mj. vzroste jejich koordinační a mediační role. Nevyhnutelně se musí změnit vztah a formy kooperace mezi OSPOD a poskytovateli služeb pro rodiny a děti, a tedy rozvinout vzájemná důvěra a vstřícnost. Takové proměny musí doprovázet rozšíření a proměny struktury služeb pro rodiny a pro jejich členy mající specifické problémy.

Podívejme se proto na vybrané aspekty spolupráce OSPOD a subjektů poskytujících služby v současném systému, a to zde z pohledu poskytovatelů služeb. 85 % dotázaných spolupracuje s OSPOD a v tom 54 % pravidelně. Nejčastější jsou však takové formy spolupráce, které lze se zjednodušením označit za formální či administrativní: 90 % organizací informuje o nových případech, jimž se věnují, a 89 % předává OSPOD důležité informace o klientech (což je za přísně vymezených podmínek povinnost, konkrétně definovaná v zákonu o sociálně-právní ochraně dětí).

Druhou skupinu forem spolupráce poskytovatelů služeb s OSPOD, a to jak z hlediska četnosti výskytu, tak z hlediska věcného obsahu, představují aktivity, jejichž pomocí jsou konfrontovány postupy práce s rodinou prováděné oběma typy subjektů. Patří sem konzultace řešení případu a případného zapojení dalších subjektů (provádí 86 % organizací), informování o průběhu práce s rodinou (84 %) a projednávání společných strategií pomoci dětem anebo rodinám (83 %). Jen o trochu méně časté a svým charakterem podobné jsou další formy spolupráce jako poskytování podpůrných služeb pracovníkům OSPOD (80 %), společné prodiskutování zapojení dalších odborníků a organizací (79 %) a operativní projednávání změn ve vývoji jednotlivých případů.

Okolo dvou třetin organizací deklaruje, že s pracovníky OSPOD konzultují sporné případy (konkrétně takové, u nichž se pracovníkům služeb nezdá adekvátní postup pracovníků OSPOD - 64 %) nebo že organizují případové konference (69 %). Tyto podíly se zdají být nadhodnocené s ohledem na kritiku malého využívání případových konferencí i na šetření u pracovníků OSPOD (viz část I. této studie, kapitoly 5.2 a 5.4). Lze to vysvětlit malým počtem zařízení ve výzkumném souboru a tím, že vyplnění dotazníku záviselo na ochotě oslovených, a tak můžeme mít informace spíše od těch aktivnějších.

Nejméně často deklarovanými formami spolupráce s OSPOD z těch, na něž jsme se přímo ptali, jsou dva případy - (a) když OSPOD působí jako koordinátor komplexní péče o problémové rodiny, na níž se sledovaná organizace podílí (51 %), a (b) poskytování služby vyžádané ze strany OSPOD, která přesahuje koncepci a pojetí péče poskytované danou organizací (46 %).

Vzhledem k tomu, že frekvence uvedených aktivit zcela neladí s kritikou jejich nedostatečnosti (viz část I. této studie či tabulka č. 4), nelze vyloučit, že na náš dotazník odpovídaly spíše organizace, které jsou ve spolupráci s OSPOD aktivnější, což vzhledem k nevyhnutelnému efektu samovýběru („přirozenému“ při zvoleném postupu distribuce a sběru dotazníků) nelze vůbec vyloučit. Nicméně zjištěné proporce mezi využíváním různých forem spolupráce se mohou blížit proporcím v základním souboru (tj. u všech služeb v daných krajích). Výše uvedené podíly ukazují, jaká část subjektů

dané formy spolupráce aplikuje. Na doplnění se nyní podíváme na intenzitu jejich využívání. Tabulka č. 12 ukazuje podíly organizací, které uvedly, že daná forma spolupráce je u nich častá, a podíl těch, které ji nevyužívají vůbec.

Tabulka č. 12 **Míra aplikace různých forem spolupráce organizací poskytujících služby pro děti a rodiny a OSPOD** (podíly odpovědí v %, N v absolutních číslech)

	forma využívána často	využívána „občas“ nebo v „ojedinělých případech“	vůbec se nevyskytuje	N
předáváme OSPOD údaje významné pro řešení případu	51	38	11	53
informujeme o průběhu práce s rodinou	48	36	16	56
OSPOD poskytujeme podpůrné služby	40	40	20	50
operativně projednáváme změny ve vývoji případů	37	38	25	52
projednáváme společné strategie pomoci dětem anebo rodinám	30	53	17	53
konzultujeme řešení případu a případné zapojení dalších subjektů	27	59	14	56
vzájemně diskutujeme zapojení dalších organizací, odborníků apod.	26	52	22	50
informujeme OSPOD o nových případech vyžadujících pomoc	24	66	10	50
OSPOD dělá koordinátora komplexní péče o rodiny, na niž se podílíme	21	30	49	43
realizují se případové konference	8	61	31	48
konzultujeme případy, kdy se nám postup OSPOD nezdá zcela adekvátní	6	58	36	50
podle potřeby poskytneme na žádost OSPOD i služby nad rámec naší filozofie, koncepce nebo skupinám mimo naše cílové skupiny	2	44	54	50

Pozn.: Seřazeno sestupně podle podílu častého využívání. Zbytek do 100 % v řádcích = odpovědi „občas“ a „v ojedinělých případech“.

Z údajů o využívaných formách spolupráce a jejich četnosti se situace jeví tak,¹¹⁵ že organizace spíše samy vyhledávají nebo jinak získávají případy a že spolupráce s OSPOD se pak odvíjí od zákonných „ohlašovacích“ povinností subjektů poskytujících pomoc ohroženým dětem a rodinám, než aby aktivita organizací byla iniciována ze strany OSPOD. To samo o sobě není nijak negativní poznatek, nicméně ke zvážení jsou další zjištění: nápadná je jen malá četnost výskytu působení OSPOD jako koordinátora řešení případů, jen necelá třetina organizací často projednává s OSPOD společné strategie, případové konference jsou spíše sporadické.

Dotázaní představitelé zařízení poskytujících služby v tomto kontextu upozorňují na přetíženost pracovníků OSPOD jako důvod toho, že oběma stranami požadovaná spolupráce není adekvátně rozvinuta. Okrajově je zmíněno to, že míru spolupráce ovlivňují i požadavky klientů (nakolik si přejí zapojení více subjektů do řešení jejich problémů, v řadě případů to odmítají). Uvedeny byly příklady spolupráce formou členství pracovníků organizací v příslušných komisích a jiných orgánech městských úřadů a OSPOD či dalších organizací (např. asociace manželských a rodinných poradců).

Nedostatečně rozvinutá spolupráce organizací poskytujících služby a OSPOD může mít řadu příčin na každé z obou zúčastněných stran. Proto měli představitelé

¹¹⁵ A koresponduje s výše uvedenou skutečností, že služby dotázaných zařízení využívá na podnět OSPOD asi pětina klientů.

organizací hodnotit, v čem vidí hlavní překážky spolupráce. Celkově je třeba říci, že z vyjmenovaných 14 potenciálních překážek žádnou zřejmě nevidí jako kruciólně závažnou, protože u všech položek označujících nějaký problém převažují odpovědi „spíše ne“ nebo „rozhodně ne“. Tabulka č. 13 ukazuje seznam položek, kde alespoň šestina dotázaných vyjádřila možnost existence daného problému, a to v pořadí podle součtu podílů odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“.

Tabulka č. 13 **Problémy spolupráce organizací poskytujících služby pro děti a rodiny a OSPOD**

položka	součet podílů odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“ v %
zařízení nemá dostatečnou kapacitu	30
často se neshodujeme v hodnocení situace klienta	26
dostáváme se s OSPOD do kompetenčních sporů	25
často se neshodujeme ve stanovení žádoucí strategie řešení případu	25
OSPOD dává nedostatečné informace o klientech	24
naše filozofie pomoci ohroženým dětem nebo rodinám se významně liší od přístupů OSPOD	24
naše zařízení nemá dostatečné vybavení prostor nebo vybavení pro terénní práci, jak vyžadují případy, s nimiž se na nás OSPOD obrací	20
klient nepatří mezi naše cílové skupiny	19
setkáváme se s nedůvěrou ze strany OSPOD	18

Jakkoliv je nejčastěji jmenovanou překážkou bezproblémové spolupráce daného zařízení s OSPOD objektivní důvod nedostatečné kapacity, následující důvody ilustrují závažný fakt - **odlišný přístup pracovníků neziskových a dalších organizací od přístupů a postupů OSPOD**. Týká se to nezanedbatelného počtu zařízení - okolo 1/4 vč. méně závažných rozporů (odpověď „spíše ano“), vezmeme-li v úvahu regionální rozdílnost služeb. V procesu transformace a posilování koordinační role OSPOD to bude třeba vzít vážně v úvahu. I proto, že naši respondenti mohou reprezentovat spíše méně „konfliktní“ subjekty.

Problémy, které se podle vyjádření respondentů vyskytují jen ojediněle (proto nebyly zařazeny v tabulce č. 13), jsou spíše formálního rázu – požadovanou službu oslovené zařízení neposkytuje, zařízení nemá personál potřebné kvalifikace. Desetina dotázaných se však vyslovila, že OSPOD žádá porušení ochrany osobních dat, a zde je otázka reálnosti takové výtky. Když měli respondenti sami doplnit další možné spolupráci komplikující aspekty, zmiňovali např. přetíženost pracovníků OSPOD, problémy s tokem informací a přístup klientů, kteří nedovolují OSPOD předávat informace o své rodině. Celkově se ukazuje **otázka získávání a předávání informací o klientech jako velmi choulostivá a ovlivňující možnost spolupráce více subjektů**.

Pokud OSPOD žádají u organizací spolupráci, 43 % dotázaných v podstatě nemá nikdy problém vyhovět, ve 28 % organizací nevyhoví jen výjimečně, v 19 % občas a v 10 % organizací často. Rozdíly podle krajů lze těžko prokazatelně ověřit vzhledem k odlišné skladbě služeb poskytovaných organizacemi, které v krajích odpověděly. Lepší nejsou možnosti pro hledání rozdílů podle typů služeb, protože otázka o vyhovění žádosti OSPOD se týká celých zařízení poskytujících většinou více služeb (vedle většinou velmi nízkých četností jednotlivých služeb - viz kapitola 1.1 této části studie).

Vybereme-li jen nejčastěji se vyskytující služby,¹¹⁶ nejméně odmítnutí deklarují nízko-prahová zařízení pro děti a mládež (všechna odmítají jen ve zcela výjimečných případech), jenom málo nevyhovění vykazují také organizace poskytující sociálně-odborné poradenství (86 % neodmítá vůbec nebo jen výjimečně), sociálně-aktivizační služby (pro 75 % platí jen ojedinělá odmítnutí) a psychologické služby (v 69 % jen ojedinělá odmítnutí). Poslední z více zastoupených služeb - azylové domy - však žádná nebo jen ojedinělá nevyhovění uvedla jen ve čtvrtině případů.

Na otázku, jaká bývá doba odkladu v poskytnutí požadované služby, jsme získali jen malý počet odpovědí (19 respondentů uvedlo obvyklou dobu, 11 respondentů uvedlo rozmezí obvyklých dob). Respondenti zmiňovali většinou různé počty dnů (od jednoho dne až jeden měsíc, výjimečně více).

Vzhledem k výše uvedeným zjištěním nijak nepřekvapuje, že **52 % dotázaných si myslí, že spolupráce s OSPOD by se měla změnit.**

Na požádání dotázaní vyjmenovali celou škálu problémů a třecích míst i návrhů, kterým směrem zaměřit úsilí o zlepšení spolupráce. Jako červená nit se táhne těmito názory to, že OSPOD a další subjekty se málo chovají jako partneři, a to z řady důvodů, mezi nimiž vyniká nedostatečná vzájemná informovanost či důvěra. Poměrně častá je kritika samotné práce pracovníků OSPOD, která je vnímána jako formální, nedostatečně reflektující skutečné zájmy a potřeby klientů nebo i neschopnost reálně klienty poučit o jejich problémech a možnostech řešení. Kritika ovšem bývá doprovázena porozuměním pro objektivní překážky v tom, aby pracovníci OSPOD svou práci odváděli lépe, a to především v nedostatečném počtu pracovníků OSPOD, a tím jejich přetížení; zmíněno bylo i nedostatečně specializované vzdělání pracovníků OSPOD, konkrétně v problematice pomoci drogově závislým. Dotazovaní nejvíce apelují na to, aby se prohloubilo skutečné partnerství OSPOD a organizací poskytujících služby a rozvíjela se koordinovaná spolupráce založená na skutečných zájmech a potřebách dětí a rodin. Často se vyskytuje požadavek pořádání případových konferencí. Podrobněji uvádíme názory respondentů v následujícím přehledu.

Přehled důvodů kritiky spolupráce OSPOD se zařízeními poskytujícími služby pro děti a rodiny a názorů na zlepšení spolupráce (seřazeno podle četnosti výskytu uvedených témat, četnost uvedena v závorce):

- OSPOD a zařízení, i další subjekty, by se měly více chovat jako partneři, poskytovat si zpětnou vazbu, organizovat případové konference (10).
- Musí se vyjasnit kompetence OSPOD a poskytovatelů služeb, měli by být rovnocennými partnery (5).
- Více by se mělo spolupracovat s klienty a zvýšit jejich aktivní podíl na řešení případů (5).
- OSPOD by se měly více skutečně zajímat o případy svých klientů a respektovat je (mj. požadavky anonymity), měla by se odstranit někde až příliš velká formálnost přístupu OSPOD (4).
- Bývá obtížné najít společný přístup a postup při řešení případu, mj. i pro nedostatečnou vzájemnou informovanost (4).
- OSPOD by měly více důvěřovat NNO a dalším poskytovatelům služeb, zajímat se o jejich práci a přístupy (4).
- Měl by se zvýšit počet pracovníků OSPOD, aby měli dost času na případy (3).

¹¹⁶ Tzn., že zde abstrahujeme od toho, že daná zařízení případně poskytují i další služby.

III. Služby pro rodiny, děti a mládež

- Spolupráce OSPOD a poskytovatelů služeb má různou úroveň v závislosti na kvalitě OSPOD i přístupu jednotlivých pracovníků (2).
- Často pracuje s jednou rodinou paralelně několik subjektů bez koordinace činností, někdy je důvodem vázanost mlčenlivostí o případu (2).
- OSPOD nefungují jako koordinátoři řešení případu, což by měly (1).
- Chybí pružnější řešení případů (1).
- Práce OSPOD by měla být více cílena na děti, měly by se odstranit všechny projevy formálního přístupu a zejména direktivní formy pomoci (1).
- Je třeba poskytnout pracovníkům OSPOD specializované vzdělání pro práci s klienty se specifickými problémy (např. závislost na návykových látkách) (1).
- Dochází k chybné aplikaci zákona o sociálně-právní ochraně dětí pracovníky OSPOD (1).

5. Podmínky poskytování služeb a spolupráce s dalšími subjekty

Při poskytování svých služeb **nenarážejí organizace**, jež odpověděly na náš dotazník, **na problémy, které by zásadním způsobem narušovaly jejich práci**. Při volbě odpovědí na problémovost vyjmenovaných aspektů jejich práce na pětibodové stupnici byla překročena průměrná hodnota jen u **jedné položky** a jen mírně – u dostatečnosti **financí na službu**. Opětovně se potvrzuje, že (ne)dostatek peněz je stěžejní otázkou fungování celého systému SPOD a obecné ochrany ohrožených dětí a rodin.

Na druhém místě z hlediska vnímané závažnosti se umístila „malá podpora nebo nedocení od orgánů státní správy anebo samosprávy“, kde se zřejmě odrážejí i výše zmíněné problémy se spoluprací s OSPOD. S financováním zjevně souvisí aspekt umístěný na třetím místě, kterým jsou nedostatečné prostory pro poskytování služby. Na druhou stranu se jako nejméně zatěžující proces poskytování služeb jeví finanční dostupnost služeb ze strany klientů (většina služeb je poskytována zdarma), počty pomocného personálu a kvalifikovanost pracovníků. Přehled průměrných hodnot hodnocení uvádí tabulka č. 14. Vzhledem k jednostrannosti hodnocení (sině převažují kladná) není třeba hledat rozdíly podle charakteristik organizací.

Tabulka č. 14 **Průměrná hodnocení závažnosti vybraných aspektů poskytování služeb jejich poskytovateli***

položka	hodnota
nedostatečné financování služby	2,6
malá podpora nebo nedocení od orgánů státní správy anebo samosprávy	2,1
nedostatečné prostory pro poskytování služby	2,0
nevyhovující spolupráce s OSPOD	1,9
nedostatek dobrovolníků	1,9
nedostatečné materiální vybavení pro poskytování služby	1,8
nedostatečné počty odborných pracovníků	1,8
nevyhovující spolupráce se subjekty poskytujícími podobné nebo návazné služby	1,8
nedostatečná kvalifikovanost pracovníků	1,7
obtížná dopravní dostupnost	1,6
nedostatečné počty pomocného personálu	1,6

* *Závažnost byla hodnocena na pětibodové škále, kde „1“ znamenalo „nemáme s tím žádný problém“ a „5“ znamenalo „máme s tím velký problém“. Položky jsou seřazeny od nejvíce problémové k nejméně problémové, ale rozdíly jsou minimální.*

Více než polovina námi dotázaných zařízení spolupracuje s dalšími subjekty poskytujícími služby ohroženým rodinám a dětem (57 %). Spektrum služeb, které námi sledovaní poskytovatelé „přijímají“ od dalších subjektů, je široké. Částečně závisí na typu služeb poskytovaných dotazovanou organizací (viz tabulka č. 12 v příloze), ale řada služeb reagujících na potřeby klientů je úzce vzájemně provázaných, takže vytvářejí určitý univerzální organický celek. Jeho základem jsou služby poradenské a konzultační, sociálně-aktivizační, terénní, zdravotní a léčebné, služby odborných

specialistů (psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, právníci), nízkoprahová zařízení a azylové ubytování.

Přitom 27 (40 %) dotázaných zařízení postrádá nějaké formy spolupráce s dalšími subjekty. Blíže je vysvětlilo jen 26 respondentů, kteří pokrývají svými službami celé spektrum námi sledovaných služeb. Jmenované postrádané formy spolupráce lze rozdělit do několika skupin (blíže o nich tabulka č. 12 v příloze):

- **Metody spolupráce** - jmenovány jsou např. případové konference, workshopy a setkávání, součinnost při řešení problémů, vzájemné propojení a návaznost aktivit, předávání aktuálních informací, výměna zkušeností, předávání inspirativních zkušeností; kritizován je nedostatek návaznosti podpůrných aktivit pro rodiny a děti.
- **Konkrétní služby** - zde zejména převládá (hodně častá) kritika absence sociálního bydlení, dále lůžkových služeb (jedním z celkově nejčtenějších požadavků jsou konkrétně lůžkové služby pro závislé matky s dětmi), požadována jsou nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, vícekrát je uvedena dluhová poradna, zmíněny jsou odborné služby psychologů, pedagogů, psychiatrů apod. a také specializované služby pro náhradní rodinnou péči.
- **Pořádání společných akcí s terapeutickým nebo socializačním posláním** - týká se to volnočasových aktivit, jejichž polyfunkční vliv při pomoci ohroženým dětem a rodinám je zřejmě nedoceněn.
- **Kritika systému péče o ohrožené děti a rodiny** - systém udělování dotací, grantů a nadačních příspěvků údajně napomáhá tomu, že se ze sociálního sektoru stává sektor hospodářský a v důsledku toho roste vzájemná rivalita jednotlivých neziskových organizací a potřeba konkurenceschopnosti; v některých regionech (např. v horském terénu) působí některé NNO jako solitérní poskytovatelé služeb; kritizován je nezájem škol.

Z uvedeného je zřejmé, že existující **subjekty** poskytující služby pro rodiny, děti a mládež **působí často izolovaně** a i tam, kde v určitém regionu působí více subjektů, **není vždy rozvinutá efektivní spolupráce**. Zjištění o postrádaných formách spolupráce jsou také dílčí ilustrací **nedostatečného pokrytí** potřeb ohrožených rodin a dětí službami celkově a **z hlediska struktury potřeb**. Systém nedostatečně reflektuje četnost výskytu takových problémů, jako jsou sociálně-ekonomické problémy rodin (odrážející se v neschopnosti finančně zajistit bydlení), závislost na návykových látkách rodičů, ale i dětí, či zadlužování rodin.

Podobně jako v případě žádostí o spolupráci ze strany OSPOD, také **při požadavcích jiných subjektů na spolupráci vycházejí námi dotazované organizace žadatelům převážně vstřícně**. Jen necelá pětina organizací má častější problémy s vyhověním, a to tak, že 3 % musejí často odmítnout a 15 % „celkem často“. Naopak, (téměř) nikdy nemusí odmítnout spolupráci 34 % respondentů, takže zhruba (zbylá) polovina nemůže vyhovět „občas“.

Pokud zařízení žadatelům o spolupráci nemohou vyhovět, bývá důvodem nejčastěji to, že prostě požadovanou službu dané zařízení neposkytuje (53 %) nebo klient nepatří mezi její cílové skupiny (41 %). Větší pozornost je třeba věnovat faktu, že 43 % dotázaných uvedlo, že důvodem bývá nedostatečná kapacita jejich zařízení. Je to třeba vnímat jako ukazatel nedostatečnosti sítě služeb, protože to znamená, že poptávka po službách daného zařízení převyšuje jeho možnosti (nabídku). Vedle toho 12 % uvedlo, že dané zařízení nemá dostatečné vybavení pro poskytování služeb více klientům, čili poukázalo na materiální (finanční) problémy zajištění služeb v žádané kvalitě. Podstatně menším problémem (uvedlo jej 6 % respondentů) je nedostatek

personálu s patřičnou kvalifikací. Nedůležité se jeví nebo se jen výjimečně vyskytuje to, že klienta nelze přijmout, protože není ze „spádového území“, kde působí dotazované organizace (necelá 2 % dotázaných).

Téměř polovina sledovaných zařízení (44 %) by měla zájem rozšířit spektrum svých služeb, což lze chápat mj. jako reflexi neuspokojené poptávky po službách našimi respondenty. Současně 56 % z nich připouští jako významnou či dokonce zásadní bariéru rozšíření služeb to, že se subjektům nedostává finančních prostředků. Přitom však přes polovinu těch, kdo plánují rozšíření služeb, má konkrétní plán, a tedy záleží na tom, jaké mají možnosti jeho prosazení, včetně pokrytí financemi a kvalifikovaným personálem. Jinými slovy, je tu výzva k prosazení vyšší funkčnosti financování, jak to naznačují i výše uvedené kritické výhrady k systému dotací a dalších zdrojů financí pro neziskový sektor a další formy služeb.

Podle názorů dotázaných by rozšíření jejich služeb znamenalo nejen vyšší finanční nároky, ale i potřebu posílit personální kapacity. Nároky v tomto nejsou vysoké, většinou se jedná o dalšího jednoho až tři pracovníky, ale průměr je 4,7 (personální potřeby vyčíslilo pouze 14 respondentů). Respondenti buď udávají potřeby personální i peněžní, nebo neumí posoudit ani jeden aspekt, příp. nepožadují ani jedno. Čtvrtina zařízení poskytla odhad, o kolik by se měl zvýšit jejich roční rozpočet (tj. 2/3 z těch, kdo plánují rozšířit spektrum poskytovaných služeb). Odhady se pohybovaly v rozmezí 70 tisíc až 5 milionů korun. Pro ilustraci, jak jsou chápány plánované služby z hlediska jejich náročnosti na jejich zabezpečení, uvádíme zjištěné údaje přehledně v tabulce č. 15.

III. Služby pro rodiny, děti a mládež

Tabulka č. 15 **Konkretizace služeb, o které by chtěli respondenti rozšířit svou činnost, a odhady finančních a kapacitních nároků**

plánovaná služba	očekávaný nárůst ročního rozpočtu	odhadovaná potřeba nových pracovníků
práce s rodinou, zejména problémovou	200 000	1
kontaktní centrum	-	-
terénní práce v rodinách	.	1
terénní služby, nízkoprahová centra, vzdělávací centrum, chráněná dílna, výcvikové pracoviště pro klienty	3 000 000	8 - 10
krizová pomoc	.	0
sociálně-aktivizační služba	500 000	2
azylové bydlení	2 000 000	3
práce s vrstevnickou skupinou	-	0
nízkoprahové zařízení	-	nemáme propočítáno
krizová služba	230 000	1
sociální rehabilitace, cvičná pracoviště	5 000 000	cca 5 - 7
denní stacionář a chráněné bydlení pro klienty se středně těžkým až těžkým mentálním postižením	2 000 000	8
podporované bydlení	-	10
rozšířit kapacitu stávající služby	-	3
dům na půli cesty	-	-
mediace v rodinách	1 000 000	2 mediátory
týdenní stacionář	300 0000	0
poradna - odb. služby pro děti týrané, zneužívané; vzdělávání v této oblasti, rodinná terapie a mediace	100*	cca 5
mediace v porozvodových sporech o děti, videotrénink interakcí	70*	1
mediace, psychoterapie, psychologické a právní poradenství	300 000	2
odborné poradenství	2 600 000	7
mediace, přednášková činnost, prevence týrání, zanedbávání a zneužívání dětí.	600 000	1-2
intenzivní a specifická terénní práce ve vytipovaných lokalitách	200 000	minimálně 1
streetwork, další nízkoprahové centrum pro děti a mládež v centru města	1 000 000	3
práce s celou rodinou	1 500 000	2-3
krizová pomoc, tzn. rozšíření služby o "krizové lůžko" pro ženy nebo matky s dětmi v krizi	-	0
probační programy pro mládež	100 000	0
občanská poradna, nízkoprahový klub	2 000 000	4

* předpokládáme, že respondent uvedl údaj v tisících Kč

Pozn.: kde chybí údaje, tam je respondent neuvedl, ačkoliv zmínil, jakou službu chtějí nově zavést

6. Shrnutí

Jedním ze stěžejních úkolů „Národního akčního plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na roky 2009-2011“ je rozšíření spektra služeb pro rodiny, děti a mládež a zajištění jejich dostupnosti. Je to nevyhnutelná podmínka snižování počtu dětí v pobytových zařízeních. Předpokladem splnění tohoto úkolu je znalost současného stavu v nabídce služeb, poznání vztahu mezi nabídkou a poptávkou. Prvním krokem k dosažení takové znalosti je šetření provedené ve vybraných krajích v rámci projektu „Zhodnocení a optimalizace řízení systému sociálně-právní ochrany (ohrožených) dětí a rodin ve vybraných regionech“. Zvolená metodika výběrového šetření umožňuje hlavně vzhled do (podmínek) fungování zařízení poskytujících sociální a další služby, které napomáhají ohroženým rodinám a dětem řešit jejich obtížné životní situace.

V kvantitativním šetření mezi organizacemi a zařízeními poskytujícími služby pro rodiny, děti a mládež (sociální služby, služby v oblasti náhradní rodinné péče, případně další typy služeb) bylo získáno celkem 68 vyplněných dotazníků. Nejedná se tedy o reprezentativní šetření, a to i vzhledem k tomu, že způsob distribuce a sběru dat nezajišťoval proporční zastoupení existujících služeb a zařízení poskytujících služby v daných krajích. Přesto získané poznatky ilustrují současné možnosti poskytování služeb a problémy, s nimiž se poskytovatelé setkávají.

Z hlediska „**formálních**“ předpokladů je situace u poskytovatelů služeb, kteří odpovíděli na dotazníkové šetření, převážně dobrá, ale závažnou výjimkou je financování a jeho zdroje. Využívání kapacity dosahovalo téměř u všech poskytovaných služeb v průměru 80 %. Navzdory tomu necelá polovina respondentů pociťuje nedostatečnou personální kapacitu jako faktor limitující plnění záměrů jejich organizace a vyhovění poptávce. Z hlediska odbornosti personálu je ve sledovaných zařízeních situace taková, že ve dvou třetinách splňují všichni pracovníci kvalifikační požadavky a v ostatních většina, tedy z tohoto hlediska mají poskytovatelé dobré předpoklady pro plnění funkcí své organizace. Na druhou stranu získávání odborných pracovníků v některých NNO nebývá snadné, protože skoro polovina deklaruje nedostatek některých odborných profesí.

Přestože organizace poskytující služby většinou využívají více zdrojů financování, přičemž tím hlavním jsou ministerstva, většina z nich musí hospodařit velmi úsporně a zhruba šestina si stěžuje na **nedostatek financí** ve vztahu k objemu a kvalitě služeb, jak je chtějí poskytovat. Nedostatek financí bývá důvodem, proč organizace nemohou rozšířit nabídku služeb. Finance byly označeny za závažnou bariéru rozvoje činnosti (zatímco v ostatních dotázaných oblastech závažné problémy spatřovány nebyly). Problematické momenty v současném systému financování poskytovatelů služeb vidí dotázaní zejména v nejistotě plynoucí z ročního horizontu poskytování dotací.

Pokud jde o **dostupnost služeb pro klienty**, finanční stránka je tou nejméně problémovou. Většina služeb je poskytována bezplatně, takže ve výsledku se klienti podílejí na jejich financování v průměru pětinou (podíl přímých plateb klientů na příjmech zařízení). „Faktická“ dostupnost služeb, to znamená, stručně řečeno, zda a jak včas se klient ke službě může dostat, není zcela bezproblémová. Cesty přístupu ke službám jsou rozmanité, ne všechny otevřené širokému okruhu potenciálních klientů. Překvapivě zde nehrála velkou roli práce OSPOD, protože klienti se ke službám dostávali daleko častěji jinými cestami než jeho prostřednictvím (to ovšem záleží i na typu služby).

Prostorová dostupnost se pochopitelně velmi liší podle bydliště. Nicméně v námi sledovaných krajích se evidentně nacházejí místa, kde je z tohoto hlediska využití služeb hodně složité a může jím být výrazně limitováno. Jakkoliv nemáme o síti služeb v daných krajích přesné informace, podle získaných poznatků ji nelze považovat za uspokojivou.

Ohrožené děti a rodiny potřebují k tomu, aby mohly využívat relevantních služeb v obtížných životních situacích, subjekt, který jim pomůže nalézt vhodný typ a zprostředkuje (alespoň) prvotní kontakt. Takovými subjekty jsou především OSPOD, ale v současnosti zde nalézáme mnohé rezervy. Situace je přitom kritizována jak ze strany poskytovatelů služeb, tak ze strany OSPOD. Nedaří se dostatečně nalézat a využívat vhodné formy **spolupráce**. Brání tomu řada faktorů, z nichž lze jmenovat nedostatek vzájemné důvěry hlavních aktérů, nedůvěru v některé metody spolupráce subjektů neziskového (soukromého) a veřejného sektoru, nedostatečný časový fond pracovníků OSPOD na řešení jejich kauz, malé zkušenosti se spoluprací různých subjektů v této oblasti, omezení spolupráce na formální stránky či odlišný přístup pracovníků neziskových a dalších organizací od přístupů a postupů OSPOD. Jako specifická a velmi choulostivá se ukazuje otázka **získávání a předávání informací** o klientech, což zásadně ovlivňuje možnost spolupráce více subjektů. Zájem o zlepšení spolupráce OSPOD a NNO či dalších organizací je na obou „stranách“, reálně se naráží na různé bariéry, některé nesnadno překonatelné bez stanovení nějakých základních standardů.

Podmínky pro svou práci hodnotí zástupci organizací poskytujících služby vesměs pozitivně, přičemž hlavní problémy jsou spatřovány v již zmíněných financích a spolupráci či v samotném uznání jejich práce ze strany orgánů státní správy a samosprávy. Více než polovina námi dotázaných zařízení spolupracuje s dalšími subjekty poskytujícími služby ohroženým rodinám a dětem. Řada služeb reagujících na potřeby klientů je úzce vzájemně provázaných, takže vytvářejí určitý univerzální organický celek, na němž se podílejí různé subjekty. Jeho základem jsou služby poradenské a konzultační, sociálně-aktivizační, terénní, zdravotní a léčebné, služby odborných specialistů (psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, právníci), nízko-prahová zařízení a azylové ubytování. Respondenti vyhodnotili ve svých odpovědích na příslušné otázky svou vstřícnost k požadavkům jiných poskytovatelů služeb i OSPOD tak, že bývá dost široká a je omezována především objektivními faktory (finance, kapacity, cílové skupiny). Přesto se zdá, že existující subjekty poskytující služby pro rodiny, děti a mládež působí často izolovaně. Nemusí to být způsobeno jen geografickou vzdáleností. Zjištění o postrádaných formách spolupráce ilustrují nedostatečné pokrytí potřeb ohrožených rodin a dětí službami jak celkově, tak z hlediska struktury potřeb.

Téměř polovina dotázaných má zájem o **rozšíření svých služeb**, jehož vážnost často dokládají již existující konkrétní plány. Zde je tedy dobrý základ pro zkvalitnění sítě služeb. Je však třeba tuto snahu **podpořit zejména v oblasti financování, ale také veřejného uznání a propagování**.

Seznam použité literatury

- BANKS, S. **Ethics and Values in Social Work**. Macmillian Press, London, 1995. Citováno z MATOUŠEK, O. a kol (2003): *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- BAREŠ, P. **Vybrané ukazatele o dostupnosti sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením**, *Forum sociální politiky*, 2010, roč. 4, č. 6
- BARKER, R.L. **The social work dictionary**. Washington, DC: National Association of Social Workers, 1995.
- BARVÍKOVÁ, J., SVOBODOVÁ, K., ŠTASTNÁ, A. **Závěrečná zpráva o řešení projektu HR170/08. Analýza současného stavu v oblasti terénní činnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí a stanovení optimálních podmínek výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve vazbě na počet klientů**. Praha: VÚPSV, 2009.
- BRUTHANSOVÁ, D. a kol. **Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku**. Praha: VÚPSV, 2005.
- DRYDEN, W. **Poradenství: stručný přehled**. Praha: Portál, 2008.
- DVOŘÁK, J. 2007. **Systém náhradní výchovy**. http://www.anv.cz/System_nahradni_vychovy.pdf
- FERGUSON, H. **In Defence (and Celebration) of Individualization and Life Politics for Social Work**. *Br J Soc Work*, 2003, roč. 33, č. 5, s. 699-707.
- FERGUSON, H. **Protecting children in Time: Child Abuse, Child Protection and the Consequences of Modernity**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- FINKLEHOR, D. **Sexual abuse: a sociological perspective**. *Child abuse and Neglect*, 2008, 6: 95-102. IN: LAWRENCE, A. **Principles of Child Protection: Management and Practice**. Maidenhead: Open University Press, 2004.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. **Poradenský proces**. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995.
- GIDDENS, A. **Modernity and Self-Identity**. Cambridge: Polity, 1991.
- GRAY, M. **Viewing Spirituality in Social Work through the Lens of Contemporary Social Theory's**. *Br J Soc Work*, 2008, roč. 38, č. 1, str. 175-196.
- HAVIGEROVÁ, J. **Sanace rodiny po nařízení ústavní výchovy**. VIA IURES - Bulletin pro právo ve veřejném zájmu on-line (dostupné z , citováno 5.12.2010)
- HOLLAND, S. **Child and family assessment in social work practice**. London: Sage, 2004.
- HOWE, D. **Child abuse and the bureaucratisation of social work**, *The Sociological Review*, 1992, 14 (3): 491-508.
- HOWE, D. **The Family and the Therapist**. In: Davies, M. (ed.): *The Sociology of Social Work*. Routledge, New York, 2001. Citováno z MATOUŠEK, O. a kol (2003): *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- CHYTIL, O. **Důsledky modernizace pro sociální práci**. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2007, roč. 8, č. 4, str. 64-71.

JANEBOVÁ, R., MUSIL, L. **Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc.** *Sociální práce/Sociálna práca*, Brno, ASVSP. 2007, no. 1, s. 50-61.

KELLER, J. **Teorie modernizace.** Praha: Slon 2007.

KOPŘIVA, K. **Lidský vztah jako součást profese.** Praha: Portál, 1997.

LORENZ, W. **Teorie a metody sociální práce v Evropě - profesní profil sociálních pracovníků.** *Sociální práce/Sociálna práca*, 2007, č. 1, str. 62-71.

LAWRENCE, A. **Principles of Child Protection: Management and Practice.** Maidenhead: Open University Press, 2004.

MATĚJČEK, Z. **Výbor z díla.** Praha: Karolinum 2009.

MATOUŠEK, O. **Základy sociální práce.** Praha: Portál, 2001.

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. **Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče.** Praha: Portál, 2010.

MATOUŠEK, O., ŠUSTOVÁ, J. **Náboženství a společenská solidarita** in: MATOUŠEK (ed.) **Základy sociální práce.** Portál: Praha, 2001.

MATOUŠEK, O. a kol. **Metody a řízení sociální práce.** Praha: Portál, 2003.

MOŽNÝ, I. **Moderní rodina: (mýty a skutečnosti).** Brno: Blok, 1990.

MOŽNÝ, I. **The Czech Family: movement towards the Open European Society of Late Modernity.** In *Society, Reproduction, and Contemporary Challenges.* Brno: Barrister & Principal, 2004, s. 10-30.

MUSIL, L. **"Ráda bych Vám pomohla, ale": dilemata práce s klienty v organizacích.** Brno: Marek Zeman, 2004.

MUSIL, L., ŠRAJER, J. **Dimenze životní situace rodiny.** In: MUSIL, L., ŠRAJER, J. (ed.) **Etické kontexty sociální práce s rodinou.** Brno: Albert 2008, s. 9-17.

NAVRÁTIL, P. **Sociální práce jako sociální konstrukce.** *Sociologický časopis*, 1998, roč. XXXIV, č. 1, s. 37-50.

NAVRÁTIL, P. **Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka.** *Sociální práce/Sociálna práca*, Brno: ASVSP, 2003, č. 2, s. 84-94.

NAVRÁTIL, P. **Význam a možnosti praktického vzdělávání sociálních pracovníků.** In *Praktické vzdělávání v sociální práci.* Vyd. 1. Brno: TRIBUN, 2007. Edice pro praxi a supervizi v sociální práci, s. 6-19.

NAVRÁTIL, P. a NAVRÁTILOVÁ, J. **Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci.** *Časopis sociální práce / Sociálna práca*, 2008, roč. 8, č. 4, s. 124-135.

NAVRÁTILOVÁ, J. **Pojetí praktického vzdělávání sociálních pracovníků.** Disertační práce, Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2010.

Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti - základní principy. Praha: MPSV.

PARTON, N. **Risk, advanced liberalism and child welfare: the need to rediscover uncertainty and ambiguity.** *Br J Soc Work*, 1998, 28: 5-27.

- PIERSON, J. a THOMAS, M. **Collins Dictionary of Social Work**. Glasgow: HarperCollins Canada, 2006.
- SHEAFOR, W.SH., HOREJSI, CH.R., HOREJSI, G.A. **Techniques and Guidelines for Social work practice**. Neetham Heights, Allyn and Bacon, 1999.
- SIROVÁTKA, T. **Rodinné chování a rodinná politika v České republice**. In MAREŠ, P., POTOČNÝ, T. (eds.). **Modernizace a česká rodina**. Sborník prezentací na sympoziu fakulty sociálních studií MU Brno: Barrister a Principál, 2003.
- SHMIDT, V. **Socialnaya politika i mir detstva v sovremennoj rossii (Social policy and world of childhood in contemporary Russia)**. Moskva: Variant, 2009. 272 pp.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š. **Sociálně-právní ochrana dětí**. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007.
- ŠPECIÁNOVÁ, Š. **Právní manuál pro sociálně-právní ochranu dětí**. Praha: LINDE, 2005.
- TURPIN, J. **Woman in church history: 21 stories for 21 centuries**. St. Antony Messenger Press, Cincinnati, 2007.
- VAN DER LAAN, G. **Otázky legitimity sociální práce: pomoc není zboží**. Boskovice: Albert, 1998.
- VAN HOOK, M. P. **Social Work Practice with families. A Resiliency-Based Approach**. Chicago: Lyceum Books, 2008
- VAŠEK, B. **Život sociální. Křesťanská sociologie**, díl 1. Praha, Universum, 1933.
- VAŠEK, B. **Dějiny křesťanské charity**. Velehrad, Olomouc, 1941.
- WATERS, J. G. **The Supervision of Child Protection Work**. Hants, Avebury, 1992.
- WEBB, S. A. **Some Consideration on the Validity of Evidence-based Practice in Social Work**. British Journal of Social Work, 2001, roč. 31, s. 57-79.
- ZVONÁŘOVÁ, M. **Každý případ je nutno posuzovat individuálně**. Sociální práce, sociální práce, 2/2005, s. 2-6.
- Pěstouni mají právo na služby**. Praha: Rozum a cit, 2007.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, v platném znění.
- Zákon č. 94/1964 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochrany výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Seznam použitých zkratk

ADHD - „Attention Deficit Hyperactivity Disorders“ - hyperaktivita s poruchou pozornosti

CAN - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

DD - dětský domov

DDŠ - dětský domov se školou

DDÚ - dětský diagnostický ústav

DOZP - domov pro osoby zdravotně postižené (totéž jako ÚSP)

DÚ - diagnostický ústav

FOD - Fond ohrožených dětí

KÚ - kojenecký ústav (zahrnuje všechna zařízení pro děti do tří let, tedy i dětská centra a dětské domovy pro děti do 3 let)

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

NAP - Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na roky 2009-2011

NNO - nestátní nezisková organizace

NRP - náhradní rodinná péče

OSPOD - orgán sociálně-právní ochrany dětí

PČR - Policie České republiky

PP - pěstounská péče

PPP - pedagogicko-psychologická poradna

RMP - rodinná a manželská poradna

SAS - sociálně aktivizační služby

SFA - „stock and flow analysis“ - analýza situace a změn

SPC - speciálně pedagogické centrum

SPO - sociálně-právní ochrana

SPOD - sociálně-právní ochrana dětí

SVP - středisko výchovné péče

ÚP - ústavní péče

ÚSP - ústav sociální péče mající děti

ÚV - ústavní výchova

VÚ - výchovný ústav

ZDVOP - zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Přílohová část

Příloha ke III. části

Tabulka č. 1 **Zastoupení jednotlivých typů pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí ve zkoumaném vzorku**

typ pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dětí	abs. četnost	v % z počtu zařízení s pověřením k výkonu SPOD	v % z celk. počtu dotázaných
pomoc rodičům při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě	40	85%	59%
činnost zaměřená na ochranu dětí před škodlivými vlivy a předcházení jejich vzniku	26	55%	38%
poskytování nebo zprostředkovávání poradenství rodičům při výchově a vzdělávání dítěte a při péči o dítě zdravotně postižené	24	51%	35%
v rámci poradenské činnosti přednášek a kurzů zaměřených na řešení výchovných, sociálních a jiných problémů souvisejících s péčí o dítě a jeho výchovou	21	45%	31%
vyhledávání dětí, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje	21	45%	31%
zřizování a provoz zařízení sociálně-výchovné činnosti	15	32%	22%
zřizování a provozování výchovně-rekreačních táborů pro děti	9	19%	13%
zřizování a provozování zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc	9	19%	13%
navrhování fyzických osob vhodných stát se pěstouny v zařízení pro výkon pěstounské péče obecnímu úřadu	5	11%	7%
vyhledávání fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny a jejich oznamování obecnímu úřadu	5	11%	7%
zajišťování přípravy fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny k přijetí dítěte do rodiny	5	11%	7%
zřizování a provoz zařízení odborného poradenství pro péči o děti	4	9%	6%
poskytování poradenské pomoci fyzickým osobám vhodným stát se osvojiteli nebo pěstouny a osvojitelům nebo pěstounům	2	4%	3%
zřizování zařízení pro výkon pěstounské péče	2	4%	3%
vyhledávání dětí vhodných k osvojení nebo svěřením do pěstounské péče	1	2%	1%

Tabulka č. 2 **Průměrná kapacita zařízení měřená počtem klientů využívajících služby poskytované zařízením měsíčně**

provozovaná služba	počet respondentů	průměrná kapacita
sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	2	65
služby pro náhradní rodinnou péči	1	60
odborné sociální poradenství	2	35
centrum denních služeb	1	32
azylový dům	1	2

Tabulka č. 3 **Průměrná kapacita zařízení měřená počtem klientů využívajících služby poskytované zařízením denně**

provozovaná služba	počet respondentů	průměrná kapacita
služby pro děti v ústavní péči (děti mimo rodinu)	1	250
sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1	61
denní stacionář	3	54
centrum denních služeb	1	23
nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	5	22
intervenční centrum	1	15
terénní programy	1	15
azylový dům	1	7
jiné služby: sociálně terapeutické dílny	1	20

Tabulka č. 4 **Průměrná kapacita zařízení měřená počtem intervencí (30 minut jednání)**

periodicita	provozovaná služba	počet respondentů	průměrná kapacita
roční	odborné sociální poradenství	3	4 847
	sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	3	1 400
měsíční	sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	2	73
	odborné sociální poradenství	2	60
denně	sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1	2

Tabulka č. 5 **Průměrná kapacita zařízení měřená počtem kontaktů (10 minut jednání)**

periodicita	provozovaná služba	počet respondentů	kapacita
roční	terénní programy	1	34 000
	kontaktní centrum	1	28 000
	nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	1	5 000
	sociální rehabilitace	1	4 000
	služby pro náhradní rodinnou péči	1	60
	jiné služby: sociální poradenství - portál web	1	109 000
denní	telefonická krizová pomoc	1	1 081
	nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	1	30
	terénní programy	1	10
	odborné sociální poradenství	1	4
	jiné služby: e-mailové poradenství a krizová pomoc prostřednictvím chatu	1	10

Tabulka č. 6 **Průměrná kapacita zařízení měřená počtem lůžek**

periodicita	provozovaná služba	počet respondentů	průměrná kapacita
roční	dům na půli cesty	1	72
	azylový dům	2	36
	sociální rehabilitace	1	10
denní	terapeutické komunity	1	51

Tabulka č. 7 **Poptávané pracovní pozice**

pracovní pozice / kvalifikace	četnost	v % z počtu zařízení poptávajících odborné pracovníky	v % z celkového počtu dotázaných
psycholog	11	35	16
sociální pracovník	7	23	10
terapeut (psychoterapeut, rodinný terapeut, odborný terapeut)	6	19	9
speciální pedagog	5	16	7
právník	4	13	6
manželský a rodinný poradce (dvakrát uveden rodinný mediátor - přiřazeno k této kategorii s ohledem na oborové zaměření)	4	13	6
pedagog	2	6	3
mediátor	2	6	3
pracovník v sociálních službách	2	6	3
psychiatri	2	6	3
etoped	2	6	3
PR pracovník, odborné konzultace v oblastech jako lidské zdroje, ekonomika, marketing, propagace	2	6	3
potřeba proškolení stávajícího personálu v určitých specifických znalostech a dovednostech (1x dluhová problematika, exekuce, právní poradenství, 1x hlubší znalosti o sociální oblasti u pracovníků v sociálních službách)	2	3	1
ekonom	1	3	1
fundraiser	1	3	1
odborník na sociální zabezpečení	1	3	1
sociální asistent	1	3	1
adiktolog	1	3	1
výchovná sestra	1	3	1
zdravotní sestra	1	3	1

Tabulka č. 8 Oblasti, v nichž je žádoucí zvyšování kvalifikace odborných pracovníků

oblast	četnost
komunikační dovednosti (např. komunikace s klientem, vedení rozhovoru, alternativní a augmentativní komunikace, asertivita, videotrénink interakcí, řešení konfliktních situací s klienty)	12
sociálně-právní oblast, právní povědomí potřebné pro sociální práci, znalost legislativy (v případě bližší specifikace uváděno zaměření na sociální zabezpečení, rodinné právo, trestní právo, domácí násilí, správní právo)	12
obecně (bez další specifikace) sociální práce, metody sociální práce, metody práce s určitými skupinami klientů (děti, ohrožené děti a mládež) nebo přímá práce s klienty	11
práce s klientem (případová práce, individuální plánování, umění motivovat klienty a dosahovat s nimi stanovených cílů - motivační rozhovory)	9
psychologie, psychoterapie, socioterapie, speciální techniky sociální terapie	9
(psycho)terapeutický výcvik, sebezkušenostní několikadenní výcviky	8
finanční poradenství, práce s dluhy, dluhové poradenství a znalost dluhové problematiky, postup při exekucích	6
krizová intervence	6
mediace, řešení konfliktů	5
rozvoj (speciálních) dovedností uplatňovaných při poskytování poradenství (poradenská psychologie, občanské poradenství, právní poradenství)	5
oblast řízení a správních činností spojených s poskytováním sociálních služeb - ekonomicko-správní činnosti u administrativních pracovníků, standardy kvality, management, samostatné vedení služeb (pobytových, ambulantních, terénních), znalost problematiky sociálních služeb	5
prevence syndromu vyhoření, zvládání stresu	4
pedagogika, speciální pedagogika	4
sanace rodiny, rodinná terapie, rodinná mediace	3
terénní sociální práce	3
adiktologie	3
práce v týmu, vedení týmu	2
práce s osobami s psychickými poruchami	2
sociálně-právní ochrana dětí	2
zdravotní oblast (např. první pomoc)	2
sociální oblast bez bližší specifikace	2
vývojová psychologie	1
supervizní výcvik	1
sociální práce s romskou menšinou	1
měkké dovednosti bez bližší specifikace	1

Tabulka č. 9 **V současnosti málo běžné obory a specializace, v nichž je žádoucí zvyšování kvalifikace odborných pracovníků**

obor či specializace	četnost
finanční gramotnost, dluhová problematika, práce s dluhy	5
mediace	4
komunikační dovednosti, asertivita, videotrénink interakcí	4
terapeutické a sebezkušenostní výcviky, psychoterapie se sebezkušenostními prvky, které se týkají pracovní náplně pracovníků (krizová intervence, mediace)	3
sociálně-právní poradenství, znalosti ve vybraných právních odvětvích (sociální zabezpečení, rodinné právo, správní právo)	3
terapeutické metody při práci s klientem, dovednosti, které bude pracovník využívat při práci s klientem (např. při pomoci klientům s komunikací s různými instucemi či odborníky, podpoře klientů při zajištění jejich oprávněných nároků, podpoře jejich schopností a kompetencí, podpoře smysluplného využívání času klienty a při podpoře jejich vzdělávání, při posilování vztahu mezi matkou a dítětem apod.)	3
sociální práce poskytovaná v rodinách, práce s celou rodinou, metody práce s rodinami a rodičovskou skupinou	3
etopedie	3
zdravotní specializace (zdravotnické obory, rehabilitační pracovníci)	3
copingové strategie, zvládání stresových situací	2
muzikoterapie	2
arteterapie	2
psychologie	2
případové poradenství, vedení rozhovoru s klientem	2
pedagogika, výchovné poradenství ve školách	2
prevence sociálně-patologických jevů	2
obecně sociálně-psychologická oblast, obecně sociální vzdělávání	2
domácí násilí	1
socioterapie	1
krizová intervence	1
ergoterapie	1
kombinace praktických dovedností	1
dramaterapie	1
práce s neorganizovanými dětmi a mládeží	1
etika sociální práce	1
terénní sociální práce	1
zlepšení odborné přípravy studentů škol se zaměřením na tuto oblast (jejich příprava by měla zahrnovat jak teoretické, tak praktické aspekty práce v jejich oboru - konkrétně např. více odborných praxí a stáží pro studenty škol, informování o problematice standardů kvality sociálních služeb apod.)	1

Tabulka č. 10 Negativní aspekty současného systému financování neziskových organizací poskytujících sociální služby

negativní aspekt	četnost
roční horizont financování, nemožnost dofinancovat služby během roku, krátkodobost financování a absence dlouhodobějšího výhledu financování, nemožnost převodu částek do dalšího roku	15
nejistota (pro samotné zařízení, pracovníky i pro klienty), trvalá nejistota, nestabilita pracovních míst	13
systém financování skrze granty je administrativně značně zatěžující, značná personální zátěž (množství času pracovníci musejí věnovat vyhledávání a sepisování grantových žádostí a jejich vyúčtování), nadbytečné náklady na tuto činnost, případně absence prostředků na její ohodnocení, nárůst administrativy na úkor přímé práce s uživatelem	9
nekonceptnost, nepřehlednost, nesystémovost, absence jasných pravidel pro organizace a jejich neustálé změny, nejasné kompetence ministerstev, krajů a obcí, nepružnost systému	7
nedostatek prostředků (provoz, mzdy, investice)	7
opožděně přicházející dotace (první splátka nejdříve v březnu, poslední až na konci roku), značná finanční nejistota na počátku roku, financování není zajištěno průběžně	5
na dotace není právní nárok	5
nejistý výhled zařízení po doběhnutí dotací z Evropského sociálního fondu	5
neustálý úbytek prostředků, uváděno především v souvislosti s prostředky poskytovanými státem. Mimo jiné bylo také v této souvislosti poukázáno na rozpor tohoto trendu s demografickými trendy a také na to, že předpoklad vícezdrojového financování sociálních služeb je možný pouze u větších organizací, ale ne u malých neziskových organizací, které nedisponují administrativními pracovníky a soustředí se na práci s klientem)	4
nemožnost dlouhodobě plánovat služby nebo rozvoj organizace	4
určení grantových prostředků neodpovídá potřebám organizací (financovány mohou být jen "uznatelné" náklady v příslušném projektu), systém neodpovídá potřebám neziskových organizací a jejich klientů, nedostatečné podmínky pro samofinancování neziskového sektoru	4
způsob hodnocení organizací (přísnost podmínek, kvantitativní přístup k hodnocení služeb, systém ukazatelů, hrozba sankcí při neplnění formálních parametrů)	3
finanční zajištění organizace je zcela neúměrné vzhledem k požadavkům kladeným na organizace (například požadavkům Inspekce kvality sociálních služeb), obtížnou pozici organizací dále komplikují kontroly různých státních institucí	3
opožděné zveřejňování výsledků grantových a dotačních řízení	2
nutnost zavádění extrémních úspor	1
soustředění služeb do velkých měst a jejich malá dostupnost v odlehlých regionech	1
nízká dostupnost zdravotní péče	1
nedostatečná kontrola praktického přínosu některých služeb financovaných z veřejných zdrojů	1
nevyváženost podporovaných typů služeb (podle dvou respondentů jsou podporovány nově vznikající služby, popřípadě "trendy" projekty a naopak osvědčené a fungující organizace, popřípadě zajímavé projekty bez této podpory se financují jen velmi obtížně, jiný respondent poukázal na preferenci pobytových služeb nad preventivními a poradenskými, respektive na nedocení posledně jmenovaných)	1
i přes zákonnou rovnost faktická nemožnost neziskových organizací uspět v grantových žádostech - důvodem jsou lobbying a preference "subjektů navázaných na státní správu a politické struktury"	1
nutnost neustále dokazovat, že organizace odvádí svoji práci a poskytuje služby	1
malá motivace firem ze strany státu	1
financování pouze ze 70 % rozpočtu organizace	1
omezené uplatnění příspěvku na péči při financování systému sociálních služeb	1

Tabulka č. 11 **Pozitivní aspekty současného systému financování neziskových organizací poskytujících sociální služby**

pozitivní aspekt	četnost
možnost čerpání finančních prostředků z Evropského sociálního fondu a z EU (mohou dát organizacím určitou záruku delšího než ročního horizontu financování)	8
individuální projekty kraje	5
žádný	2
základní finanční zabezpečení zajištěno z MPSV, z Evropského sociálního fondu	2
různé programy ministerstev (MŠMT, MPSV) a vládních rad (bez bližší specifikace)	1
zákonná opora neziskových organizací při jejich žádostech o dotaci	1
snaha o existenci systému	1
velké portfolio dárců, od kterých je možno získat finanční prostředky	1
menší šance zneužití finančních prostředků	1
odpovídající provozní a osobní náklady	1
navýšení prostředků od MPSV oproti období před pěti lety (i když stále nízké)	1
status příspěvkové organizace kraje	1

Tabulka č. 12 Typy služeb přijímaných sledovanými zařízeními od dalších poskytovatelů služeb, formy spolupráce a postrádané služby a formy spolupráce*

služba poskytovaná našimi respondenty	počet zařízení v souboru, které službu poskytují	z nich počet spolupracujících s dalšími organizacemi	návazné služby, které sledovaná zařízení poskytující uvedenou službu využívají ve spolupráci s dalšími subjekty	postrádané služby a aktivity ve spolupráci s dalšími organizacemi
azylový dům	16	10	psychologické (SVP, PPP apod.), nízkoprahové kluby, organizace volnočasových aktivit, (odborné) poradenství, odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby, pomoc obětem domácího násilí, návazné ubytovací služby	návazné služby v podobě sociálního bydlení; pořádání volnočasových akcí, do kterých by se zapojili uživatelé spolupracujících zařízení, vzájemné sdílení zkušeností z práce se stejnou cílovou skupinou; větší spolupráce s MěU a OÚ
centrum denních služeb	4	2	nízkoprahové kluby pro děti a mládež, organizace volnočasových aktivit	pořádání volnočasových akcí, do kterých by se zapojili uživatelé spolupracujících zařízení, vzájemné sdílení zkušeností z práce se stejnou cílovou skupinou
denní stacionář	5	1	poradenství, depistáž, vzdělávání	pobytové služby pro děti s psychiatrickou diagnózou, pobytové služby pro děti s poruchami autistického spektra; sociální rehabilitace, asistenční služby, chráněné bydlení
dům na půli cesty	1	0	-	výměna zkušeností
intervenční centrum	2	2	psychologické, psychiatrické, pedagogické, psychodiagnostika, organizace volnočasových aktivit, setkávání dětí s rodiči	nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi
kontaktní centrum	3	3	azylové bydlení, terapeutická komunita, školy a školská zařízení, následná péče, doléčování, kojenecké ústavy, konzultace, terénní sociální práce	
krizová pomoc	2	2	terénní sociální práce, sociálně-aktivizační služby, odborná speciální péče podle postižení dítěte, poradenství, psychodiagnostika, organizace volnočasových aktivit, setkávání dětí s rodiči	sociální byty; služby následné péče
nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	15	10	odborné poradenství, právní služby, psychiatrické a psychoterapeutické služby, organizace volnočasových aktivit, sociálně aktivizační služby, azylové ubytování, zdravotnické služby, vzdělávání, terapeutická komunita, následná péče, nízkoprahové kluby pro klienty jiné věkové kategorie, konzultace, seznamování s dobrou praxí, výměna informací, doporučování klientů	předávání aktuálních informací (někdy tomu brání zákony); součinnost při řešení některých problémů; některé organizace se bojí použít sankcí - chtějí se vyhnout možnému konfliktu s klientem; vzájemné propojení služeb a návaznost, spojení státních a nestátních služeb, činnost výchovných poradců; metodika prevence; lepší kontakt s pedagogickými poradnami, psychology - předávání klientů k odbornější péči; prakticky neexistuje spolupráce se školami (neberou naše služby jako partnerské); nedostatek

služba poskytovaná našimi respondenty	počet zařízení v souboru, které službu poskytují	z nich počet spolupracujících s dalšími organizacemi	návazné služby, které sledovaná zařízení poskytující uvedenou službu využívají ve spolupráci s dalšími subjekty	postrádané služby a aktivity ve spolupráci s dalšími organizacemi
odborné sociální poradenství	18	13	doučování, volnočasové aktivity (pro zdravotně postižené), sociálně-právní poradenství, psychologická a psychoterapeutická pomoc, pedagogické služby, krizová intervence v rámci problematiky domácího násilí, poradenství v oblasti mezilidských vztahů, azylové ubytování, podpora klientů se závislostmi, terénní sociální práce, zdravotní služby, doléčovací centra, sociálně aktivizační služby, kojenecké ústavy, odlehčovací služby, setkávání dětí s rodiči, respitní služby	kvalitních psychologických a psychoterapeutických služeb v našem městě, dlouhová poradna, azylové bydlení pro rodiče s dětmi; výměna zkušeností; postrádána spolupráce na poli společného vytváření některých aktivit; užší spolupráce s terapeutem, se speciálním pedagogem; zájem ze škol
raná péče	1	0	-	"lidštější" komunikace, vzájemné workshopy a setkávání, omezení byrokratických komunikačních forem; problém ucelené rehabilitace osob zdravotně postižených, tedy nastavení systému spolupráce školství, zdravotnictví, sociálních věcí, subjektů ošetřujících zaměstnávání, volný čas...; nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi; psychiatrické služby, služby specializované na náhradní rodinnou péči; sociální bydlení, terénní služby, větší spolupráce s MěÚ a OÚ; sociální byty; služby následné péče
služby následné péče	3	3	azylové bydlení, terapeutická komunita, školy a školská zařízení, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylový dům pro matky s dětmi-individuální terénní práce v rodině (doprovod na úřady, pomoc při přípravě dětí do školy, vyřizování soc.dávek), kojenecké ústavy, předávání klientek, konzultace, společné vedení případu, další zařízení následné péče, doléčovací centra, léčebny atd.	nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi
sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi	22	14	odb. poradenství, psychologické a psychoterapeutické služby, psychiatrické služby, právní služby, volnočasové aktivity, azylové ubytování, odborné poradenství, konzultační činnost, vzdělávání, nabídka dobrovolnické práce, zdravotnické služby, právní poradenství, krizová intervence v rámci mezilidských vztahů, podpora poradenství v oblasti mezilidských vztahů, podpora klientů se závislostmi, terénní sociální práce, poradenství v oblasti dluhů, psychodiagnostika, asistence (styk rodičů s dětmi),	doučování; nízkoprahová zařízení pro děti mladšího věku (do 13 let); dětský psycholog (práce se skupinami, např. ADHD; autismus...); ochota zapojení se do případových konferencí; předávání aktuálních informací; součinnost při řešení některých problémů; některé organizace se bojí použít sankcí - chtějí se vyhnout možnému konfliktu s klientem; nízkoprahová zařízení pro klienty starší 15 let, kvalitní psychologické a psychoterapeutické služby, azylové bydlení pro rodiče s dětmi; občanská poradna, služby rané prevence, služby krizové

služba poskytovaná našimi respondenty	počet zařízení v souboru, které službu poskytují	z nich počet spolupracujících s dalšími organizacemi	návažné služby, které sledovaná zařízení poskytující uvedenou službu využívají ve spolupráci s dalšími subjekty	postrádané služby a aktivity ve spolupráci s dalšími organizacemi
sociální rehabilitace	7	3	respirační služby, raná péče, služby nízkoprahového centra, sociálně-právní ochrana dětí, pomoc obětem domácího násilí, dávky sociální péče, sociální rehabilitace, SVP	intervence, podporované bydlení; pomoc týraným ženám, azylový dům pro matky (otce) s dětmi; pořádání volnočasových akcí, do kterých by se zapojili uživatelé spolupracujících zařízení; sdílení zkušeností; sociální byty, dluhové poradenství; metodické vedení služby, další navazující odborníci (psycholog, psychiatr, speciální pedagog, právník)
telefonická krizová pomoc	2	1	respirační služby, pobytové služby, SVP - pomoc při výchovných i školských problémech	a OÚ sdílení informací ohledně průběhu služeb, vč. o předávání klientů, více času na přímou komunikaci
terapeutická komunita	2	1	kojenecké ústavy, předávání klientek, konzultace, společné vedení případu, další zařízení následné péče, doléčovací centra, léčebny atd.	nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi
terénní programy	5	3	azylové bydlení, terapeutická komunita, školy a školská zařízení, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež - určené pro uživatele starší 18 let, kojenecké ústavy, konzultace, zařízení následné péče, doléčovací centra, léčebny atd.	nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi; spolupráce s dětským psychologem, terapeutem, se speciálním pedagogem
služby pro NRP	5	4	doučování, volnočasové aktivity, právní aj. poradenství, psychologická a psychoterapeutická pomoc, krizová intervence v rámci problematiky domácího násilí, poradenství v oblasti mezilidských vztahů, azylové ubytování, podpora klientů se závislostmi, terénní sociální práce, odborná spec. péče - dle postižení dítěte, sociálně-aktivizační služby pro rodinu, poradenství, psychodiagnostika, asistence (styk rodičů s dětmi)	vzájemná výměna zkušeností; psychiatrické, specializované služby pro náhradní rodinnou péči; sociální byty; služby následné péče
psychologické služby	13	11	nízkoprahové kluby pro děti a mládež - využití volného času, zdravotní péče a psychiatři, kliničti psychologové, soc. právní poradenství, NNO zejména pracující se zdrav. a mentálně postiženými, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylový dům (pro matky s dětmi), individuální terénní práce v rodině, psychologické, psychiatrické, pedagogické	blíže komunikace, vzájemné workshopy a setkávání, omezení byrokratických komunikačních forem; nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi; chybí sociální bydlení, terénní služba, služby následné péče, dluhové poradenství

služba poskytovaná našimi respondenty	počet zařízení v souboru, které službu poskytují	z nich počet spolupracujících s dalšími organizacemi	návržné služby, které sledovaná zařízení poskytující uvedenou službu využívají ve spolupráci s dalšími subjekty	postrádané služby a aktivity ve spolupráci s dalšími organizacemi
pedagogické služby	5	4	služby, psychodiagnostika, kojenecké ústavy, následná péče, doléčovací centra, odborná speciální péče - dle postižení dítěte, respitní péče, asistence (styk rodičů s dětmi), soc. rehabilitace, nízkoprahové kluby pro děti a mládež - využití volného času, kojenecké ústavy, konzultace, následná péče, doléčovací centra, léčebny atd., poradenství, psychodiagnostika, volnočasové aktivity, asistence (styk rodičů s dětmi)	nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi
zdravotnické služby	6	4	sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylový dům pro matky s dětmi, individuální terénní práce v rodině, koj. ústavy, konzultace, následná péče, doléčovací centra, léčebny atd., odborná speciální péče - dle postižení dítěte	nedostatečná kapacita lůžkových služeb pro závislé matky s dětmi; sociální byty; služby následné péče
jiné	12	7	-	zácvičná pracoviště, sociální rehabilitace, asistenční služby, chráněné bydlení; sociální byty, dluhové poradenství

* Na otázky odpovídali představitelé zařízení za všechny služby jimi poskytované, ale protože nelze smysluplně seskupit zařízení a nemá smysl zde publikovat názory jednotlivců, jsou tyto názory přiřazeny ke službám, které dotazovaná zařízení poskytují. Proto formy spolupráce, realizované a postrádané, se nemusí vždy bezprostředně vztahovat k dané službě.