

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Problematika ústavní péče o dítě na příkladu Dětského centra

Veská

Hana Ullrichová

Bakalářská práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Katedra věd o výchově
Akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana ULLRICOVÁ**

Studijní program: **B6107 Humanitní studia**

Studijní obor: **Humanitní studia**

Název tématu: **Problematika ústavní péče o dítě na příkladu Dětského centra Veská**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Úvod do problematiky – základní pojmy, legislativa
2. Charakteristika ústavní péče o dítě do tří let v ČR
3. Charakteristika DC Veská
 - 3.1. Vývoj pojetí ústavní péče na příkladu historie DC Veská
 - 3.2. Nejlepší zájem dítěte a podmínky ústavní péče
 - 3.3. Soubor dětí v ústavní péči, důvody k přijetí
 - 3.4. Rodina a ústavní zařízení – vlastní a náhradní rodiny, mateřská lůžka
4. Trendy ústavní péče v zahraničí
5. Perspektivy ústavní péče v ČR

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 2.vyd. Praha: SLON, 1999.

PLECITÝ, Vladimír, SALAČ, Josef. Základy rodinného práva. 1. vyd. Praha: Eurounion, 2001.

MATĚJČEK, Zdeněk. Co děti nejvíce potřebují. 3. vyd. Praha: Portál, 2003.

LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. Psychická deprivace v dětství. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963.

MATĚJČEK, Zdeněk. Co, kdy a jak ve výchově dětí. 1. vyd. Praha: Portál, 1996.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Adriana Sychrová

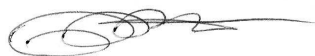
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2008



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.

děkan

L.S.



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2007

PODĚKOVÁNÍ

Při přípravě mé bakalářské práce mi pomohlo několik lidí, kterým bych chtěla tímto poděkovat. Děkuji pracovníkům Dětského centra Veská, kteří mi poskytli cenné informace nezbytné pro vznik mé práce, a zaměstnancům Dětského domova (pro děti 1 – 3 let) v Holicích za ochotu a spolupráci. Zároveň děkuji Mgr. Adrianě Sychrové za odborné vedení práce a za vstřícnost při společných konzultacích.

SOUHRN

Práce se snaží zachytit a popsat současný stav problematiky ústavní péče o dítě a sociálně-právní ochrany dětí v České republice. Smyslem mé práce je nastínit dosavadní přístupy k ústavní a sociální péči o děti a porovnat je s dnešní situací, dále hlouběji proniknout do systému institucionální péče a poukázat, co je třeba na soudobém stavu změnit, příp. vylepšit.

Podrobněji se v práci věnuji výchově a potřebám dítěte, přičemž srovnávám možnosti ústavní a náhradní rodinné péče. Sleduji moderní trendy v oblasti sociálně-právní ochrany dětí a zmiňuji současné názory odborníků ve smyslu, co je pro dítě a jeho vývoj nejlepší.

Práce též nabízí možná doporučení v sociálně-právní oblasti a pokouší se nastínit perspektivu ústavní péče v České republice.

KLÍČOVÁ SLOVA

ústavní péče, dítě, kojenecký ústav, Dětské centrum Veská, sociálně-právní ochrana dětí, náhradní rodinná péče

TITLE

Problems of Constitutional Care of Child on the Example of Children's Centre Veská

ABSTRACT

The dominant theme of this work is today's problems of constitutional care of children (especially of the smallest children – to the age of three) in the Czech republic. I allude to historical development of social and legal protection of children and I compare it with present conditions.

I am concerned with education and needs of children whereas I compare possibilities of constitutional and family care. This work is interested in modern trends in area of social and legal protection of children with the main question what is the best for a child and its development (including psychical development).

The possible recommendations of socio – legal area are offered at the end of this work where I try to foreshadow perspective of constitutional care in the Czech republic.

KEYWORDS

constitutional care, child, nursery home, Children's Centre Veská, social and legal protection of children, substitutional family care

OBSAH

Úvod	8
1 Úvod do problematiky – základní pojmy, legislativa	10
2 Charakteristika ústavní péče o dítě do tří let v ČR	14
3 Charakteristika DC Veská	17
3.1 Vývoj pojetí ústavní péče na příkladu historie DC Veská	17
3.1.1 Historie ústavní péče a sociálně-právní ochrany dětí v ČR	17
3.1.2 Historie DC Veská	18
3.2 Nejlepší zájem dítěte	19
3.3 Podmínky ústavní péče	23
3.4 Soubor dětí v ústavní péči, důvody k přijetí	28
3.5 Rodina a ústavní zařízení – vlastní a náhradní rodiny, mateřská lůžka ..	32
4 Trendy ústavní péče v zahraničí	34
4.1 Slovensko	34
4.2 Německo	36
5 Perspektivy ústavní péče v ČR	37
Závěr	42
Použitá literatura	44
Přílohy	46

Úvod

Ve své práci se zabývám problematikou ústavní péče o nejmenší děti (tj. do věku tří let). Zaměřuji se především na Českou republiku, přičemž v určité části práce zmiňuji rovněž soudobý vývoj ústavní a sociální péče v zahraničí. Cílem mé práce je vytvořit ucelený pohled na současný stav zmíněné problematiky ústavní péče, zároveň poukázat na možné nedostatky a rizika a v neposlední řadě srovnat stav institucionální péče u nás a v zahraničí.

Problematika dětí bez rodinného zázemí je mi velmi blízká, což je i důvodem zvolené tematiky. Díky studijní praxi jsem měla možnost blíže se seznámit se systémem fungování dětského zařízení (konkrétně v Dětském centru Veská). Ústavní zařízení a příběhy dětí na mě silně zapůsobily. Zároveň jsem již několikrát navštívila dětský domov v Holicích (pro děti ve věku 1 – 3 let), který je podobným zařízením jako Dětské centrum Veská.

Na začátku své práce vycházím ze současné legislativy a definuji ústavní péči z pohledu zákona. Zde zmiňuji základní typy zařízení pro výkon ústavní výchovy, např. dětský domov či diagnostický ústav. Pokouším se tak o popsání místa, které zaujímají kojenecké ústavy/dětská centra v systému ústavní péče v České republice (zařazení do systému ústavní péče). Zároveň se snažím vysvětlit základní pojmy, které se k dané problematice vztahují (např. rozdíl mezi pobytovým zařízením, ústavem, organizací, institucí apod.)

Dále se zabývám vývojem pojetí ústavní péče, přičemž sleduji vývoj ústavní péče od konce 19. století, kdy je zaznamenán zjevný vývoj v oblasti ústavní péče o malé děti (počátky sociálně-právní ochrany dětí). V souvislosti s historií ústavní péče popisují vývoj Dětského centra Veská, které vzniká ve 20. letech jako Zdravotní osada.

Poté přistupuji k současné situaci, kterou ilustruji na příkladu Dětského centra Veská. Zaměřuji se na podmínky ústavní péče, soubor dětí v ústavu, důvody k přijetí, nejlepší zájem dítěte apod.

V závěru práce popisují současný stav sociálně-právní ochrany dětí v zahraničí (Slovensko, Německo), pokouším se o srovnání s naší republikou a zároveň nastiňuji možná doporučení pro moderní vývoj našeho systému.

Při zpracování informací týkajících se dané problematiky vycházím z literárních pramenů, které tematicky souvisejí. Problematikou ústavní péče, sociálně-právní ochrany dětí, výchovou dětí v ústavní/náhradní rodinné péči či psychickým vývojem těchto dětí se podrobněji věnují např. Oldřich Matoušek, Zdeněk Matějček nebo Adam Křístek.

Zároveň v práci využívám poznatků a zkušeností získaných v dětských centrech a stejně tak informací od pracovníků zmíněných zařízení, které pro mě byly rovněž velkým přínosem.

1 Úvod do problematiky – základní pojmy, legislativa

Na začátku mé práce je třeba ujasnit základní pojmy, které se k danému tématu vztahují. Problematice ústavní péče a sociální tematice se často ve svých pracích věnuje Matoušek. Proto první kapitola částečně – zejména definice základních pojmů – vychází z jeho díla (Ústavní péče, 1999).

Slovo instituce pochází z latiny a znamená zařizovat/zřizovat. Označuje udržovaný zákon, zvyklost a také organizaci. Podle názoru sociologů je to například církev, školství, právo, ekonomický systém nebo rodina. Postupem času získává instituce nový význam „zařízení pro veřejné, výchovné, církevní a jiné účely“, který se současně spojuje s budovou, v níž toto zařízení sídlí.

Slovo organizace pochází z řečtiny (organon = nástroj). Ze sociologického hlediska může označovat účelově vytvořenou skupinu lidí, která má společný cíl. Organizace napomáhá dosáhnout stanoveného cíle efektivněji. Pro organizace jsou příznačné formální hierarchické vztahy a formálně definovaná pravidla vnitřních a vnějších vztahů.

Další pojem vztahující se k tématu je pobytové zařízení. Jedná se o všechny druhy ubytovacích zařízení s výjimkou soukromých domů a bytů. Pobytovým zařízením rozumíme například klášter, internát nebo kemp. V souvislosti s pobytovým zařízením je třeba definovat ústav. Obě zařízení mají mnoho společných funkcí a rysů. Ústav se od pobytového zařízení liší tím, že je v něm skupina profesionálních zaměstnanců, která pečuje o skupinu nějak handicapovaných lidí. Pro klienty se ústav stává dočasnou a někdy i trvalou náhradou domova. Ústřední problém ústavu vzniká v situaci, kdy personál považuje klienty pouze za objekt své práce, aniž by s nimi jednal jako s individuálními subjekty.

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.“ (Matoušek, 1999, s. 19)

Z obecného hlediska rozlišujeme tři základní funkce ústavů:

1. Podpora a péče – tato funkce je patrná zejména v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční či chybějící rodinu (např. v kojeneckých ústavech nebo v dětských domovech), zároveň také v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky postižené, v domovech důchodců, v domovech pro bezdomovce apod. Lidé v těchto zařízeních nejsou schopni se o sebe sami postarat a jsou odkázáni na pomoc druhých. Zařízení poskytují především chybějící zázemí a péči.
2. Léčba, výchova a resocializace – tato funkce se vyskytuje v nemocnicích, léčebnách, rehabilitačních ústavech, zařízeních pro rizikovou mládež. Zařízení usilují o změnu stavu klientů, tzn. aby klient opustil ústav v lepším stavu, než v jakém do něj nastoupil.
3. Omezení, vyloučení a represe – typické pro vězení, psychiatrická zařízení s nedobrovolným pobytem apod.

Velmi složitá je otázka dětí v ústavu. Především dětí, jejichž zdravotní stav nevyžaduje ústavní péči, ale jejich pobyt v ústavu je dán životní situací, ve které se ocitnou. Matoušek (1999) uvádí, že ústav jednoznačně není vhodným prostředím pro vývoj dítěte a že pro zdárný rozvoj a růst dítěte potřebuje stálé, uzavřené prostředí (tzn. dům/byt), které ho chrání před vnějším chaotickým světem. Samo není schopné obstát ve velké společnosti. Podle Matouška se dítě nejlépe cítí v prostředí známém, omezeném jen na několik pečujících osob, na několik místností a na nejbližší okolí bydliště. Děti, které byly vychovávány bez rodičovské péče, nesou zpravidla známky citové deprivace.

Systém soustavy ústavních zařízení je v České republice daný zákonem, přičemž jednotlivé skupiny ústavů spadají pod různá ministerstva. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let se označují jako tzv. zvláštní dětská zařízení a jsou v rezortu zdravotnictví. Patří do soustavy zdravotnických zařízení, a tudíž se řídí zákonem č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Do rezortu ministerstva školství spadají dětské domovy (různé typy) a ústavy sociální péče jsou v rezortu ministerstva sociálních věcí.

Z pohledu zákona (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) jsou zařízení pro výkon ústavní výchovy definována takto:

- diagnostický ústav
- dětský domov
- dětský domov se školou
- výchovný ústav

Tyto ústavy a dětské domovy poskytují péči dětem, u kterých byla nařízena ústavní péče, uložena ochranná výchova nebo bylo nařízeno předběžné opatření. Podle zákona je dětem ve zmiňovaných ústavech poskytováno plné přímé zaopatření (tzn. např. stravování, ubytování, ošacení, učební potřeby a pomůcky, úhrada nezbytně nutných nákladů na vzdělávání, úhrada nákladů na zdravotní péči, léčiva).

Děti s mentálním či fyzickým postižením, u nichž byla nařízena ústavní péče, uložena ochranná výchova nebo bylo nařízeno předběžné opatření, jsou umísťovány do těchto zařízení jen tehdy, pokud stupeň zdravotního postižení neodpovídá jejich umístění do ústavu sociální péče nebo do specializovaného zdravotnického zařízení.

Ústavy mají pečovat o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve všech směrech zastupují rodiče (ve svém důsledku celou rodinu i její funkci), proto by měly plnit úkoly výchovné, vzdělávací i sociální.

Podle zákona má dítě s nařízenou ústavní výchovou právo např.:

- na zajištění plného přímého zaopatření
- na rozvíjení tělesných, duševních a citových schopností a sociálních dovedností
- na společné umístění se svými sourozenci, pokud tomu nebrání závažné okolnosti
- na udržování kontaktu s osobami odpovědnými za výchovu a dalšími blízkými osobami
- přijímat v zařízení návštěvy zmiňovaných osob

Zákonní zástupci dítěte mají právo např.:

- na informace o dítěti
- na udržování kontaktu s dítětem, pokud tomu nebrání závažné okolnosti
- na poradenskou pomoc zařízení ve věcech výchovné péče o dítě

Zařízení jsou ze zákona povinna vést následující dokumentaci:

- vnitřní řád
- roční plán výchovně vzdělávací činnosti
- týdenní programy výchovně vzdělávací činnosti
- jednací protokol
- osobní dokumentaci dětí (včetně záznamů odborných pracovníků o stavu dětí, programu rozvoje osobnosti apod.)
- knihu úředních návštěv
- knihu ostatních návštěv

2 Charakteristika ústavní péče o dítě do tří let v ČR

V České republice ústavní péče o dítě do tří let zahrnuje dva základní typy ústavních zařízení. Zhruba polovinu tvoří tzv. „klasické“ kojenecké ústavy, kde je péče poskytována dětem do jednoho roku, popř. i jejich matkám. Další polovina má podobu kojeneckých ústavů kombinovaných s dětskými domovy. Ty se starají o děti do tří let, příp. také o jejich matky.

Oba typy kojeneckých ústavů spadají do resortu Ministerstva zdravotnictví. Jsou vždy financovány zřizovatelem, což je nejčastěji krajský úřad. Náklady na provoz ústavu jsou velmi vysoké, zahrnují výdaje na děti, na matky, na personál a také pokrývají zdravotní péči, kterou vyžadují handicapované děti. Zdravotní pojišťovna hradí jen malou část péče, a to péče vysoce specializované a akutní. Na děti samozřejmě též podle stávajících předpisů měsíčně přispívají rodiče. Tato částka ovšem pokrývá skutečné celkové náklady na péči o jejich dítě za jeden až dva dny. (Matoušek, 1999)

Kojenecké ústavy by měly primárně sloužit pro pobyty dětí, o které jejich rodina nemůže nebo nechce přiměřeně pečovat. Jedná se o děti opuštěné, týrané nebo o děti zdravotně postižené. Přičemž děti rodiči opuštěné tvoří menší část. Přejídně se do ústavu mohou dostat děti, o které se momentálně rodiče nemohou postarat, a to z důvodu vážné nemoci nebo protože prodělávají odvykací léčbu v protialkoholní nebo protidrogové léčebně, popř. jsou ve vězení, přišli o byt apod. (Matoušek, 1999)

V řadě kojeneckých ústavů jsou zřízena oddělení pro matky s dětmi. Zde se krátkodobě i dlouhodobě ocitají těhotné matky nebo matky s dětmi, které nedokáží vytvořit vhodné podmínky pro výchovu dítěte. Valná většina dětí je do ústavu přijímána na základě předběžného rozhodnutí soudu. Podnět na zahájení řízení může dát obor péče o dítě krajského úřadu, porodnice, dětské kliniky, pediatři, popř. rodiče či prarodiče. Z kojeneckého ústavu se děti dostávají (po dovršení určitého věku) do jiného ústavu (tím může být dětský domov nebo ústav sociální péče) nebo do náhradní rodinné péče (tj. adopce či pěstounská péče). (Matoušek, 1999)

V každém ústavu musí být kvalifikovaný personál. Ten tvoří lékaři, zdravotní sestry, psychologové a sociální pracovníci. Ústavy většinou pracují na třísměnný provoz. Během jedné směny se jedna sestra může věnovat přibližně osmi až deseti dětem.

Pokud se sestra během směny stará o několik dětí těžce postižených, zvládá zajistit pouze základní péči o tyto postižené. Pokud bychom se chtěli přiblížit evropskému standardu, na jednu sestru by odpovídaly dvě postižené, resp. čtyři nepostižené děti za směnu. Je zřejmé, že péče o malé děti je velmi náročná. Starat se o děti v ústavech mohou jen psychicky silné osobnosti. Stává se, že mezi dospělým a dítětem vzniká emoční vazba a sestra dané dítě pak podvědomě upřednostňuje. Velmi těžce pak nesou, když je dítě předáno do jiného ústavu. (Matoušek, 1999)

Ústavní péče o děti do tří let se řídí doporučujícím metodickým pokynem, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví (Metodický pokyn MZ – zn. 24039/2005). Pokyn byl vydán pro vymezení a sjednocení činnosti kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku.

Podle pokynu mají tato zařízení pečovat o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních, zdravotně – sociálních nebo sociálních. Zároveň by se měly snažit co nejrychleji vyřešit situaci, pro kterou bylo dítě do ústavu přijato. Pobyt v zařízení by neměl být chápán jako trvalé řešení, ale jako pomoc dítěti a jeho rodině.

Péče o děti v ústavních zařízení má být komplexní a zásadně individuální. V ideálním případě by se měla jedna osoba starat o čtyři děti. Domnívám se ale, že ve většině českých ústavů tomu tak není a jedna sestra má na starosti vždy podstatně více dětí.

Základem každého ústavního zařízení je týmová práce. O děti pečují lékaři, psychologové, zdravotní dětské sestry, ošetřovatelky, popř. speciální pedagogové. Nezbytnou součástí týmů jsou rovněž sociální pracovnice a rehabilitační sestry.

Zdravotní péče (dle vyhlášky MZ č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek) spočívá v provádění preventivních prohlídek. Dále musejí být řešeny akutní i chronické stavy dětí s vypracováním krátkodobého i dlouhodobého léčebného plánu. Lékař určuje diagnózu a prognózu dalšího vývoje dítěte.

Podle pokynu MZ (zn. 24039/2005) je v ústavních zařízeních rovněž poskytována psychologicko-výchovná péče. Provádí se podle individuálně vypracovaných výchovných plánů, které se pravidelně kontrolují (minimálně jednou měsíčně). Kromě psychologů se na této péči podílí i ostatní personál. Z hlediska prostorového vybavení

musejí zařízení plně odpovídat moderním požadavkům na péči o dítě. Zařízení bývají členěna na dvě části, a to část ambulantní a část lůžkovou.

Součástí ambulance je (dle shora uvedeného metodického pokynu):

- ordinace lékaře
- pracovna psychologa
- kancelář sociální pracovnice
- místnost pro návštěvy
- pracovny zdravotnického personálu

Lůžkovou část zpravidla tvoří:

- ložnice
- obývací místnost – herna (hračky musí odpovídat požadavkům vyhlášky č. 84/2001 Sb., o hygienických požadavcích na hračky a výrobky pro děti do tří let)
- hygienický koutek (zde je umístěna vana či umyvadlo pro koupání dětí, přebalovací pult apod.)

Pobyt v zařízení podléhá danému režimu, který musí být přiměřený věku dítěte, stupni jeho vývoje a zdravotnímu stavu. Je stanovena doba pro spánek a odpočinek, pro hru, pro krmení a také pro ošetřování či jiné pečovatelské úkony. Součástí denního režimu je i pobyt venku (za pěkného počasí).

3 Charakteristika DC Veská

3.1 Vývoj pojetí ústavní péče na příkladu historie DC Veská

3.1.1 Historie ústavní péče a sociálně-právní ochrany dětí v ČR

Ústavní péče má v České republice dlouhou tradici a v průběhu vývoje měnila svou podobu. Dnešní ústavy mají jen málo společného s podobou systému ústavní péče v minulosti. V této části práce vycházím z příspěvku Hrušákové na celostátním semináři náhradní rodinné péče v Brně roku 2005 (příspěvek zveřejněn ve sborníku Aktuální otázky náhradní rodinné péče).

Na konci 19. století zaznamenala ústavní péče o malé děti zjevný vývoj. Již v roce 1868 vstoupil v platnost rakouský zákon o chudinství, který ukládal obcím povinnost starat se o sirotky (tj. povinná péče o sirotky). V této souvislosti se u nás i na Slovensku začaly rozvíjet počátky sociálně-právní ochrany dětí. Během období první republiky se systém sociální péče o děti dostal na vysokou úroveň. Vedle sebe existovala jak péče vykonávaná státními orgány, tak péče dobrovolných spolků. Jejich spolupráce byla velmi přínosná. Československý systém se stal vzorem pro řadu západoevropských zemí.

Zákon č. 256/1921 Sb., o ochraně dětí v cizí péči a dětí nemanželských definuje základní ustanovení týkající se sociálně-právní ochrany dětí. Děti (do 14 let) mohly být přijaty do cizí péče jen s povolením příslušného státního orgánu. Mimoústavní péče o děti spadala do kompetence okresních soudů a dozor nad dětmi v ústavní péči příslušel zemským úřadům, v nejvyšším stupni pak Ministerstvu sociální péče. Další vývoj systému sociálně právní ochrany je patrný v poválečném období, kdy došlo ke změnám ve státní správě a kdy vznikly národní výbory. Zákon č. 7/1946 Sb. nově popisoval tzv. hromadné poručenství a dále pak zákon č. 48/1947 Sb., o organizaci péče o mládež zrušil všechny dosavadní spolky péče o mládež. Kontrola a poskytování péče o mládež přešly podle tohoto zákona na okresní a zemské národní výbory. Zároveň byly zřízeny komise s názvem „okresní péče o mládež“ a „zemská péče o mládež“.

Novou státní úpravu stanovoval zákon č. 69/1952 Sb., o sociálně právní ochraně mládeže a nařízení MS č. 70/1952 Sb. Vznikly úřadovny ochrany mládeže při lidových soudech pod kontrolou Ministerstva spravedlnosti. Činnost lidových soudů ovšem neměla dlouhého trvání a působnost úřadoven byla přenesena na ministerstvo školství na výkonné orgány národních výborů.

Počátky zákona o sociálně-právní ochraně dětí lze datovat k lednu roku 1995. Ministerstvo spravedlnosti mělo za úkol předložit do konce září 1995 návrh novely občanského zákoníku, která by upravovala rodinně právní vztahy. Ve stejné lhůtě mělo Ministerstvo práce a sociálních věcí předložit návrh nového zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Ke schválení novely občanského zákoníku nedošlo, a to zejména z časových důvodů. Práce na zákonu o sociálně-právní ochraně se rovněž protáhly a zákon předložen nebyl. V roce 1996 nová vláda rozhodla o novelizaci zákona o rodině a dále připravovala zákon o sociálně právní ochraně. Ten byl přijat až jako zákon č. 359/1999 Sb., s účinností od 1.4.2000. Zároveň byl přijat zákon č. 360/1999 Sb., kterým byla většina ustanovení týkající se sociálně-právní ochrany přenesena z novelizovaného zákona o rodině do nového zákona. Výsledkem bylo oddělení soukromoprávní a veřejnoprávní části rodinného práva. Díky dlouhodobé a kvalitní přípravě byl zákon o sociálně-právní ochraně dětí přijat odborníky příznivě.

3.1.2 Historie DC Veská

Historii Dětského centra Veská datujeme k 21. červnu roku 1926, kdy byla ve Veské zřízena Zdravotní osada. Na vzniku se podílel Spolek Červeného kříže v Pardubicích a díky uspořádaným sbírkám mezi občany Pardubic a přilehlých obcí vznikla na tehdejší dobu instituce na velmi vysoké úrovni. Její činnost byla směřována hlavně na letní měsíce, kdy sem byly přijímány tělesně oslabené děti nebo děti náchylné k nemocem. Jednalo se o tzv. ozdravné pobyty.

Jako zdravotní osada zařízení fungovalo ještě během třicátých let, ale v srpnu roku 1940 byla jeho činnost gestapem zastavena. Provoz byl opět zahájen až po druhé

světové válce. Na přechodnou dobu zde byl v roce 1949 umístěn chudobinec. Další dva roky byl v zařízení poskytován dočasný domov dětem všech věkových kategorií.

V padesátých letech se začínají rýsovat počátky kojeneckého ústavu. Po přestavbě objektu byl na podzim roku 1956 ústav otevřen jako moderní centrum pro 70 dětí. Zároveň zde bylo oddělení pro nedonošené děti a jejich matky. Do ústavu byly přijímány děti nezralé, sirotci, děti nechtěné i děti se závažným onemocněním. Později (roku 1962) bylo oddělení pro nedonošené děti zrušeno.

Do osmdesátých let zde fungoval Kojenecký ústav pro děti od novorozeneckého věku do jednoho roku života. Jednalo se zpravidla o děti, které z nějakého důvodu nemohly vyrůstat doma.

„Dětské centrum Veská“ vzniká 1. ledna 1992 a stává se samostatným právním subjektem, jehož zřizovatelem je Okresní úřad v Pardubicích. Dětské centrum poskytuje komplexní péči dětem opuštěným, handicapovaným i dětem, u kterých byla nařízena ochranná a ústavní péče. Neustále se snaží své služby zdokonalovat, a to například různými projekty. Veškerá jejich činnost je ve znamení vytvoření vhodných podmínek pro zdárný vývoj dětí. (více o projektech v podkapitole 3.3)

3.2 Nejlepší zájem dítěte

Domnívám se, že otázka nejlepšího zájmu dítěte je velmi složitá. V dané problematice se různí nejen názory široké veřejnosti, ale i postřehy odborníků. To ovšem neznamena, že každý chápeme nejlepší zájem jinak. Můžeme říci, že z hlediska nejlepšího zájmu musí být o dítě dobře postaráno a nemělo by po žádné stránce strádat. Jde ale o to, jakým způsobem se má nejlepší zájem naplňovat.

Pokud není dítěti v jeho vlastní rodině poskytována dostatečná péče a dítě jakýmkoliv způsobem strádá, je na místě zasáhnout úřadu a soudu. Dítě je zpravidla umístěno v ústavním zařízení. Po určité době, kdy dojde k nápravě poměrů v jeho rodině, může být rodičům vráceno. Je ale otázkou, kdo mu zaručí, že se situace nebude opakovat a pobyt ve vlastní rodině nebude znamenat jen další potíže?

Podle názoru Šabatové (2005) se má jednoznačně usilovat o návrat dítěte do vlastní rodiny a směřovat k obnovení narušených funkcí rodiny, byť třeba i za přispění sociální sféry. Umístění dítěte mimo vlastní rodinu bere jako poslední variantu z prostředků sociálně-právní ochrany dětí. Zároveň náhradní rodinnou péčí chápe jako přechodnou – prostor pro sanaci vlastní rodiny dítěte. Šabatová upozorňuje na nedostatek prevence v rámci sociálně-právní ochrany dětí a na nedostačující síť nejrůznějších sociálních služeb, které by byly schopny pomoci potřebným rodičům, především v získávání životních, sociálních a rodičovských dovedností. Poukazuje rovněž na fakt, že orgány sociálně-právní ochrany dětí existujících služeb přiměřeně nevyužívají a většinou situace nechávají dospět až do stadia, kdy je nutné dítě z rodiny odebrat. Aktivita sociálně-právní ochrany je dále směřována k hledání nového rodinného prostředí, což podle Šabatové není správné, protože by se v první řadě mělo usilovat o vytvoření vhodných podmínek pro návrat dítěte do původní rodiny.

Zpátky se vracím k otázce chápání nejlepšího zájmu dítěte. Máme spatřovat nejlepší zájem v nalezení vhodné náhradní rodinné péče nebo se snažit všemi možnými prostředky o návrat dítěte do své biologické rodiny? Je zřejmé, že odpovědi na tuto otázku nejsou a asi ani v budoucnu nebudou jednotné. Podle mého názoru vždy záleží na konkrétním případě a nelze činit tvrzení obecná.

Šabatová se v tomto směru vyslovuje jednoznačně pro snahu o návrat dítěte do vlastní rodiny, přičemž náhradní rodinnou péčí chápe kladně ve smyslu alternativy ústavní péče, a to pouze na přechodnou dobu, kdy by se mělo pracovat na vytvoření vhodného rodinného prostředí.

Současná legislativa se přiklání také spíše k návratu dítěte do vlastní rodiny. Právní úprava zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí upřednostňuje sociální práci s původní rodinou a tím pádem se snaží zachovat dítěti přirozené rodinné prostředí. Vždy je třeba zvážit, jaké jsou reálné možnosti dané původní rodiny a zda je návrat dítěte prakticky možný.

Ne každé dítě má to štěstí, že dojde k nápravě biologické rodiny a ono se může vrátit domů. Řada dětí je nucena pobývat v ústavním zařízení, v lepším případě se dostane do nové rodiny (pěstounská péče, popř. adopce). Z mého pohledu je nejhorší, když dítě musí vyrůstat v ústavu.

Dá se říci, že každý z nás se na počátku života setkává s určitým typem ústavní péče, a to jako novorozenec v porodnici. Matoušek (1999) upozorňuje, že pro některé děti je to jen začátek dlouhé série ústavních pobytů, kdy se z porodnice dostávají do kojeneckého ústavu a dále pak do dětského domova. Každý nemá to štěstí vyrůstat doma s rodinou.

Dítě má vyrůstat v prostředí citově vřelém a stálém. Aby se mohlo psychicky dobře vyvíjet musí být „svými lidmi“ citově přijato – i ve vlastní biologické rodině. (Matějček, 2004)

Děti, které rodiče nemají, popř. mají rodiče, kteří nejsou způsobilí je vychovávat, musejí žít v ústavech. Tradiční ústavní péče s sebou nese mnohé problémy a úskalí. Většina ústavních dětí trpí tzv. deprivacním syndromem. Děti vyrůstající v dětských domovech jsou méně poutány na dospělého, což je dáno především střídáním směn v ústavech. Zároveň je pro ně těžší upoutat pozornost dospělého. Žijí v kolektivu, kde se vyskytují jak silní jedinci, tak i ti slabší, kteří se dokáží prosadit jen velmi těžko. Výzkumné studie prokázaly, že děti živé a dobře komunikující jsou schopny vázat pozornost dospělého pečovatele po dobu až čtyřikrát delší než jejich méně šťastní vrstevníci. Ale i tak, ve skupině, kde je na deset dětí jedna sestra, nemůže ani dobře komunikující dítě dostávat stejnou péči, jako když o dítě pečuje jedna matka. (Matoušek, 1999)

Podle Matějčka (1996) dítě vyrůstající v ústavním zařízení citově strádá a zpravidla je patrný jeho opožděný celkový vývoj. U malých dětí se toto nejvíce projevuje v oblasti mluvení a řeči. Dítě vyrůstající v rodině je v neustálém kontaktu s dospělou osobou (nejčastěji matkou), která na něj stále mluví. Komentuje jeho projevy a tváření, a tím rozvíjí jeho řeč. Matějček uvádí, že tato časná interakce dítěte a rodičů je nesmírně cenným prostředkem. Pokud dítě žije v ústavu, zmíněného kontaktu se mu nedostává nebo alespoň ne v takové míře, jaká by byla potřeba k jeho zdárnému vývoji.

Deprivované ústavní dítě se vyznačuje určitými znaky. Ve srovnání se svými vrstevníky působí jako pomalejší, bojácné, méně nadané či úzkostné. Tyto znaky se projevují tím více, čím dříve se dítě do ústavu dostalo a čím déle v něm pobývá. Zásadní problém nastává u nejmenších dětí. Ty nejsou schopny spolupracovat a hrát si s dětmi stejně starými, naopak si spíše překázejí. Dítě vyžaduje partnera staršího, než jakým je vrstevník. Jenže v ústavu se mu takové pozornosti nedostává. Schopnost

společné hry s vrstevníky se začíná projevovat až kolem třetího a čtvrtého roku. (Matoušek, 1999)

Vliv ústavního zařízení na vývoj dětí je nepochybný, bohužel spíše s negativními účinky. Vágnerová (2004) uvádí, že každého jedince nějakým způsobem ovlivňují vlastnosti prostředí, ve kterém vyrůstá. Pro plynulý a přirozený vývoj dítěte je třeba rodinného zázemí, které mu umožňuje uspokojovat veškeré jeho potřeby (biologické, psychické i sociální). Např. pro psychiku jedince (dle Vágnerové) má vždy velký význam kvalita a množství získaných zkušeností. Zkušenosti ovlivňují rozvoj poznávacích schopností i jednotlivé osobnostní vlastnosti. Ústavní péče není schopna umožnit získávání potřebných zkušeností, zejména kvůli omezenosti prostředí ústavního zařízení. Dítě se nedostává do běžného sociálního kontaktu s okolním světem, což negativně ovlivňuje jeho vývoj.

Podle Matějčka (1974) je zásadní rozdíl mezi ústavní a rodinnou péčí v možnostech uspokojování potřeb dětí. Ústavní péče neumožňuje uspokojovat veškeré potřeby dětí (zejména základní psychické), což se negativně projevuje v jejich vývoji.

Matějček zmíněné základní psychické potřeby dětí charakterizuje následovně:

- Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů – tzn. zajistit takový přísun podnětů, aby se dítě nenudilo, ale zároveň nebylo přetěžováno
- Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech – uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů staly poznatky a zkušenosti, jde tedy o potřebu umožňující učení
- Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů – při uspokojování této potřeby dítě nabývá pocit životní jistoty a pozitivně působí na vnitřní uspořádání jeho osobnosti
- Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty – uvědomění si vlastního já, důležité pro přijímání sociálních rolí a stanovení cílů pro své jednání
- Potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy – rozpětí otevřeností a uzavřeností osudu, mezi nadějí a beznadějí (problém v náhradní péči, protože dítě nemůže plánovat společnou budoucnost např. s vychovatelem)

Dalším rozdílem mezi ústavní a rodinnou péčí je ve způsobu výchovy. Výchova je proces zčásti vědomý a racionální, zčásti nevědomý a emocionální. Zatímco u dítěte vyrůstajícího ve vlastní dobře fungující rodině převažuje při výchově složka emocionální (racionální v menší míře), v ústavní zařízení probíhá výchova na racionálně odborné úrovni. Dítě v ústavu není patřičně stimulováno a nedostatečně se vyvíjejí základní psychosociální složky osobnosti. (Matějček, dosud nepublikovaný text)

3.3 Podmínky ústavní péče

Dětské centrum Veská se nachází u Sezemic, nedaleko Pardubic. Je určeno pro nejmenší děti, od narození po předškolní věk. Jedná se o příspěvkovou organizaci. Velkou většinu výdajů (99%) pokrývá zřizovatel – Krajský úřad Pardubického kraje. Dále děti dostávají příspěvky a výživné (příspěvek na péči). Ústav je také podporován sponzorskými dary (Nadace Terezy Maxové).

Dětské centrum se snaží po všech stránkách vyhovět potřebám dětí. Zařízení není jen klasickým ústavem. Neustále zpřijemňuje různými projekty dětem jejich pobyt v zařízení.

Dětské centrum poskytuje komplexní péči dětem opuštěným, handicapovaným, týraným i dětem (příp. dětem i s matkami), u kterých byla soudně nařízena ochranná a ústavní péče. Pobyt dětí může být stálý, týdenní či denní, a to podle potřeb dítěte či soudního vyjádření. Centrum se rovněž specializuje na intenzivní rehabilitaci handicapovaných dětí a na potřebný zácvek rodičů. Zařízení funguje také jako denní a týdenní stacionář. Součástí centra je ambulance pro děti se speciálními potřebami. Zároveň má Dětské centrum Veská statut zařízení pro výkon okamžité pomoci a pro tuto službu má vyčleněno 10 lůžek pro děti a 2 lůžka pro matky.

O děti v ústavu se starají zdravotní sestry. Zajišťují ošetrovatelskou péči, péči o chronicky nemocné děti, péči o akutně nemocné děti a samozřejmě zabezpečují složku výchovnou (nahrazují rodiče). Pracovní kolektiv dále tvoří výchovná sestra, psychologka, sociální pracovnice, sestry v kuchyni, uklízečky, švadleny. Výchovná

sestra spolu s psychologičkou dohlíží na správný vývoj dětí. Každému dítěti jsou vedeny záznamy o jeho pokrocích. Sociální pracovníce zajišťuje kontakt s úřady, se soudem, s rodiči. Dále jedna sestra pracuje v kuchyni mléčné (obstarává stravu pro novorozence) a jedna v kuchyni velké (obstarává stravu pro větší děti).

Odborníci pečují o děti v nepřetržité pracovní době. Zajišťují celkovou péči, a to konkrétně (informace o základním rozdělení péče dostupné z <http://www.dcveska.euweb.cz/>, 16. 2. 2008):

- léčebnou péči - léčba akutních i chronických obtíží dle nejnovějších poznatků s kombinací následných metodik
- rehabilitační péči - reflexní metodika dle prof. Vojty, pasivní cvičení dle Bobatta, cvičení s míči ve vodním bazénu, polohování, využití bioptronové lampy
- sociální péči - zajištění kontaktu s příslušnými úřady, soudy či zajištění potřebných dokladů; pomoc dětem, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku rizik, pomoc rodině najít stabilitu, doprovod při závažných rozhodnutích
- psychologickou péči - vyšetření, pojmenování problému a následný plán
- výchovnou péči - určení psychomotorické úrovně, doporučení postupů dle individualit dítěte, určení výchovného plánu
- senzomotorickou stimulaci - ve specifické místnosti se zrakovými a sluchovými podněty k rozvinutí smyslů dítěte

Každému dítěti v dětském centru jsou vedeny záznamy o jeho psychomotorickém vývoji. Informace sestry vyplňují podle stanovených tabulek. Děti jsou důkladně sledovány. Do jednoho roku věku dítěte se záznamy pořizují jednou za měsíc, u dětí starších pak jednou za dva měsíce.

Dítěti, u kterého je patrné určité opoždění v jeho vývoji, je věnována speciální péče. Jeho výchova je přísně individuální a veškerou péči vykonává jen jedna sestra (ta konkrétní dítě krmí, koupe, věnuje se mu ve volném čase...). V tomto případě se ústav snaží simulovat prostředí domova, kde se dítěti věnuje také především jen jedna osoba, a to nejčastěji matka. Tento postup je velmi cenný, v dětském centru zaznamenávají důležité pokroky ve vývoji opožděných dětí.

Pro ilustraci dále uvádím případ chlapečka s opožděným vývojem. Ze získaných informací je patrné, že jeho opožďování jednoznačně není zapříčiněno genetickou výbavou, nýbrž vlivem sociálního (rodinného) prostředí.

Chlapeček se do ústavu dostává v sedmnácti měsících, a to na žádost nemocnice, kde byl hospitalizován. Důvodem hospitalizace bylo zranění, které mu bylo způsobeno při konfliktu v rodině. Za dobu jeho pobytu v nemocnici se žádný z rodičů neinformoval o zdravotním stavu dítěte ani jej nenavštívil. Matka je registrována na úřadu práce, žije s přítelem v nevyhovujících podmínkách (rozestavěný dům, časté požívání alkoholu), otec s rodinou nežije, stará se o další tři sourozence. Soud nařizuje ústavní výchovu. Po propuštění z nemocnice je dítě přemístěno do DC Veská.

Záznamy z karty:

- narozen ve 28. týdnu těhotenství, m = 1380g, poporodní komplikace – převoz na JIP (chlapec prodělal časnou novorozeneckou infekci)
- vývoj opožděný – ve dvaceti měsících odpovídá věku jedenácti měsíců – při chůzi za jednu ruku je nejistý
- úroveň znalostí a dovedností chlapce odpovídá kvalitě sociálně-výchovného prostředí primární rodiny
- závěrečné doporučení – vhodný do pěstounské rodiny

Tento případ jasně vypovídá o tom, že ne vždy je biologická rodina nejvhodnějším prostředkem pro výchovu dítěte. Zanedbání péče a výchovy může mít nenapravitelné důsledky v jeho vývoji. Je třeba vždy důkladně zhodnotit konkrétní případ a situaci a ne automaticky usilovat o sanaci rodiny (zvláště když není projeven žádný zájem) a návrat dítěte k biologickým rodičům. V tomto případě je vhodnějším řešením ústavní péče a ještě lépe náhradní rodinná péče.

Ústav hájí zájmy dítěte. Rodiče mají právo své děti navštěvovat. Dětské centrum usiluje o to, aby dítě, které se v zařízení ocitne, se co nejrychleji vrátilo do rodiny (ať už vlastní či náhradní). Protože pouze rodina je schopna poskytnout dítěti potřebné zázemí. Část dětí se vrací do vlastní rodiny. Jiní se mohou dostat do rodiny adoptivní či do pěstounské péče. To nastává, pokud o dítě vlastní rodina nejeví zájem. Rozlišujeme dva druhy nezájmu – dvouměsíční žádný zájem (po porodu) a šestiměsíční nezájem (kdykoliv později).

V ústavu se snaží hojně využívat pěstounskou péči, aby tak poskytli dětem možnost být v rodině. Biologickým rodičům zůstávají práva, ale dítě je dáno na výchovu k pěstounům. Zletilostí pěstounská péče končí. Není výjimkou, že mezi dítětem a pěstouny vznikne citové pouto a ti se dál setkávají.

Pokud se dítě nepodaří umístit v rodině, v předškolním věku kojenecký ústav opouští a je umístěno v ústavu jiném. Děti vážně handicapované přecházejí do ústavu sociální péče (např. Slatiňany, Ráby).

Z hlediska organizačního uspořádání je zařízení rozděleno do dvou oddělení (doneslé existovala oddělení tři). Kapacita je 60 lůžek pro děti a 10 lůžek pro matky.

Kromě klasických oddělení v centru funguje rodinná buňka, tzv. Korálek, a školka pro děti starší. Rodinná buňka se snaží co nejvíce přiblížit životu v rodině. Pravidelně se zde střídají pouze dvě sestry – ošetřovatelky, které mají na starosti pět dětí. Většinou jsou vybrány dvě sourozenecké dvojice a jedno dítě s určitým postižením. Podle slov zaměstnanců centra není výběr dětí vůbec jednoduchý, otázka, které dítě bude umístěno v Korálku, je velmi těžká. Výběr musí být přísně individuální, a to zejména podle potřeb dětí. Děti vyrůstající v Korálku prožívají podobné situace jako dítě vychovávané doma. Mají stálé prostředí simulující byt a domov. Získávají cenné zkušenosti, které budou v životě jistě potřebovat. Problémy např. se založením rodiny či udržení rodinného zázemí mají především děti, které vyrůstaly v dětských domovech. Právě tento problém se snaží rodinné buňky potlačovat.

Od ledna 2008 je v dětském centru otevřena již druhá rodinná buňka – Sluníčko. I zde našlo přechodný domov pět dětí a stálé sestry, které se o ně starají. Stejně jako v Korálku se děti seznamují s běžným chodem domácnosti, snaží se pečujícím sestrám („tetám“) pomáhat, jsou přítomni uklízení, vaření, praní prádla a získávají tak představu o rodinném životě. Dostávají se navzájem do bližšího kontaktu a dochází k vytváření citových vazeb, které jsou nepostradatelné pro vývoj každého dítěte.

Na druhou stranu samozřejmě nejsou opomíjeny ani děti, vyrůstající na běžných odděleních dětského centra. Ústav je v každém směru velmi aktivní. Pro děti jsou pořádány různé akce – např. karnevaly, výlety, pobyty na chalupách zaměstnanců, návštěvy ZOO, školky v přírodě atd. Mezi poslední zájezdy dětského centra patří ozdravný pobyt na horách, uskutečněný v lednu letošního roku (2008). Děti si tuto

školku užily, dováděly na sněhu, koulovaly se a sáňkovaly a jako obvykle se jim vůbec nechtělo zpátky „domů“.

Mimo jiné mohou děti absolvovat hypoterapii, kdy především děti postižené jezdí dvakrát týdně na koni, nebo muzikoterapii (využití zpěvu, hudebně pohybové hry, hudebních nástrojů...). Relativně novou terapií v dětském centru je tzv. canisterapie. Za dětmi do zařízení pravidelně dochází canisterapeutický pes se svým pánem. Živý tvor přináší dětem nejen spoustu radosti, ale je především účelným pomocníkem při rehabilitaci dětí (především dětí s určitým postižením).

V dětském centru mají vybudovanou též tzv. senzomotorickou místnost, která podporuje vjemy dítěte, jeho motoriku a imituje prostředí dělohy, což umožňuje celkové zklidnění dítěte. Jedná se o uzavřenou místnost s vyhřívaným vodním lůžkem s možností poslechu reprodukováné hudby a použití světelných efektů. Velmi příznivě toto prostředí působí na děti s abstinenčními příznaky. Prostor je také využíván jako terapeutická místnost pro maminky, které zde vnímají psychologická sezení mnohem přívětivěji než v klasické kanceláři či ordinaci.

Dětské centrum Veská má dlouholetou tradici (viz podkapitola 3.1.2) a i v současné době je patrný neustálý vývoj zejména ve snaze přiblížit se dnešním moderním trendům. Ačkoliv se jedná o zdravotnickou budovu (jejíž možnosti jsou vždy omezené), zařízení všemi možnými prostředky ústavní prostředí zlepšuje tak, aby mohly být prostory účelně využity a přizpůsobily se potřebám dětí. Krásným příkladem může být rekonstrukce přilehlých budov, z nichž vznikly dvě rodinné buňky, které jsou právě vhodným řešením pro výchovu dětí v ústavu.

Pro dětské centrum to pravděpodobně není konečný počet rodinných buněk, protože již nyní uvažuje o změnách zařízení, které by umožnily vznik buněk dalších. Existuje rovněž návrh, který počítá s celkovou přeměnou a přestavbou ústavního zařízení právě v rodinné buňky. Realizace takového plánu ovšem závisí především na možnostech dětského centra (i finančních) a je otázkou času, zda je vize uskutečnitelná.

Kromě zmíněných omezených finančních možnostech se dětské centrum potýká i s dalšími problémy, a to hlavně geografickými a vzdělanostními. Centrum se nachází cca 10 km za Pardubicemi, což vidím jako pozitivum pro děti (čistě ovzduší), ale zároveň to přináší zaměstnancům jisté dopravní komplikace. Ne každý je ochoten do zaměstnání dojíždět a raději zvolí práci blíže svého domova. S tím souvisí i problém druhý, týkající

se vzdělanosti zaměstnanců centra. Lidé kvalifikovaní zůstávají většinou pracovat v Pardubicích (možné lepší finanční ohodnocení) a v dětském centru se tak potýkají s nedostatkem potřebných pracovníků.

Možná i proto se centrum snaží udržovat kontakty s jinými institucemi, jako např. se střední zdravotnickou školou v Pardubicích, která pravidelně do zařízení umísťuje studenty na praxi. Částečně se tak kompenzuje nedostatek zaměstnanců a zároveň je to přínos i pro studenty, kteří získávají nové zkušenosti.

Rovněž je v dětském centru zaveden dobrovolnický program, v rámci kterého do zařízení docházejí dobrovolníci, kteří s dětmi zaměstnancům pomáhají. Dobrovolníci si s dětmi hrají a snaží se je zabavit vhodnou činností.

Dětské centrum je otevřeno i široké veřejnosti. V případě zájmu může kdokoli zařízení navštívit a seznámit se tak blíže s chodem centra. Četné jsou v dětském centru školní exkurze, při kterých vedení centra (popř. sociální pracovníce apod.) ochotně návštěvníky seznamuje s problematikou ústavního zařízení.

3.4 Soubor dětí v ústavní péči, důvody k přijetí

Dítě, které se do dětského centra dostane, většinou pochází z rodiny v těžké situaci, životní krizi. Již v porodnici matka může prohlásit, že dítě nechce, a tak je umístěno v ústavu. Kojenecký ústav nepřijímá pouze novorozence, ale i děti starší. Jedná se většinou o děti opuštěné.

Dále zde vyrůstají děti vážně nemocné, např. s vrozenými vývojovými vadami. Jsou případy, kdy by se rodina o dítě starat chtěla, ale bohužel takové dítě potřebuje speciální péči, kterou mu doma poskytnout nemohou. Na druhou stranu se sem dostávají děti s menším handicapem, o které se rodiče starat nechtějí. Většinou chodí do zaměstnání a nejsou schopni sami zajistit dítěti potřebnou péči. O víkendech si je ale mohou brát domů a trávit alespoň nějaký čas s vlastním dítětem.

Další skupinu tvoří děti, které se v ústavu ocitnou ze soudního rozhodnutí. Jedná se o děti týrané, děti bezdomovců, alkoholiků, narkomanů atd. Soud nejprve vydá předběžné

opatření. Když rodiče po určité době prokážou, že se o dítě dokážou postarat, rozhodnutí se ruší. Pokud ovšem ne, je soudem nařízena ústavní péče.

Děti, které nevyrostají se svojí vlastní rodinou, jsou někdy označovány jako sirotci. V lidech je dodnes zakořeněna představa nešťastného sirotka bez vlastních rodičů. Jde ovšem o to, jak správně označení sirotek chápat. „Když však už jsme jednou vyvolali představu sirotka, sluší se podotknout, že ještě v době našich babiček a prababiček se to týkalo vsutku dítěte, kterému zemřeli oba rodiče nebo aspoň jeden z nich. Dnes jsou takové případy naštěstí dost vzácné. Zato podstatně přibylo dětí, jejichž oba rodiče jsou naživu, ale s dítětem z nějakého důvodu nežijí. Důvody jsou v podstatě trojího druhu: Buď se tito vlastní rodiče starat nemohou, nebo nechtějí, nebo není žádoucí, aby se starali. Dítě vyrůstá v ústavu nebo v náhradní rodinné péči – a vztahuje se na ně docela příhodně označení ‘sirotek po žijících rodičích’.“ (Matějček, Dytrych, 1999, s. 72)

Z toho vyplývá, že dnes nepovažujeme za sirotka jen dítě, kterému zemřeli jeho rodiče. Zároveň se nabízí otázka, zda dítě vyrůstající bez vlastní rodiny je vždy ‘nešťastný sirotek’. Samozřejmě, že ústavní péče představuje cosi negativního, ale pokud se dítě dostane např. do nové rodiny, může být mnohem šťastnější, než kdyby vyrůstalo s rodinou vlastní. Mám na mysli především ty původní rodiny, které se o dítě starají nedostatečně, dítě strádá nebo je dokonce týráno. Potom odebrání od vlastních rodičů může pro něj znamenat vysvobození.

Děti jsou do ústavních zařízení přijímány na žádost rodičů či na základě soudního rozhodnutí. Jedná se o děti, které z určitého důvodu nemohou vyrůstat doma (ve vlastní rodině), a to zejména pokud rodiče nejsou schopni nebo se nechtějí (popř. nedokáží) o ně postarat. Soubor dětí je rozmanitý, do ústavního zařízení jsou přijímány děti zdravé (většinou opuštěné), děti s nějakým postižením (fyzickým i psychickým) či s vrozenými vadami.

Již v porodnici matka může prohlásit, že dítě nechce, a tak je umístěno v ústavu. Přístup takové matky je pro mě nepochopitelný, vždyť kdo se může vzdát svého dítěte? Rozumím tomu, že asi ne vždy je matka schopna vytvořit odpovídající podmínky pro výchovu dítěte, zvlášť když je na to sama, ale řada matek, které své děti opustí, se ani nesnaží cokoliv pro dítě udělat. Je to smutné, protože mít dítě je velký dar, který by se neměl odmítat. Zároveň při představě, kolik párů si přeje vlastní dítě, ale bohužel jej mít nemohou, mi to přijde až nespravedlivé.

Pokyn MZ (zn. 24039/2005) definuje důvody pro přijetí dítěte do zařízení jako:

- zdravotní
 - je třeba speciální ošetrovatelské péče (u dětí s kombinovaným postižením, při užívání sond apod.)
 - potřeba dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče
 - diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte, syndrom opuštěného dítěte apod.)
 - diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte (např. před umístěním do náhradní rodinné péče)
 - jako respitní a úlevná péče
- zdravotně-sociální
 - v případě, kdy dítě pro svůj handicap nemůže vyrůstat v rodině, i když jeho stav nevyžaduje speciální ošetrovatelskou péči
- sociální
 - forma okamžité pomoci dítěti, jehož rodina se dostala do tíživé sociální situace
 - jiný důvod (dítě je zdravé a nevyžaduje lékařskou ani ošetrovatelskou péči)

Při konzultaci v Dětském domově pro děti ve věku 1 – 3 let v Holicích (setkání se sociální pracovnící dne 12. 12. 2007) a v Dětském centru Veská (setkání se sociální pracovnící dne 23. 1. 2008) jsem získala statistické údaje (za rok 2005), které se týkají počtu dětí přijímaných do zařízení a zároveň propuštěných ze zařízení. Je zajímavé porovnat tyto údaje, a proto záměrně uvádím rok 2005, protože je to jediný rok, pro který jsem potřebné informace získala od obou institucí.

Tabulka č. 1 – **Důvody přijetí dítěte do zařízení (DC Veská)**

Zdravotní	26
Zdravotně-sociální	24
Sociální	16

Tabulka č. 2 – **Důvody přijetí dítěte do zařízení (DD 1 – 3 Holice)**

Zdravotní	8
Zdravotně-sociální	6
Sociální	12

Tabulka č. 3 – **Propuštění dětí (DC Veská)**

Do vlastní rodiny	32
Příbuzenská péče	1
Adopce	17
Pěstounská péče	11
Do jiného ústavu	3

Tabulka č. 4 – **Propuštění dětí (DD 1 – 3 Holice)**

Do vlastní rodiny	12
Příbuzenská péče	0
Adopce	1
Pěstounská péče	4
Do jiného ústavu	3

3.5 Rodina a ústavní zařízení – vlastní a náhradní rodiny, mateřská lůžka

Myslím si, že vztah rodiny a ústavního zařízení se liší v závislosti na tom, o jakou rodinu se jedná – zda o rodinu vlastní či náhradní. Zpravidla s ústavem lépe vycházejí rodiny náhradní, protože rodina biologická může cítit určitou křivdu, že jí bylo dítě odebráno (samozřejmě kromě rodin, které samy požádaly o umístění dítěte v ústavu).

Jak již jsem ve své práci zmínila, současným trendem je usilovat o sanaci původní rodiny a snažit se, aby bylo dítě vráceno co nejdříve k vlastním rodičům. Podle odborníků je to nejlepší řešení. Mohou ale také nastat situace, kdy takové řešení není možné. V tomto případě je třeba dítěti vytvořit podmínky, které budou směřovat k jeho zdárnému rozvoji a co nejméně negativně ovlivní jeho psychický vývoj. Z mého pohledu je pro dítě nejméně vhodná ústavní výchova. Přes veškerou snahu ústav nemůže nahradit rodinné zázemí a dítě tak strádá.

Vedle ústavní péče existuje náhradní rodinná péče, která jistě může lépe vyhovět potřebám dítěte.

Formy náhradní rodinné péče (dle zákona č. 94/1963 Sb., o rodině):

- svěření do péče jiné osoby, než rodiče
- osvojení
 - osvojení
 - osvojení nezrušitelné
 - mezinárodní osvojení
- pěstounská péče
 - pěstounská péče
 - pěstounská péče na přechodnou dobu
- poručenská péče

V Dětském centru Veská se snaží, pokud je to možné, umístit dítě do rodiny (ať už biologické či náhradní). Velmi často využívají pěstounské péče. Umístěním dítěte k pěstounům by se ovšem neměl přerušit jeho kontakt s původní rodinou. Podle

Pávkové (2005) by se naopak měla uskutečňovat společná setkání dítěte, biologických rodičů a pěstounů. To by se mělo dít na neutrální půdě, např. v kojeneckém ústavu, občanských poradnách nebo na úradech.

Pávková zároveň dodává, že je často nedostatečná spolupráce dětských domovů s ostatními zaangażovanými subjekty, což znemožňuje řádně uspokojovat individuální potřeby dítěte.

Mateřská lůžka

DC Veská přijímá v určitých případech s dětmi i jejich matky. Jedná se většinou o matky, které se ocitnou v obtížně řešitelné životní situaci, nebo také o matky velmi mladé (výjimkou nejsou 15-ti či 16-ti leté maminky). V únoru letošního roku (2008) – po rekonstrukci – zde bylo zřízeno oddělení s deseti lůžky pro tyto matky, a došlo tak v důsledku potřeby k navýšení počtu lůžek.

Odborní zaměstnanci pomáhají matkám starat se o jejich děti a zároveň usilují o to, aby matka byla schopná postarat se o dítě sama. Pokud to matky zvládají, pro sebe a své děti vaří a vykonávají všechny potřebné věci, které souvisejí s péčí o dítě. Po odborném posouzení s kladným výsledkem je matka s dítětem z ústavní péče propuštěna. V případě, že matka nemá po propuštění kam jít, snaží se jí zaměstnanci dětského centra pomoci najít ubytování. V úvahu tak připadají různé azylové domy či podobná zařízení pro matky s dětmi.

4 Trendy ústavní péče v zahraničí

4.1 Slovensko

V oblasti sociálně právní ochrany dětí nám pravděpodobně není bližší stát než Slovensko.

25. května roku 2005 zde byl přijat zcela nový zákon o sociálně-právní ochraně dětí a sociální kuratele č. 305/2005 Z. z., účinný od 1. září téhož roku. Norma navazuje na předcházející zákon o rodině č. 36/2005 Z. z. Na nově přijatém zákonu je znát dlouholetý společný vývoj našich obou právních řádů. Dá se říci, že náš zákon se slovenským mají podobnou úpravu, avšak ten slovenský obsahuje některé významné odchylky a především moderní prvky reagující na zahraniční podněty. (Křístek, 2006)

Slovenské kojenecké ústavy – dojčenské ústavy, jak uvádí Zdeněk Novotný – ředitel dětského domova pro děti 1 – 3 v Ostravě – Zábřehu (2005), nespádají pod rezort ministerstva zdravotnictví jako u nás, ale zastřešují je sociální péče stejně, jako školské dětské domovy. Navíc je na Slovensku více bořena věková hranice 3 let.

Křístek vidí zásadní rozdíl oproti české úpravě ve striktním rozdělení úkolů patřících do samostatné působnosti obce a úkolů sociálně-právní ochrany dětí jako výkonu státní správy. „Na základě i u nás právně zakotvené zásady, že základním úkolem obce je péče o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů (§2 odst. 2 obecního zřízení), upravuje slovenský zákonodárce působnost stanovenou samosprávným svazkům, zejména obcím (§ 75 zák. č. 305/2005 Z. z.) a krajům (§ 76 cit. zák.) tak, že jejich prvořadým úkolem na tomto úseku je prevence vlivů negativně působících na rodinu, dále podpora znevýhodněných či jinak ohrožených dětí, vytváření výchovných a sociálních programů apod., poskytování informací a finanční pomoci dětem či jejich rodinám, a v případě akutního ohrožení též poskytování bezprostřední pomoci.“ (Křístek, 2006, s. 11)

Křístek dále uvádí, že stěžejní část státem garantované sociálně-právní ochrany dětí zaštiťuje soustava specializovaných státních orgánů v čele (pomineme – li ministerstvo) s Ústředím práce, sociálních věcí a rodiny. Tento orgán má na starosti celé metodické a

koncepční řízení sociálně-právní ochrany dětí a fakticky také řídí a koordinuje státní správu na tomto úseku.

Vlastní výkon zajišťují Úřady práce, sociálních věcí a rodiny (ÚPSVaR), které jsou podřízeny Ústředí. ÚPSVaR si můžeme představit jako sloučené naše Úřady práce, Okresní správy sociálního zabezpečení a oddělení sociálně-právní ochrany dětí příslušných obecních úřadů s rozšířenou působností. Právě ÚPSVaR je navrhovatelem např. v procesu o nařízení ústavní výchovy. V opatrovnických řízeních týkajících se nezletilých jsou jak navrhovatelem, tak účastníkem, a jejich úkolem je v takovém případě zabezpečit odbornou pomoc dětem i jejich rodinám. Zřizovatelem dětských domovů (jako státních příspěvkových organizací) je rovněž ÚPSVaR. Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky má jako ústřední správní úřad především koncepční a řídicí pravomoci. (Křístek, 2006)

Trubačová (2006) upozorňuje na fakt, že na Slovensku podle zákona o sociální pomoci může dětský domov poskytnout péči dětem v rodinách určených pro výkon profesionální náhradní péče. V rámci ústavní péče existují na Slovensku tzv. profesionální rodiny, kdy „rodiče“ jsou zaměstnanci příslušného dětského domova. Tyto rodiny poskytují dětem péči a výchovu ve vlastním rodinném prostředí mimo dětský domov. Slováci již zaznamenávají s tímto systémem první úspěchy, ale stále je otázkou času, zda se potvrdí vhodnost „profesionálních rodičů“, a to se ukáže až později.

Křístek (2006) porovnává ochranu dětí u nás a na Slovensku a říká, že u nás se potýkáme s podobnými problémy a naše poměry jsou velice dobře srovnatelné. Tato komparace by pro nás mohla být velmi cennou a použitelnou inspirací. Slovensko dokáže reagovat na požadavky založené na moderních vědeckých poznatcích, přejímá osvědčené zahraniční vzory (zejména z Německa) a rovněž důsledněji reaguje na požadavky vyplývající z mezinárodních dohod a z ustálené judikatury Evropského soudu pro lidská práva.

4.2 Německo

Podle Křístka (2006) je německá právní úprava poněkud roztržštěná, a to díky federativnímu uspořádání státu. Uvádí, že právní úprava působnosti v sociálně-právní ochraně dětí je zakotvena především v VIII. knize německého sociálního zákoníku z 26. června 1990 č. I S. 1163 Spolkového zákoníku a dále v zemských zákonech. Tzv. místní nositel sociálně-právní ochrany dětí je základním prvkem systému. Tím je okres (ne obec) a dále samostatná města, která sama plní úkoly okresu. Okresy zřizují Úřady péče o mládež a další úrovně jsou spolkové země, které zřizují Zemské úřady péče o mládež. Vnitřní struktura obou těchto úřadů je upravena v německých předpisech. Úřady se dělí na výbory péče o mládež a na správu úřadu, přičemž typická je zde mimořádná úloha samosprávy (ať již místní nebo regionální). (Křístek, 2006)

Křístek překládá pojem sociálně-právní ochrany dětí (Jugendhilfe) jako podporu či pomoc. Staví se proti donucující charakteristice veřejné moci. „Ochrana – podpora by se měla, v souladu s moderními koncepcemi, zaměřit na podporu dítěte a jeho rodiny, na preventivní pomoc před možnými nebezpečími a na podporu při sanaci narušeného rodinného prostředí, a to formou nabídky různorodých sociálních služeb.“ (Křístek, 2006, s. 16) Zároveň Křístek upřednostňuje vlastní biologickou rodinu před jakýmkoli jiným náhradním řešením. Dále poukazuje na to, že výchova dětí je přirozeným právem rodičů a ze zákona zároveň povinností, která náleží zejména jim.

Na druhou stranu i státu ukládá sociální zákoník některé pozitivní povinnosti. Opatření na ochranu dětí zahrnují povinnosti (Křístek, 2006):

- podporovat mladé lidi v jejich individuálním a sociálním rozvoji a přispět k zamezení vzniku znevýhodnění nebo k jejich odbourávání
- podporovat rodiče a jiné zákonné zástupce při výchově a poskytovat jim poradenství
- chránit děti a mládež před nebezpečím v zájmu jejich zdraví
- přispívat k zachování a vytvoření pozitivních životních podmínek pro mladé lidi a jejich rodiče a prostředí, které bude přátelské k dětem a rodině

5 Perspektivy ústavní péče v ČR

Domnívám se, že ústavní péče v České republice je na relativně dobré úrovni. Vycházím z vlastní zkušenosti, protože jsem měla možnost několik ústavů osobně navštívit a blíže se se systémem fungování ústavních zařízení seznámit. Za pozitivní a přínosné hodnotím hlavně neustálou snahu o zlepšení současného stavu ústavní péče. Aby náš ústavní systém vyhovoval moderním trendům, musí rozhodně projít dalším vývojem. Myslím ale, že jsme na dobré cestě.

V této kapitole vycházím především z názorů a návrhů Adama Křístka a Zdeňka Matějčka, protože právě oni se v současné době dané problematice podrobněji věnují.

Křístek (2006) poukazuje na fakt, že žádný systém není dokonalý a že za většinou problémů stojí financování. Podle Křístka by našemu systému prospělo zřízení „jednotného orgánu“ zastřešující celou oblast sociálně-právní ochrany dětí (ta dnes spadá fakticky pod tři rezorty).

Stejnou tezi uvádí i Matějček (2004), který by byl rovněž pro vytvoření jedné instituce. Ta by byla na úrovni ministerského rezortu, popř. nadrezortní či mezirezortní, a byla by vybavena náležitými kompetencemi, aby mohla iniciovat a koordinovat aktivity týkající se péče o děti bez vlastního rodinného zázemí. Inspirací by mohlo být Ministerstvo pro rodinu, které funguje již v řadě západních zemích.

Křístek (2006) by zároveň přenesl další kompetence na samosprávy, a tím zvýšil jejich odpovědnost za provedená opatření. Domnívá se, že zejména kofinancování nákladné ústavní péče by samosprávy nutilo k provádění méně razantních opatření a více by se zaměřily na prevenci a na sanaci původního výchovného prostředí. Na druhou stranu si ovšem uvědomuje, že i výkon sociálně-právní ochrany dětí přináší své problémy (např. snižování počtu sociálních pracovníků nebo slučování různých agend). V této souvislosti uvádí, že v některých zahraničních zemích, kde byla dříve sociálně-právní ochrana dětí přenesena na samosprávy, je dnes znovu začleněna do státní správy.

Jako další možnost můžeme chápat proces opačný, a to „zestátnění“ podstatné části agendy (do jisté míry pochybuje o možnostech a schopnostech samospráv). Možnou inspirací by nám mohla být současná právní úprava na Slovensku. „V situaci, kdy jistě nikdo nebude obnovovat okresní úřady jako úřady vrchnostenské správy, je dobré si

uvědomit, že i v rezortu MPSV působí několik úřadů s celostátní působností a s hustou sítí územních pracovišť (úřady práce, správy sociálního zabezpečení), s jejichž agendou by jistě bylo možno SPOD spojit.“ (Křístek, 2006, s. 22)

Návrhy:

- soustava orgánů sociálně-právní ochrany dětí – na úrovni dnešních obvodů obecních úřadů obcí s rozšířenou působností zřídit sloučením specializovaný orgán: Úřad práce a sociálních věcí – ten by mohl převzít dnešní agendu obecních úřadů s rozšířenou působností na úseku sociálně-právní ochrany dětí
- vytvořit jednotný orgán – uvedené úřady podřídit jednotnému orgánu (na celostátní úrovni) – ten by byl odpovědný za výkon ústavní péče a zastřešoval by všechny formy sociálně-právní ochrany dětí
- aktivní účast obce na sociálně-právní ochraně dětí – již zmíněné kofinancování náhradní péče (především ústavní) a zaměření obce na preventivní a sanační opatření
- odbornost soudců – větší důraz na odbornou kvalifikaci – soudci by měli být povinně proškoleni v oblasti dětské psychologie

Z pohledu zákona by se téměř žádné změny uskutečňovat nemusely. Křístek zdůrazňuje, že naše právní úprava je dostačující, ovšem bylo by třeba změnit praxi. „Bylo by vhodné, aby SPOD neznamenal z větší části mocenský zásah do již nastalé krizové situace, ale aby byl kladen větší důraz na prevenci a pomoc klientům v obtížněji řešitelné situaci. Je třeba upřednostňovat spolupráci s biologickou rodinou a zkvalitnit služby sociálních pracovníků tak, aby bylo dosaženo účelné pomoci.“ (Křístek, 2006, s. 22)

Návrhy:

- legislativní zakotvení rodinných/případových studií – v případě zjištění ohrožení zdraví nebo vývoje dítěte by se nastalá situace řešila za účasti rodičů, dítěte (bylo-li by toho schopno), dalších příbuzných a odborníků (psychologové, lékaři, sociální pracovníci...)

- legislativní zakotvení plánů péče – plán péče by byl vypracován na základě rodinných/případových studií rovněž za účasti rodičů a dítěte a obsahoval by vyhodnocení situace a navržení konkrétních opatření a stanovil by se program kontroly účinnosti těchto opatření

Křístek vyzdvihuje důležitost citových potřeb dítěte, které by rozhodně za žádných okolností neměly být opomíjeny. Stejně tak ovšem zdůrazňuje, že i rodiče a další příbuzní mají své potřeby a oprávněné zájmy. S tímto vědomím by se mělo přistupovat ke každému případu a vždy důkladně zvážit závažný zásah do rodinného soukromí. Křístek uvádí, že potřeby dítěte nelze posuzovat zcela izolovaně od potřeb a oprávněných zájmů rodičů a dalších příbuzných a že intenzivnější opatření můžeme přijmout jen tehdy, není-li k dispozici mírnější možnost řešení. Podle Křístka je třeba mnohem více zohledňovat právě potřeby citové než např. materiální podmínky (nedostatečné majetkové a bytové poměry rodičů).

Matějček (v dosud nepublikovaném textu) uvádí, že zájem dítěte má být v souladu se zájmem dospělých, kteří jej vychovávají. V případě jakéhokoliv nesouladu či neshodě má přednost zájem dítěte.

Při razantnějším zásahu, kdy je dítě odebráno z rodiny, je podle Křístka povinností orgánů sociálně-právní ochrany dětí aktivně spolupracovat s rodinou a usilovat o co nejrychlejší návrat dítěte do rodiny. Ne zcela s tímto tvrzením souhlasím, protože každé odebrání dítěte má svůj důvod, a proto si myslím, že není vždy nejlepším řešením dítě vracet zpátky do rodiny. Soudím tak i díky výpovědi pracovníků DC Veská, kteří s řadou původních rodin nemají dobrou zkušenost.

Matějček (2004) přichází s koncepcí, která se věnuje právě dětem bez vlastního rodinného zázemí, a jeho hlavní myšlenkou je prevence a sanace, přičemž prevence je na prvním místě. V oblasti prevence shledává určité nedostatky, a proto stanovuje stupně prevence, které by měly být praktikovány.

- Široce pojatá prevence – zaměřená celoplošně ve smyslu prorodinné osvěty a výchovy (propagování výchovné, vzdělávací, ochranné funkce rodiny apod.)
- Prevence zaměřená na rizikové skupiny – ohrožené skupiny obyvatelstva ve smyslu sociální patologie, především v případě patologie narušující zdravou

funkci rodiny, a to do té míry, že se rodina nedovede či nechce postarat o své děti

- Prevence zaměřená na rizikové jedince (popř. jednotlivé rodiny) – jedná se o osoby/rodiny, které byly vytipovány v preventivních programech předchozího stupně jako zvláště ohrožené – vyžadují individuální přístup, nutnost odborné sociální intervence

V situaci, kdy se dítě dostane mimo rodinné zázemí, přichází na řadu sanace původní rodiny. Především by se mělo jednat o cílevědomou sociálně terapeutickou intervenci v rodině. Mělo by dojít k takovým změnám, aby byl dítěti po jeho návratu umožněn další příznivý psychosociální vývoj. Pokud je dítě do rodiny vráceno, je nutný odborný dohled a pokračování v sociálně terapeutické intervenci. Zmíněná terapeutická činnost je časově náročná a vyžaduje speciální přípravu odborných pracovníků.

Shrnutí a doporučení (dle Matějčka, 2004):

- vytvoření jednotné instituce – např. Ministerstvo pro rodinu (viz shora)
- zaměřit se na prevenci tzv. sociálního osiření dítěte
- sanace vlastní rodiny dítěte
- rozšířit a prohloubit terénní sociální práci – má nezastupitelnou úlohu v oblasti prevence i v pomoci ohrožené rodině
- povznést prestiž pěstounské péče (je nadbytek uchazečů o adopci, ovšem pěstounská péče může být vhodnějším řešením)
- rozšíření formy pěstounské péče, kdy se rodiny zaměřují na péči o zdravotně postižené děti – tzn. ekonomická, společenská, administrativní podpora
- zdokonalení práce soudů – stávající problémy se zdlouhavostí řízení a specializací soudců
- mediální podpora – zejména v otázkách prevence sociální patologie (např. uvedení pravidelných vzdělávacích pořadů)

Jak již jsem na začátku této kapitoly uvedla, s problémy a určitými nedostatky v oblasti institucionální péče a sociálně-právní ochrany dětí se nepotýká pouze Česká republika. Nicméně můžeme konstatovat, že v některých evropských zemích se zdá být situace v této oblasti na vyšším stupni rozvoje a my bychom je mohly v tomto směru následovat. Podle Křístka (2006) máme určité rezervy zejména v reagování na moderní principy sociální práce a na potřeby dítěte, jak je chápe soudobá psychologie a další vědní obory. Křístek uvádí, že krásným příkladem, jak do prakticky totožného systému moderní trendy zahrnout, by nám mohla být např. slovenská právní úprava. Křístek tuto problematiku uzavírá s tím, že celá sociálně-právní ochrana dětí má být vedena hlavní zásadou: děti patří do rodiny a všemi možnými prostředky se snažit dosáhnout tohoto cíle.

Závěr

Práce je uceleným shrnutím minulého a současného stavu systému ústavní výchovy a sociálně-právní ochrany dětí v České republice s nástinem možného budoucího vývoje, přičemž stěžejní část je věnována soudobému stavu.

Ústavní péče má v České republice relativně dlouhou tradici. Za významný mezník v této oblasti můžeme pokládat konec 19. století, kdy institucionální péče zaznamenala zjevný vývoj. V této souvislosti se rozvíjejí počátky sociálně-právní ochrany dětí u nás i na Slovensku (legislativně byla obcím stanovena povinná péče o sirotky).

Dnešní sociálně-právní úprava se v mnohém zajisté liší, nicméně bez ohledu na dobu vždy by měl být základním cílem sociálně-právní ochrany dětí nejlepší zájem samotného dítěte. Otázku nejlepšího zájmu dítěte můžeme sledovat z různých úhlů a názory veřejnosti i odborníků se v této problematice různí.

Obecně můžeme konstatovat, že každému dítěti musí být poskytována přiměřená a dostatečná péče a že dítě nesmí žádným způsobem strádat. Musí být naplňovány veškeré jeho potřeby a zajištěna odpovídající výchova. Dítě by mělo vyrůstat v prostředí stálém a citově vřelém. V ideálním případě je to prostředí domova, v kontaktu s blízkými osobami.

Ústavní zařízení není schopno po všech stránkách vyhovět potřebám dítěte, dítě vyrůstající v ústavu citově strádá a mohou na něm být patrné známky psychické deprivace. Zejména z těchto důvodů je současným trendem, pokud je to možné, neumísťovat dítě mimo vlastní rodinu. Náhradní péče by měla být volena jen v krajním případě a chápána jako přechodný stav – prostor pro sanaci původní rodiny.

V ústavní a sociální oblasti má Česká republika jisté rezervy a nedostatky, které by bylo třeba odstranit. Větší pozornost by měla být věnována zejména prevenci sociálně ohrožených skupin, např. ve smyslu prorodinné osvěty a výchovy. Další otázkou je sociálně-právní systém České republiky, který by rovněž mohl projít určitými změnami, přičemž inspirací by mu mohla být např. slovenská právní úprava.

V souvislosti se zmíněnými možnými změnami ústavní péče je třeba položit si otázku, jakým směrem by se měla ústavní zařízení vyvíjet. Mají se zachovat klasické ústavy či máme preferovat rodinný model ústavního zařízení? Určitým kompromisem

by mohlo být zachování specifických ústavů s aplikací rodinného modelu tam, kde je to možné.

Konkrétně Dětské centrum Veská je v tomto směru velmi aktivní, patrná je snaha přiblížit se dnešním moderním trendům. Centrum se snaží po všech stránkách vyhovět potřebám dítěte a pobyt dětí v ústavu neustále zpříjemňuje různými projekty. Velmi kladně můžeme hodnotit vznik tamních rodinných buněk, které po všech stránkách vyhovují vývoji dítěte lépe než klasická ústavní péče.

Použitá literatura:

HRUŠÁKOVÁ, Milena. *Zákon o sociálně-právní ochraně a jeho postavení v systému práva*. In: Aktuální otázky náhradní rodinné péče [online]. Brno 2005 [cit. 10. 11. 2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.triada-centrum.cz/nrp/sbornik.pdf>>

KŘÍSTEK, Adam. *Systém opatření na ochranu dítěte*. In: Zásahy veřejné moci do rodičovských práv a jejich dopad na rodinný život [online]. Praha 2006 [cit. 16. 2. 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.poradna-prava.cz/dokumenty/studie.pdf>>

LANGMEIER, Josef – MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1974. 400 s.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Příprava koncepce péče o děti bez vlastního rodinného zázemí*. Dosud nepublikovaný text. 2004.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíce potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 143 s. ISBN 80-7178-085-5.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Základní teze k „Péči o děti (nejen) do 3 let věku bez rodinného zázemí“ z hlediska dětské psychologie*. Dosud nepublikovaný text. Nedatováno.

MATĚJČEK, Zdeněk – DYTRYCH, Zdeněk. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. Praha: Grada Publishing, 1999. 143 s. ISBN 80-7169-897-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

NOVOTNÝ, Zdeněk. *Mezinárodní srovnání*. In: Zdravotně sociální služby v

kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku. Praha 2005.

PÁVKOVÁ, Eva. *Pěstouni, jejich děti a biologičtí rodiče*. In: Aktuální otázky náhradní rodinné péče [online]. Brno 2005 [cit. 10. 11. 2007]. Dostupný z WWW:

<<http://www.triada-centrum.cz/nrp/sbornik.pdf> >

PLECITÝ, Vladimír – SALAČ, Josef. *Základy rodinného práva*. 1. vyd. Praha: Eurounion, 2001. 364 s. ISBN 80-7317-002-7.

ŠABATOVÁ, Anna. *Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí a náhradní rodinná péče v kontextu sociálně-právní ochrany*. In: Aktuální otázky náhradní rodinné péče [online]. Brno 2005 [cit. 10. 11. 2007]. Dostupný z WWW: <[http://www.triada-](http://www.triada-centrum.cz/nrp/sbornik.pdf)

[centrum.cz/nrp/sbornik.pdf](http://www.triada-centrum.cz/nrp/sbornik.pdf) >

TRUBAČOVÁ, Klára. kapitola *Náhradní rodinná péče*. In: *Zásahy veřejné moci do rodičovských práv a jejich dopad na rodinný život* [online]. Praha 2006 [cit. 16. 2.

2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.poradna-prava.cz/dokumenty/studie.pdf> >

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví – zn. 24039/2005

Zákon č. 94/1963 Sb. ze dne 4. 12. 1963, o rodině

Zákon č. 20/1966 Sb. ze dne 17. 3. 1966, o péči a zdraví lidu

Zákon č. 359/1999 Sb. ze dne 9. 12. 1999, o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon č. 109/2002 Sb. ze dne 5. 2. 2002, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů

DĚTSKÉ CENTRUM VESKÁ. *Co poskytujeme*. [cit. 16. 2. 2008]. Dostupný z WWW:

<<http://www.dcveska.euweb.cz/> >

Přílohy

- Příloha č. 1 - Fotografie DC Veská
- Příloha č. 2 - Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví zn. 24039/2005
- Příloha č. 3 - Doporučený počet zaměstnanců v kojeneckém ústavu a dětském domově pro děti do tří let

FOTOGRAFIE DĚTSKÉHO CENTRA VESKÁ



**Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých
ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku**

ZN.: 24039/2005

Ve snaze vymezit a sjednotit činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku vydává Ministerstvo zdravotnictví tento doporučující metodický pokyn, který se doporučuje k využití dalším obdobným zařízením, zejména dětským centřům:

I. Úvod

1. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku (dále jen „zařízení“) pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních.
2. Pobyt dítěte v zařízení je třeba chápat jako dočasný (přechodný), k vyřešení situace, pro kterou bylo dítě do zařízení přijato. Nemá být trvalým či dlouhodobým řešením osudu dítěte, ale je třeba ho považovat za pomoc dítěti a jeho rodině.

II. Důvody přijetí dětí do zařízení

1. Do zařízení mohou být děti přijímány samy či s doprovodem, a to z důvodů zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních.
2. Za zdravotní důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) nutnost trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče (dítě s kombinovaným handicapem, tracheostomií vyžadující dlouhodobou oxygenoterapii, použití sond aj.),
 - b) potřeba dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče,
 - c) diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou (sy. týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte - dále jen sy. CAN, abusus návykových látek u matky, sy. opuštěného dítěte aj.),
 - d) diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte (před umístěním např. do náhradní rodinné péče, dále jen NRP),
 - e) nemoc či hospitalizace rodičů, infekční onemocnění v rodině,
 - f) respitní a úlevná péče.
3. Za zdravotně–sociální důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) každá situace, kdy dítě pro své postižení nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje výše uvedenou speciální ošetrovatelskou péči,

b) zácvek rodičů před propuštěním dítěte.

4. Za sociální důvod přijetí se považuje zejména:

a) okamžitá pomoc dítěti a rodině v tíživé sociální situaci,

b) jiný důvod přijetí dítěte považovaného za zdravé, které nevyžaduje žádnou diagnostickou či terapeutickou lékařskou a ošetrovatelskou péči.

5. Důvody pro přijetí se mohou navzájem překrývat a měnit během pobytu dítěte v zařízení.

III. Přijímání dětí do zařízení

1. Děti se přijímají na základě

a) souhlasu rodiče (rodičů) nebo jiného zákonného zástupce dítěte (dále jen „rodiče“),

b) rozhodnutí soudu o předběžném opatření (§ 76a občanského soudního řádu),

c) nařízené ústavní výchovy (§ 46 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů).

2. O přijetí (nepřijetí) do zařízení rozhoduje ředitel zařízení. Odmítnout přijetí může tehdy:

a) pokud nejsou splněny důvody přijetí, uvedené v kapitole II,

b) pokud je zařízení plně obsazeno,

c) pokud to nedovolují důvody hygienické či epidemiologické.

3. Při přijetí dítěte si zařízení vyžádá předložení těchto dokumentů:

a) řádně vyplněný evidenční list dítěte (SEVT skl.č.14440 0),

b) zprávu o současném zdravotním stavu dítěte,

c) vykonatelné rozhodnutí soudu, pokud je dítě přijímáno z tohoto důvodu.

4. V naléhavých případech (např. bezprostřední ohrožení života či zdraví dítěte, nemožnost okamžitého obstarání všech dokladů) je možno dítě přijmout bez dokumentace uvedené v odstavci 3).

5. Během pobytu dítěte si zařízení doplní další dokumentaci dítěte zejména o:

a) rodný list dítěte,

b) legitimaci pojištěnce,

c) zdravotní a očkovací průkaz dítěte,

d) další dokumentaci o zdravotních a sociálních poměrech dítěte a jeho rodiny.

6. Při přijetí dítěte poučí ředitel zařízení či jím pověřený pracovník rodiče o jejich právech a povinnostech k dítěti během pobytu dítěte v zařízení i o důsledcích, které by vyplynuly z jejich neplnění. Je vhodné, aby rodiče podepsali souhlas k poskytování údajů vyplývajících ze zdravotnické dokumentace dítěte a z poznatků získaných příslušným zdravotnickým zařízením při poskytování péče dítěti.

7. Bylo-li dítě přijato v naléhavých případech (dle odst. 4) bez příslušné dokumentace (dle odst. 3), je žádoucí, aby zařízení oznámilo tuto skutečnost v nejbližším možném termínu místně příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte (dále jen „OSPOD“).

IV. Pobyt dětí v zařízení

1. Zařízení poskytuje svěřeným dětem komplexní interdisciplinární péči (zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, výchovnou, sociálně právní a pod.) a vytváří podmínky pro optimální vývoj dětí ve všech jeho složkách. Péče je poskytována na základě moderních poznatků teorie a praxe tak, aby mohly být uspokojovány v maximální možné míře všechny potřeby dítěte.
2. Zařízení prověřuje ve spolupráci s příslušnými orgány OSPOD, zda trvají důvody, pro které bylo dítě přijato. Ve spolupráci s nimi a dalšími institucemi dbá na to, aby pobyt dítěte v zařízení byl co nejkratší.
3. Při stanovení maximální doby pobytu dítěte v zařízení je nutné respektovat současné právní úpravy, zejména dobu trvání rozhodnutí soudu. Z odborného hlediska se za nejzazší délku pobytu dítěte považuje doba 6 měsíců.
4. Přijetím dítěte do zařízení nezanikají rodičům práva a povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, pokud soudem není rozhodnuto jinak. Zařízení může uzavřít dohodu s rodiči o příspěvku na úhradu nákladů na pobyt dítěte v zařízení.
5. Zařízení vytváří podmínky, aby rodiče mohli být s dítětem v pravidelném osobním kontaktu a sleduje jejich vzájemnou interakci a její přínos pro dítě. Zařízení napomáhá rodičům upravit jejich poměry tak, aby se dítě v co nejkratší době mohlo vrátit zpět do rodiny.
6. Zařízení vypracovává vnitřní řád pro návštěvy rodiče v zařízení, ve kterém je stanoveno, že tyto návštěvy musí respektovat denní režim a aktuální zdravotní stav dítěte. Četnost návštěv je individuální podle zájmu a potřeb dítěte a podle možností rodičů, v optimálním případě denně, minimálně však 1x týdně.
7. Průběh návštěv je zaznamenáván do dokumentace dítěte a stvrzen podpisem rodičů.

V. Péče o děti v zařízení

1. Péče o děti je komplexní (viz kap. IV, odst. 1), má výrazně interdisciplinární charakter.
2. Péče o dítě je zásadně individuální, zohledňuje jeho potřeby a zájmy, přizpůsobuje se rodinnému prostředí a respektuje sourozenecké skupiny.
3. Péče se odehrává ve skupinách dětí s optimálním počtem 4 dětí na 1 pečující osobu, která využívá při ošetrovatelské a výchovné péči poznatky známých dostupných metodik (např. forma rituálů dle Damborské).
4. Personální obsazení zařízení je v souladu se zákonem č. 95/ 2004, Sb., ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a odpovídá doporučenému normativu (viz příloha). Základem je týmová práce. Dle příslušného personálního klíče se o děti starají lékaři (pediatři), psychologové, dětské sestry (všeobecné sestry se specializací na pediatrii), ošetrovatelky, popř. speciální pedagogové (dle věkového složení dětí). Nezbytnou součástí týmu jsou sociální pracovníce a rehabilitační sestry, popř. další terapeutický personál. Strukturu zaměstnanců doplňuje pomocný a technický personál.
5. Materiálně - technické vybavení umožňuje poskytovat péči uvedenou ve zřizovací listině. Nezbytnou součástí je vybavení k resuscitaci a poskytnutí první pomoci.
6. Zdravotní péče spočívá v provádění pravidelných preventivních prohlídek v souladu s vyhláškou č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších

předpisů, v očkování v souladu se zákonem. č. 258/2000 Sb, o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů. Řeší se akutní i chronické stavy dítěte s vypracováním krátkodobého i dlouhodobého léčebného plánu. Vyšetřovacími metodami ve shodě s moderními poznatky lékařské vědy se určuje diagnóza a prognóza dalšího vývoje dítěte.

7. Rehabilitační péče je poskytována formou ambulantní i lůžkovou. Využívá moderních poznatků vědy a je přísně individuální. Dbá se na spolupráci rodičů, zejména v jeho zácviu v této péči.

8. Psychologicko - výchovná péče je poskytována v rámci individuálně vypracovaných výchovných plánů, které se průběžně kontrolují minimálně 1x měsíčně. Podílí se na ni kromě psychologa i ostatní personál.

9. Sociálně právní ochrana vychází především ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a ze zákona č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Spočívá v hájení zájmu a prospěchu dítěte v duchu Úmluvy o právech dítěte. Pracovníci zařízení:

a) v čele se sociální pracovníci sledují zájem rodičů o dítě (návštěvy rodičů v zařízení viz. kapitola IV a další důležité okolnosti, které vypovídají o situaci dítěte, zejména ve vztahu k vlastním rodičům),

b) neprodleně oznamují OSPOD děti vhodné pro NRP,

c) jsou v pravidelném kontaktu s příslušnými OSPOD, popř. se soudy,

d) pravidelně tyto orgány informují o všech skutečnostech, které doplňují či mění stávající sociální situaci dítěte, popř. jeho zdravotní stav,

e) umožňují pověřeným pracovníkům OSPOD návštěvu dítěte v zařízení (zákon č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a nahlédnutí do sociální dokumentace dítěte,

f) připravují podklady pro jednání aktivu pro NRP příslušného krajského úřadu,

g) v součinnosti s OSPOD se podílejí na opatřeních vedoucích k sanaci dysfunkční rodiny dítěte,

h) jsou připraveni poskytovat rodičům dítěte (vlastním, popř. náhradním) umístěného v zařízení poradenskou péči v oblasti sociálně právní ochrany,

i) dbají přitom důsledně na ochranu zájmu a prospěchu dítěte včetně ochrany osobních dat dítěte,

j) podílejí se na přípravě budoucích žadatelů o NRP.

10. Prostorové vybavení zařízení odpovídá moderním požadavkům na péči o dítě. Zařízení je členěno na ambulantní a lůžkovou část.

a) ambulantní část tvoří, a to vždy s příslušným vybavením:

- ordinace (vyšetřovna) lékaře,

- pracovna psychologa,

- kancelář sociální pracovnice s prostorem pro přijímání návštěv,

- místnost pro návštěvy rodičů či žadatelů o NRP s herním prostorem pro dítě,

- pracovny dalších terapeutů (rehabilitační sestra aj.),

b) lůžkovou část tvoří jednotka ložnice, obývací místnosti (herny) a hygienického koutku pro dítě:

- obývací místnost (herna) musí být prostorná, vybavena pestrým zařízením pro volný pohyb a hru dítěte, které musí odpovídat požadavkům vyhlášky č. 84/2001 Sb., o hygienických požadavcích na hračky a výrobky pro děti do 3 let,

- ložnice má být maximálně pro 4 děti (postýlky), přizpůsobena dle věku dítěte,

- obývací místnost (herna) a ložnice mohou tvořit společný celek v rámci zařízení rodinného typu,
- hygienický koutek obsahuje přebalovací stůl, vanu či umyvadlo pro koupání a sprchování dětí.

11. Režim pobytu se přizpůsobuje věku dítěte, stupni jeho vývoje a zdravotnímu stavu. Je vyhrazena dostatečná doba pro spánek, pro odpočinek a hru, pro krmení, ošetřování a další pečovatelské úkony. Odpočinek i „odpolední“ spánek děti tráví podle klimatických podmínek na vzduchu ve volné přírodě, pobyt venku je i součástí výchovného herního programu.

12. Nejméně 1x ročně děti starší 1 roku věku vyjíždějí na ozdravné pobyty v délce minimálně 1 týdne.

VI. Pobyt matek, resp. rodiče nebo zákonného zástupce (dále jen „matky“) dětí v zařízení

1. Matku s dítětem lze do zařízení přijmout na žádost orgánu sociálně právní ochrany dětí, na základě předběžného opatření soudu nebo na vlastní žádost se souhlasem vedení zařízení z těchto důvodů:

- a) diagnostických (např. závislost na návykových látkách, podezření na sy. CAN u dítěte, psychiatrické diagnózy),
- b) výchovných (např. matka neumí, resp. nezvládá péči o dítě),
- c) zácviku
 - v základní péči o dítě,
 - v péči o handicapované dítě,
 - v rehabilitaci dítěte,
 - před propuštěním dítěte do NRP,
- d) utajeného (diskrétního) porodu,
- e) okamžité pomoci (jako azylové zařízení).

2. Matka pečuje o své dítě systémem rooming-in, zpravidla pod dohledem odborného ošetrovatelského personálu.

3. Pobyt matky se řídí vnitřními předpisy zařízení.

4. Z důvodu uvedeného v bodě 1d) se těhotná matka přijímá v dostatečně dlouhé době před porodem

5. Utajený (diskrétní) porod znamená, že matka přichází k pobytu před porodem dle svého rozhodnutí. Porod je zajištěn po domluvě s matkou na příslušném gyn. por. odd. Po porodu je matka umístěna na gyn. por. odd. a dítě po pobytu na novoroz. odd. je přeloženo do zařízení. Sociální pracovníce je nápomocna matce při poskytnutí všech informací týkajících se eventuelního umístění dítěte do NRP. Současně matce zajišťuje kontakt s OSPOD, zejména při eventuálním podpisu souhlasu s osvojením podle platných právních norem, se získáním dávky porodného aj.

VII. Propuštění dítěte ze zařízení

1. Dítě se propustí ze zařízení trvale, jestliže pominuly důvody jeho pobytu:

- a) do péče vlastní rodiny

- bez souhlasu příslušných orgánů (OSPOD, soud), bylo-li umístěno na žádost rodičů,

- jestliže byla soudem zrušena ústavní výchova nebo bylo zrušeno či zaniklo předběžné opatření soudu, na jehož základě bylo dítě do zařízení umístěno,

b) do péče jiných osob než rodičů pouze po souhlasném vyjádření obou rodičů, popř. na základě rozhodnutí soudu o svěřeni do péče,

c) do náhradní rodinné péče formou,

- osvojení,

- pěstounské péče vždy pouze na základě rozhodnutí soudu nebo rozhodnutí OSPOD o svěřeni dítěte do předadopční péče nebo předpěstounské péče,

d) do péče jiného zařízení (např. ústav sociální péče, dětské domovy v gesci resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy),

- po dohodě s tímto zařízením,

- v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou či předběžným opatřením po dohodě s OSPOD.

2. Dítě se propustí ze zařízení dočasně, jestliže to vyžaduje jeho zdravotní stav, psychický, citový i sociální vývoj, popř. jiné okolnosti:

a) v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou nebo předběžným opatřením na přechodný pobyt k rodičům nebo jiným fyzickým osobám (včetně budoucích náhradních rodičů) na dobu nejvýše 14 kalendářních dnů při jednom pobytu pouze se souhlasem OSPOD dle místa bydliště dítěte a místa bydliště navštívených,

b) do příslušného lůžkového zdravotnického zařízení, vyžaduje-li to zdravotní stav dítěte (dětské oddělení, ozdravovna, dětská odborná léčebna).

Doporučený počet pracovníků pro kojenecké ústavy (KÚ) a dětské domovy (DD) do 3 let věku

příloha metodického pokynu MZ zn. 24039/2005

doporučený počet zaměstnanců na 100 lůžek/míst v KÚ+DD do 3 let věku	
lékaři	3
jiní odborníci s VŠ kvalifikací (psycholog, logoped., pedagog, fyzioterapeut a jiní)	4
sociální pracovníci	2
rehabilitační pracovníci	2*)
SZP + NZP	celkem 56 z toho 20% NZP*)
celkem	67

Poznámka:

SZP - tzv. střední zdravotnický personál (dětské sestry, všeobecné sestry se specializací na pediatrii)

NZP - tzv. nižší zdravotnický personál (ošetřovatelky)

Pokud v KÚ + DD do 3 let věku jsou oddělení umístěna ve více budovách či podlažích, je nutno upravit normativy tak, aby byla zajištěna nepřetržitá přítomnost SZP na každém podlaží.

*) Pokud v KÚ+DD do 3 let věku tvoří děti s handicapem více než 30% všech dětí, doporučuje se navýšení doporučeného počtu pracovníků