



Metodika projektu

Multidisciplinární praxe pro ohrožené děti

Tato metodika vznikla jako součást projektu *Multidisciplinární praxe pro ohrožené děti*, reg. č.: CZ.03.2.X/0.0/0.0/17_076/0011443, který byl finančně podpořen ze zdrojů Evropského sociálního fondu EU, z rozpočtu ČR v rámci Operačního programu zaměstnanost.



Obsah

Úvod	3
1. Cíl sociálně aktivizační služby	4
2. Tvorba multidisciplinární sítě	6
3. Nástroje multidisciplinární spolupráce	8
4. Multidisciplinární spolupráce v oblastech	10
4.1. Dítě ohrožené týráním a zanedbáváním	10
4. 2. Závislý rodič v rámci SPOD	16
4. 3. Rodič s psychiatrickým onemocněním v rámci SPOD	18
Závěr	22



Úvod

Text, který máte před sebou, si klade za cíl popsat realizaci projektu zaměřeného na vytváření multidisciplinární spolupráce v rámci tématu ohrožených dětí. Projekt byl realizován sociálně aktivizační službou pro rodiny s dětmi, pro níž je vzájemné propojování se s odborníky v rámci podpory ohroženého dítěte nedílnou součástí práce s rodinou.

V první části osvětlujeme východiska a kontext vzniku projektu a proces vytváření multidisciplinární sítě. Následně představujeme jednotlivé nástroje, prostřednictvím kterých jsme realizovali multidisciplinární spolupráci. V poslední části naleznete konkrétní popisy spolupráce mezi odborníky v následujících oblastech:

- dítě ohrožené týráním a zanedbáváním,
- závislý rodič v rámci sociálně-právní ochrany dítěte (SPOD),
- rodič s psychiatrickým onemocněním v rámci SPOD.

Snažili jsme se přitom nejen o představení dobré praxe, ale rovněž jsme chtěli upozornit na slepá místa nebo oblasti, kde se pohledy jednotlivých aktérů sítě mohou rozcházet.



1. Cíl sociálně aktivizační služby

Cílem sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (dále jen SAS) je podporovat rodiny v tom, aby co nejvíce samostatně vytvářely podnětné a bezpečné prostředí pro zdravý vývoj a růst svých dětí. Služba pracuje s klienty, s rodiči i s dětmi, v jejich přirozeném prostředí, s intenzitou zpravidla jednou týdně. Během spolupráce získává služba komplexní pohled na životní situaci rodiny skrze mapování jejich potřeb.

Rodiny, které se SAS spolupracují, se často potýkají s více **obtížnými životními situacemi** najednou. Jsou to např. nezvládnutí výchovy a péče o děti, neplnění školní docházky, nevyhovující bytové podmínky, nedostatek financí, zdravotní problémy některého z členů rodiny, ...). V rodinách se mohou kumulovat různé **sociálně nežádoucí jevy** (např. týrání, zanedbávání nebo zneužívání dětí, kriminalita, domácí násilí, sebevražedné tendence, závislosti, apod.) Děti často nemají navázanou bezpečnou citovou vazbu a musí se vyrovnávat s vývojovými traumaty. Pokud v rodině nedojde k nějaké výrazné změně, přenášejí se často tyto jevy na další generace.

Děti vyrůstající v těchto rodinách označuje *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí* jako ohrožené, proto se stávají klienty orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Zde se cílové skupiny SAS a OSPOD prolínají. Z tohoto důvodu je nutné, aby SAS a OSPOD úzce spolupracovaly. Tato spolupráce musí být zároveň metodicky ukotvená.

V rámci prvního realizovaného projektu **Sítování pro rodiny** jsme se proto zaměřili na metodické nastavení a prohloubení spolupráce SAS a OSPOD v rámci města Brna.¹ V průběhu realizace projektu jsme si uvědomili, že pokud chceme dospět ke skutečně efektivnímu řešení životní situace rodiny, je nezbytné zapojit do spolupráce další odborníky. Aktéři, kteří pracují s ohroženými dětmi, totiž působí v několika resortech (sociální věci, zdravotnictví, školství, justice, vnitro) a neexistuje mezi nimi systematické a fungující pevné propojení, které by zajišťovalo účinnou, koordinovanou, a v případě potřeby rychlou pomoc.

Z tohoto důvodu navazující projekt **Multidisciplinární praxe pro ohrožené děti** zapojuje další odborníky působící v několika resortech (sociální věci, zdravotnictví, školství, justice, vnitro), jejichž spolupráce přispěje k včasné a efektivní pomoci při řešení konkrétních případů ohrožených dětí a jejich rodin.

Odborníci a odbornice se v rámci projektu setkávají na různorodých aktivitách, na kterých společně hledají možnosti řešení aktuálních případů některého z kolegů, nebo sdělují své postupy na konkrétních modelových situacích klientů, které vycházejí přímo z jejich praxe.

¹ Metodika spolupráce SAS a OSPOD k nahlédnutí na webu: situjeme.cz.



Účastníci mají v rámci aktivit možnost sdílet svoje pohledy, dobrou praxi, vyjasňovat si „co funguje a co nefunguje“ a kde jsou „hluchá místa“, mají možnost si vzájemně vyjasnit svoje kompetence a role nejen v daném konkrétním případě, ale i pro další spolupráci.

Předpokládáme, že jednotlivé nástroje spolupráce povedou ke sladování postupů mezi zapojenými odborníky při práci s ohroženými dětmi a jejich rodinami, a v konečném důsledku i k efektivnější a včasnější podpoře ohrožených dětí a jejich rodin.



2. Tvorba multidisciplinární sítě

V první fázi projektu jsme vytvářeli multidisciplinární síť pro ohrožené děti a jejich rodiny v rámci Brna. OSPOD byly osloveny plošně, tzn. všechny městské části. Následně jsme si vytipovali odborníky z různých resortů (sociální práce, zdravotnictví, školství, justice, vnitro), kteří pracují s ohroženými dětmi, zjišťovali jsme jejich zájem, očekávání a vytíženost a také jsme se ptali, kdo další by z jejich pohledu měl být součástí multidisciplinární sítě.

Devatenáct z třidvaceti oslovených OSPOD v rámci města Brna projevilo zájem účastnit se aktivit v rámci projektu.

Spolupráci se nám podařilo navázat s odborníky z různých resortů:

- **Resort justice:** státní zástupce v opatrovnických řízeních s přesahem do trestního řízení.
- **Resort vnitra:** zástupci Policie České republiky (dále jen PČR). Hlavní překážkou v zachování anonymity účasti zástupců PČR na multidisciplinárních setkáních bylo, že pokud jsou v kazuistice uvedeny skutečnosti, které vedou k domněnce, že by mohl být spáchán trestný čin, mají orgány v trestním řízení povinnost zahájit úkony v trestním řízení. Nebylo by tedy možné zachovat bezpečný prostor pro nositele případu, kdy kazuistiky nejsou anonymizovány. Nakonec se jejich účast podařilo vyjednat, s tím, že všichni účastníci setkání budou informováni o povinnosti orgánů činných v trestním řízení zahájit trestní stíhání v případě, že se dozví o spáchání trestného činu.
- **Resort sociální práce:** sociální pracovníci, psychologové, terapeuti z různých sociálních služeb, např. SAS, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, terapeutických center a jiných.
- **Resort zdravotnictví:** sociální pracovníci, kliničtí psychologové, psychiatři, psychiatrické sestry ze zdravotnických zařízení (porodnice, dětské nemocnice) a zdravotně-sociálních služeb jako např. Centrum duševního zdraví (CDZ).
- **Resort školství:** školní psychologové, sociální nebo speciální pedagogové a další pedagogičtí pracovníci. Oslovení pracovníci vítali možnost setkání s odborníky z jiných oblastí. Uváděli, že nemají mnoho příležitostí setkat se s pracovníky OSPOD. Zmiňovali nedostatek informací o fungování a kompetencích OSPOD a o tom, co se bude dít, pokud např. „nahlásí“ rodinu na OSPOD.
- **Další odborníci:** právníci, vysokoškolská pedagogové, bytový ombudsman, Probační a mediační služba, střediska výchovné péče, Úřad práce a jiné.



- V rámci síťování se nám nepodařilo získat pro spolupráci zástupce **soudců a pediatrů**. Oslovení pediatři uváděli jako důvod nezapojení se do projektu zejména svou časovou vytíženost. Oslovení soudci působící v rámci opatrovnických řízení se rozhodli nezapojit zejména z důvodu zachování principu nestrannosti a nezávislosti. I přesto se domníváme, že existuje způsob, jak soudce do multidisciplinární spolupráce zapojit, aniž by byly tyto principy porušeny. Bylo by možné např. soudce zapojit do aktivit, kde se řeší pouze modelové situace, kde by se mohli seznámit s pohledy dalších odborníků, k čemuž nemají běžně příležitost. Nezapojením soudců tedy došlo k tomu, že vypadl pohled významného aktéra, který má ale zároveň zásadní kompetence a vliv na další život ohrožených rodin.

Absence pediatrů v multidisciplinární síti vnímáme jako problém, neboť jsou to právě oni, kteří se mohou jako první setkat se závažnou situací, která ovlivňuje dítě. Zároveň mají hodně informací o dítěti a rodině, které mají dlouhodobý charakter; vnímáme jako velmi žádoucí, aby byli součástí sítě. Zkušenost ze zahraničí, např. integrovaný sociálně-zdravotní systém v Itálii (přednáška Daniely Vidoni z Terstu, které se náš tým zúčastnil), nám ukazuje výhody a nezbytnost tohoto zapojení pediatrů.



3. Nástroje multidisciplinární spolupráce

Workshop pro odborníky

Jde o příležitost sladit postupy aktérů sítě (kteří se běžně na odborných setkáních nepotkávají) na příkladech modelových situací vycházejících z praxe. Aktéři měli možnost vzájemně si vyjasnit kompetence a role v rámci své odbornosti a pokusit se metodicky nastavit spolupráci v kontextu dané problematiky.

Interdisciplinární skupina

Má za cíl hledání metodických postupů práce s využitím různých pohledů zapojených odborníků. Aktéři sítě mají možnost přinést aktuální „živý“ případ a hledat řešení s pomocí dalších odborníků, kteří nejsou do případu nijak zapojeni. Během realizace vyplynulo, že tím, kdo případ do skupiny přináší, by měl být OSPOD, který má komplexní informace o životní situaci ohroženého dítěte a koordinuje a plánuje další postup práce s rodinou.

Hlavním přínosem je získání nových náhledů na situaci od odborníků, kteří nejsou v případě nijak angažováni, ale mají zkušenosti s danou problematikou; mohou tedy přinést „nové světlo“ do případu. Nositel případu odchází s konkrétními návrhy, jak v případě dále postupovat a případně koho dalšího přizvat ke spolupráci. Pro kvalitu IDS je nutné zajistit odborníky z klíčových oblastí potřebných pro řešení daného případu. Překážkou pro aktivní zapojení pracovníků OSPOD může být obava, že dojde ke kritice jejich pracovních postupů.

Expertní případové setkání

Účastní se odborníci zapojení do konkrétního případu. Zde je nositelem případu vždy OSPOD. Tento nástroj lze využít hlavně v situacích, kdy je potřeba:

- rychle reagovat na krizovou situaci v rodině (koordinační setkání),
- hledat možnosti řešení s odborníky zapojenými do případu v situaci, která je dlouhodobě špatná a nikam se neposouvá.
- OSPOD chce zrevidovat dosavadní postup a zároveň získat komplexní pohled skrze různé odborníky zapojené do případu.

Po každém expertním případovém setkání je nutné zvolit vhodný participativní nástroj (IPK, PK, RK apod.), kterým zajistíme vtažení klienta do řešení jeho životní situace. V rámci expertního případového setkání by nemělo docházet k plánování postupu pouze odborníky a řešení životní situace klienta bez jeho zapojení. Je potřeba myslet na to, že expertem na svoji životní situaci je vždy klient.



Případová konference / Interaktivní případová konference

Participativní nástroj případové konference (PK), byl již odbornou literaturou mnohokrát odborně zpracován. Proto zde zmiňujeme např. definici organizace Rozum a cit: *„Případová konference je plánované a koordinované společné setkání všech, kteří představují, nebo mohou představovat, podpůrnou síť pro dítě a jeho rodinu. Cílem PK je výměna informací, zhodnocení situace dítěte a jeho rodiny, hledání optimálního řešení a plánování společného postupu, který povede k naplňování potřeb dítěte.“*

V rámci multidisciplinární spolupráce považujeme za významné zmínit, že pro hladký průběh organizace a realizace PK, která zajistí bezpečný prostor pro klienty, je nezbytné, aby jak svolávající (OSPOD), tak i organizátor znali a přijali principy případové konference. Zde se nám osvědčilo mít je sepsané a vyjednat je s OSPOD dříve, než přistoupíme k samotné organizaci.

Zároveň zastáváme názor, že by v co největší možné míře měl být využíván nástroj IPK, který činí z dítěte nejvýznamnějšího účastníka.



4. Multidisciplinární spolupráce v oblastech

Následující část se věnuje praktickému představení možností fungování multidisciplinární spolupráce na konkrétních kazuistikách. Jsou to témata, která sociálně-právní ochrana často řeší a kde je multidisciplinární spolupráce naprostou nutností. Při práci s kazuistikami jsme vycházeli z teorie potřeb a jejich naplňování a z vyhodnocování rizik. Přítomní odborníci měli možnost nahlédnout do případu očima dalších aktérů a optikou odlišných kompetencí, než kterými disponují oni.

4.1. Dítě ohrožené týráním a zanedbáváním

Týrání dítěte můžeme definovat jako „*neúměrné a opakované fyzické a psychické trestání, kdy rodiče svou hrubostí a bezcitností a zlým nakládáním ohrožují zdraví dítěte nebo jeho vývoj*“.² Fyzické týrání je vždy doprovázeno týráním psychickým. Naproti tomu psychické týrání dítěte nemusí být vždy doprovázeno fyzickým týráním.

Zanedbávání můžeme definovat jako „*situaci, kdy potřeby dítěte nejsou adekvátně uspokojovány, což vede k ohrožení jeho života, zdraví nebo vývoje*“.³

Týrané nebo zanedbávané děti často nejsou schopny na jednání svých rodičů samy upozornit, jednak ho vnímají jako normu, protože nic jiného nezažily, a jednak jsou na svých rodičích citově a existenčně závislé. O tom, co se děje u nich doma, často nemluví nebo se to snaží skrývat. Ze zkušeností, které prezentovali pracovníci krizového centra (KC) vyplynulo, že i týrané a zanedbávané děti své rodiče milují a nechtějí o ně přijít. Čím déle jsou tyto děti mimo svůj domov (např. v KC) tím větší obavu mají, že už se domů nevrátí, a tím méně jsou ochotné mluvit o tom, k čemu u nich doma docházelo.

Školská a zdravotnická zařízení jsou často těmi prvními, kdo mohou upozornit na nějakou formu týrání nebo zanedbávání a je velmi důležité, aby odborníci, kteří zde pracují, uměli vyhodnotit, zda je dítě ohrožené. Tato znalost je významná zejména u psychického týrání a zanedbávání, neboť je těžší ho identifikovat a rovněž určit jeho závažnost a posoudit, zda je třeba se již obrátit na OSPOD.

Školští pracovníci by měli být vzděláni v oblasti zjišťování naplňování potřeb a měli by být schopni identifikovat dítě, které je potenciálně ohrožené.

Školským a zdravotnickým zařízením zákon o sociálně-právní ochraně dětí přímo ukládá povinnost oznámit OSPODu skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o dítě ohrožené dle § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dítěte. V případě některých trestných činů, např. týrání svěřené osoby, je dle trestního zákoníku dána oznamovací povinnost také vůči orgánům činným v trestním řízení.

2 <https://sancedetem.cz/tyrani-fyzicke-psychicke>.

3 Zanedbávání dětí, Pemová, Ptáček, str. 34.



OSPOD má dle zákona povinnost pravidelně vyhodnocovat situaci dítěte a jeho rodiny. Činí tak ve spolupráci s dalšími odborníky, které s dítětem a jeho rodinou spolupracují (školská zařízení, zdravotnická zařízení, sociální služby). Vyhodnocuje, jakým způsobem ovlivňují rodičovská kompetence a prostředí dítěte naplňování jeho vývojových potřeb v oblasti zdraví, vzdělávání, emočního vývoje a chování, rodinných a sociálních vztahů, sociální prezentace, identity, samostatnosti a sebeobsluhy. V rámci analýzy situace a potřeb dítěte se mapují rizikové a ochranné faktory.

Je třeba zdůraznit, že kromě sociálně-právní ochrany se zde dotýkáme i roviny trestní. Případají zde v úvahu tyto trestné činy: opuštění dítěte nebo svěřené osoby, zanedbání povinné výživy, ohrožení výchovy dítěte, týrání svěřené osoby.

Modelová situace I.

Základní rodinu tvoří matka a tři děti; dvě starší děti mají stejného otce, který platí alimony, ale s dětmi se nevidá. Otec nejmladší dcery zemřel. V posledních měsících se stal členem domácnosti i přítel matky. V minulosti tvořili domácnost předchozí partneři matky, kteří nebyli otcové děti. Rodina žije v městské ubytovně na malém městě. Dvě starší děti docházejí do místní mateřské školy (MŠ). Nad dětmi byl stanoven soudní dohled v době velmi konfliktního rozchodu matky s otcem nejmladší dcery. Základní péče o děti je zajištěna, tzn. s dětmi matka dochází pravidelně k lékaři, mají vhodnou stravu, hygienu.

MŠ nahlásila OSPODu, že dvě starší děti přišly do školky viditelně zbité, měly podlitiny na hýždích. Matka a její partner vypadali překvapeně, že se tato situace na OSPODu řeší. Partneři se k tomu vyjadřují následovně: „Syn měl nějakou vyrážku a popraskanou pusou, měl to do krve, neustále si to škrábal, ačkoliv jsem ho několikrát upozornila, že to dělat nemá. Chtěla jsem docílit toho, aby se přestal škrábat a proto dostal vařečkou na zadek. Starší dcera v noci prstem rozškubala matraci. Věděla, že to dělat nemá. Dostala vařečkou na zadek.“

Pracovnice OSPOD podává trestní oznámení a následně proběhne návštěva PČR v rodině.

Ze šetření pracovnice OSPOD vyplývá: Matka a její partner mají vůči dětem vysoké požadavky a nepřiměřená očekávání s ohledem na věk dětí. Za prioritu ve výchově považují poslušnost, kterou u dětí dosahují nadměrným používáním trestů. Pracovnice OSPOD přizývá ke spolupráci SAS. Ze zjištění SAS: Fyzické tresty prý děti dostávají



výjimečně, běžně děti za trest klečí nebo musí psát písmenka. Dále uvedli, že fyzické tresty znají ze svého vlastního dětství, považují je za normální, a ani neví, jak by situaci řešili jinak.

Následovali dvě návštěvy OSPOD, dvě návštěvy SAS, trojstranná schůzka (OSPOD, SAS, matka a partner) s výstupy: Došlo k posunu ohledně „večerky“, kdy děti už nemusí chodit spát v šest hodin. Dle matky děti chodí spát po sedmé hodině, ve chvíli, kdy už jsou opravdu unavené. Rodiče uvádějí: Tu vařečku teď nepoužíváme, poněvadž víme, že se to nesmí.

Od nahlášení MŠ po šetření OSPOD uběhly dva měsíce.

V rámci této kazuistiky se nabízejí dvě varianty, které mohou nastat potom, co OSPOD přijme oznámení ze školky na podezření z týrání dítěte. Obě dvě varianty zahrnují trestně-právní rovinu i rovinu sociálně-právní ochrany dítěte.

1. V rámci **předběžného opatření** (do 24 hodin dle zákona o zvláštních řízeních soudních) může dojít k dočasnému **umístění** dítěte do **neutrálního prostředí**, nejčastěji zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (běží opatrovnické řízení, kde se bude rozhodovat, zda se děti vrátí zpět nebo budou umístěny mimo původní rodinu) a souběžně s tím dochází k podání trestního oznámení na státní zastupitelství a PČR.

Důvodem umístění dítěte do neutrálního prostředí je ochrana dítěte, zároveň na dítě není činěn nátlak ze strany rodičů a dostane odbornou psychologickou pomoc.

2. Další možností je, že dítě zůstává v rodině a zároveň OSPOD podává trestní oznámení. PČR řeší věc odděleně v rámci trestního řízení, zatímco OSPOD řeší situaci v rámci svých kompetencí podle zákona o OSPOD, tedy působí na rodiče, aby odstranili nedostatky ve výchově dítěte, a činí různá výchovná opatření. Může také uložit nebo nařídit spolupráci s odbornými službami.

Zapojení odborníků a jejich role

- MŠ se obrací na OSPOD. MŠ dále sleduje projevy a změny chování u dítěte a podává pravidelné zprávy OSPOD.
- Orgány činné v trestním řízení (OČTŘ)⁴ – trestní oznámení je možné podat na PČR a na státní zastupitelství. Dítě je vnímáno jako zvlášť zranitelná oběť⁵, nemělo by být vyslýcháno opakovaně, aby nedocházelo

4 Orgány činnými v trestním řízení (OČTŘ) se dle § 12 Trestního řádu rozumějí soud, státní zástupce a policejní orgán.

5 Zákon č. 45/2013 Sb. zákon o obětech trestných činů, §20.



k jeho sekundární viktimizaci. PČR zahajuje úkony trestního řízení, probíhají výslechy rodinných příslušníků, MŠ a všech zapojených odborníků, spolupracujících s OSPOD. Výsledkem fáze prověřování mohou být tři možnosti: odložení věci, zahájení trestního stíhání nebo jiné vyřízení věci (přestupkové řízení).

- OSPOD je koordinátorem případu, který plánuje a vyhodnocuje proces práce s rodinou. Informuje rodiče ohledně toho, co je nepřijatelné, co se musí změnit a jak bude postupovat, pokud ke změně nedojde. V úseku do 30 dní vypracuje podrobné vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny ve spolupráci s odborníky a institucemi, které přicházejí do kontaktu s rodinou (podrobné vyhodnocení potřeb dítěte včetně rizikových a ochranných faktorů). Na základě vyhodnocení ve spolupráci s rodinou vypracuje individuální plán ochrany dítěte, případně uspořádá případovou konferenci. Dále doporučí nebo nařídí rodině spolupráci s odborníky.
- SAS pracuje v přirozeném prostředí rodiny. Spolupracuje s rodinou na zlepšení rodičovských kompetencích. Práce SAS má dlouhodobý charakter a sleduje cíl stabilizace rodiny. Součástí je intenzivní práce s dětmi.
- KC nabízí ambulantní a pobytové služby a řeší krizové situace. Ambulantní služby může využít celá rodina, je zde poskytována včasná psychologická podpora pro děti.
- SAS i KC mohou s rodiči pracovat na nastavování pravidel a hranic a využívání adekvátních výchovných metod.



Modelová situace II.

Rodinu tvoří rodiče a tři nezletilé děti (Martin 11 let, Sára 6 let a Davídek 2,5 roku). Partnerství trvá již 25 let, žijí ve společné domácnosti. Otec má občasně brigády, nemá pracovní smlouvu, na náklady domácnosti přispívá minimálně. Vznikají dluhy. Otec se do výchovy a péče o děti nezapojuje. Otec každodenně konzumuje alkohol venku i doma. Často dochází k fyzickým útokům vůči matce, čemuž jsou přítomny i děti. Otec bývá vulgární a slovně agresivní vůči nejstaršímu synovi.

Matka uvádí, že dochází k hádkám každý den, zmínila se, že ji partner napadl, kopnul ji do břicha a do zad, třikrát ji ohrožoval střelnou zbraní. Uvádí, že je vyčerpaná, nemá sílu, děti ji štvou a chce klid. Matka je dle pozorování sociální pracovnice SAS viditelně velmi unavená, na děti často křičí.

Děti tráví volný čas na mobilu, nejstarší syn má velké absence ve škole. Dvě mladší děti se neúčastní předškolního vzdělávání. Děti jsou nicméně hodnoceny ve škole jako nadané. Jakékoliv volnočasové aktivity matka odmítá s tím, že nemá čas děti doprovázet. Nejmladší syn Davídek má většinou v puse dudlík, nemluví. V noci se často se budí, přes den hodně pláče. Na mobilu si pouští online videa, nemá žádné hračky, tráví většinu času i během dne v postýlce s ohrádkou. Je velmi vázaný na svou matku a staršího bratra. Matka s dítětem dochází pravidelně k lékaři, nyní jsou objednaní na neurologii z důvodu, že málo spí. Davídek je pravidelně přítomný situacím, kdy otec fyzicky útočí na matku. Davídek nemá nastavené žádné hranice ani pravidla. Učí se převážně od svých sourozenců. Matka uvádí, že je Davídek agresivní, útočí na zvířata, je zlý na ostatní děti.

Nenaplněné potřeby v důsledku, kterých dochází k ohrožení dítěte

Všechny tři děti, Martin, Sára i Davídek, jsou svědky domácího násilí v rodině a v důsledku toho u nich není naplněna **potřeba bezpečí a ochrany**. Dítě, které je byť pasivně vystaveno domácímu násilí, je považované za týrané a je potřeba na něho takto nahlížet. Do případu by měl být zapojen odborník, který bude pracovat s osobou dopouštějící se násilí. OSPOD může nařídit spolupráci s organizací, která pracuje s agresory. Matku je možné motivovat k navázání se na organizaci pracující s tématem domácího násilí (intervenční centrum). Odborníci⁶ poukazují na zkušenost z praxe, že čím déle oběť domácího násilí setrvává ve vztahu, tím menší je pravděpodobnost, že z tohoto vztahu odejde.



OSPOD má vždy na zřeteli ochranu zájmů dítěte. Musí zvážit, do jaké míry (nebo do jaké chvíle) poskytovat podporu matce jako oběti, a v jaké chvíli se zaměřit na dítě a zvážit, zda mají nadále setrvávat v rodině. Dlouhodobé setrvání v takových podmínkách přináší nevratné poškození do budoucího života dítěte.

U každého dítěte se mohou nenaplněné potřeby lišit, každé dítě má tedy svůj individuální plán ochrany dítěte (IPOD):

- Martin je vystaven násilí jako takovému ze strany otce. OSPOD přizývá PČR, může se jednat o trestní čin (týrání svěřené osoby nebo ohrožení výchovy dítěte). Nejstarší syn má vysoké absence ve škole, je ohrožena jeho **potřeba učit se**.
- U Sáry je neuspokojena vývojová **potřeba učit se**. Sára nenastoupila do povinného předškolního vzdělávání. Neúčast v přípravném ročníku v kombinaci s výrazně nepodnětným prostředím zvyšuje pravděpodobnost, že dítě ve vzdělávacím procesu neuspěje. Dítě je hned na začátku připraveno o možnost vzdělávat se, aniž by mělo možnost to nějakým způsobem ovlivnit. OSPOD plánuje intervence se zřetelem na faktor času, aby dítě nebylo připraveno o příležitosti hned na začátku. V tomto věku dítěte musí tuto situaci OSPOD vnímat jako vysoce ohrožující. U dětí, které žijí v prostředí sociálního vyloučení, v nepodnětném prostředí, je naprosto nezbytné, aby se účastnily předškolní vzdělávání. Z hlediska trestního řízení by mohlo jít o ohrožování výchovy dítěte.
- Davídek je výrazně ohrožen z hlediska nedostatku **stimulace a podnětů** nezbytných pro jeho zdravý vývoj. OSPOD požádá o zprávu pediatra, je třeba, aby položil konkrétní otázky, např. na vývoj řeči, psychomotorický vývoj. SAS může pracovat na zvyšování rodičovské kompetence v této oblasti potřeb, tzn. jak poskytovat dítěti podněty, které vývojově potřebuje. OSPOD by se měl zabývat i tím, jestli zároveň nedochází k citové deprivaci.

OSPOD průběžně vyhodnocuje, zda intervence naplánované k podpoře rodiny, vedou ke snížení ohrožení dítěte.



4. 2. Závislý rodič v rámci SPOD

„Závislostí se v užším kontextu rozumí dlouhodobý, trvalý vztah k někomu nebo k něčemu, vycházející z pocitu silné touhy nebo potřeby toto uspokojit. Takový stav ovlivňuje jednání závislého člověka a omezuje jeho svobodu.“

Závislost na alkoholu nebo nealkoholových drogách jednoho nebo obou rodičů vždy znamená významný rizikový faktor pro děti, které vnímáme jako ohrožené. Má velký dopad na kompetenci rodiče vhodně reagovat a uspokojovat potřeby dítěte, neboť za určitých okolností prioritou získává droga. V rámci sociálně právní ochrany je důležité si být vědom toho, že:

- situace se může rychle měnit;
- je třeba často přehodnocovat, zda neroste ohrožení dítěte;
- je třeba zmapovat zdroje z okolí dítěte, které lze využít v rámci krizového plánu;
- je nutná práce s krizovým plánem.

Člověk, který je závislý, není schopen uspokojovat potřebu bezpečí a stability. Pro dítě je nepředvídatelný. Na stejné situace reaguje jinak a není schopen to ovlivnit. Je potřeba klást důraz na podrobné zmapování situace v rodině a pravidelné přehodnocování. OSPOD ve spolupráci se zapojenými odborníky pracuje na zmírňování rizika a neustále vyhodnocuje, zda ochranné faktory převažují nad rizikovými. V rámci multidisciplinární spolupráce je důležité, aby bylo dobře nastaveno předávání informací mezi jednotlivými odborníky.

Modelová situace III.

Rodinu tvoří matka, otec a 4 děti. Nejstarší syn a dcera jsou v pubertě, další syn je na prvním stupni ZŠ a nejmladšímu synovi jsou 3 roky. Nejmladší chlapec trpí onkologickým onemocněním. Otec pracuje, vrací se pozdě z práce, nárazově jezdí pracovat do zahraničí na delší časové úseky. Do rodiny patří ještě babička dětí (matka otce), která žije v bezprostřední blízkosti.

Matka má dlouhodobý problém se závislostí na alkoholu, který trvá přibližně 10 let. Absolvovala 4 léčebné pobyty v psychiatrické nemocnici. Abstinence matky trvá většinou 3–12 měsíců poté, co se vrátí z léčby. Postupně se rozpíje a přestává zvládat péči o domácnost a výchovu dětí. Největší propady jsou v době, kdy je otec mimo domov, v péči o mladší děti ji pak zastupuje babička a dvě starší děti. Z tohoto důvodu je domácnost zaopatřena (je uklizeno, nakoupeno atd.) i v období, kdy matka pije. Rodina je finančně zajištěna.



Matka má diagnostikovaný deprese a úzkosti, je medikována. Mluví o tom, že má často pocity viny, deprese, a to jsou chvíle, kdy sahá po pití. Matka někdy i na několik dní zmizí z domácnosti, tráví čas pitím s lidmi bez domova. Několikrát s sebou takto měla i nejmladší dítě, které pak musela dopravit domů policie.

Mezi matkou a otcem je pevný vztah, shodují se na tom, že se nechtějí rozvádět. Matka často mluví o tom, že manžel je pro ni nejdůležitější osoba v životě. Otec nemá problém s alkoholem, avšak doma si dá např. pivo, tudíž se v domácnosti vyskytuje alkohol. Do rodiny jezdí opakovaně policie. Někdy ji přivolá babička, protože je matka opilá, někdy je to z důvodu konfliktů se švagrovou. Děti chodí opakovaně k výslechům na policii. V době, kdy matka pije, je velký problém zajišťovat pravidelnou zdravotní péči o nejmladší dítě (jezdí s ním do nemocnice starší bratr nebo babička).

Nejstarší syn nyní ukončuje SOU, dcera nastupuje na SOU. Děti ve škole fungují dobře. V době, kdy matka nezvládala péči o děti, a otec nebyl přítomen (pracovně v zahraničí), byly dvě mladší děti svěřeny do péče babičky. Rodina žije na malé vesnici. Lidé ve vesnici vědí o matčině pití, jelikož je často venku opilá. Děti se za matku stydí. Na děti je kladena neúměrná zátěž, nemají volný čas, starší dcera je přetížená péčí o dva malé sourozence. Po poslední absolvované léčbě matky měla starší dcera za úkol kontrolovat a hlídat matčino pití. Nyní je nejmladší dítě stabilizované a mělo by začít docházet do školky. Matka by tedy chtěla jít na částečný úvazek do práce. V současnosti je matka stabilizovaná, užívá Antabus, ale v minulosti ho již měla a i přesto začala pít.

Zapojení odborníků a jejich role

- **OSPOD** jako koordinátor případu dohlíží na to, zda jsou zabezpečeny základní potřeby dětí. Na základě vyhodnocení potřeb dítěte se rozhoduje, zda podá návrh na výchovné opatření.
- **Sociální služba z oblasti adiktologie, eventuálně peer pracovník.** Adiktologické služby v tomto případě mohou nabídnout: testování na alkohol, terénní službu a terapeutickou péči (individuální a skupinová). Je možné využít i terapeutickou péči pro celou rodinu. Možnost propojení s psychiatrem.
- **SAS** nabízí pravidelná setkání s rodinou v jejich přirozeném prostředí. Práce s rodiči na zvyšování rodičovských kompetencí. Individuální práce s dětmi, např. mapování potřeb.



- **Dětská lékařka** sleduje, zda nejmladší dítě, které má za sebou onkologické onemocnění, prospívá.
- **Škola** může dětem poskytnout bezpečné místo, kde se mohou v případě potíží někomu svěřit (např. školní psycholog nebo výchovný poradce) a zároveň může poskytnout dětem volnočasové aktivity, které nebudou příliš finančně náročné. Učitel si jako první může všimnout zhoršení situace u dítěte a upozornit na něj.

4. 3. Rodič s psychiatrickým onemocněním v rámci SPOD

„Duševní onemocnění je porucha jednotlivých složek lidské psychiky, jako je chování, nálada, citění, která trvá určitou dobu a je tak intenzivní, že narušuje běžný život člověka.“⁷

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že každý čtvrtý člověk projde během života nějakou formou duševního nebo neurologického onemocnění, dle mezinárodní klasifikace sem spadá opravdu široké spektrum potíží – od schizofrenie přes demenci, depresi nebo poruchy osobnosti až po různé druhy závislostí.⁸

V rámci workshopu jsme se zabývali modelovou situací, kdy jeden z rodičů trpí psychotickým onemocněním.⁹ Rodič v určité akutní fázi své psychózy nemá náhled na své onemocnění. Člověk vnímá obtíže, ale nespojuje si je se svým onemocněním, ztrácí schopnost si říci o pomoc a schopnost vnímání reality. V důsledku této situace rodič nemusí zvládat péči o dítě a zároveň pro odborníka je obtížné s ním navázat spolupráci.

U těchto klientů je zvlášť potřebné, aby od všech odborníků přicházelo stejné sdělení, aby byli ve svých sděleních konzistentní a opakovali stejný typ informací.

S duševním onemocněním se ve společnosti stále pojí velké stigma.¹⁰ Rodič trpící duševním onemocněním a jeho blízcí se mohou v obavě z odhalení nemoci před okolím uzavřít v rámci užší rodiny a odmítat pomoc odborníků, což s se-

7 Jiří Raboch in Normální šílenství, str. 372.

8 In Normální šílenství.

9 Psychóza je závažný duševní stav, který lze definovat jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Je to vlastně disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Mění se vztah nemocného k realitě. Rozdíl mezi psychózou a neurózou spočívá v tom, že v psychóze postiženému chybí nadhled (svým bludům bezmezně věří), zatímco neurotický pacient si je změň ve vnímání vědom (a tyto vjemy je schopen alespoň částečně zpochybnit (In Wikipedie)).

10 Viz např. výzkumy stigmatizace od Národního ústavu duševního zdraví.



bou přináší prohlubování potíží. Lidé z blízkého okolí si v důsledku nedostatku informací mohou např. myslet, že určité chování může duševně nemocný člověk ovlivnit, ale nechce nebo jen nemá dostatečnou vůli.¹¹

Doporučení pro sociální pracovníky v práci s rodinou, kde jeden z rodičů trpí duševním onemocněním s psychotickými projevy:

- Je nutné **pracovat se všemi členy rodiny**, poskytnout jim **podporu a informace**. Dát jim kontakt na službu, která pracuje s rodinnými příslušníky, mohou se zapojit např. do svépomocných skupin nebo využít peer pečovatele.
- Vytvoření **krizového plánu** pro případ zhoršení zdravotního stavu klienta a nutnosti jeho hospitalizace.
- **Respekt a navázání vztahu důvěry** je pro práci a komunikaci s člověkem s psychózou velmi důležitý, znamená projevovat zájem o klienta jako o člověka, popisovat co vidím, např. že je smutná/ý, že mám o ni/něho starost. Mluvit o tom, v čem nejsou zabezpečeny potřeby dítěte, v čem je to pro dítě ohrožující. „*Mám o vás strach...*“, „*Mám strach o vaše dítě...*“ apod.
- Nerozporovat bludy, tzn. nevyvracet je racionálními argumenty, ale zaměřit se na prožívání a emoce klienta. Vyjádřit empatii pro jeho obavy, ale opustit faktickou podstatu bludu. Mluvíme s ním o strachu, který prožívá. Zjistit jakou funkci mají bludy v jeho životě (jak ten blud zasahuje do každodenního běhu rodiny).
- Vztah klienta ke světu (včetně vztahu k pracovníkovi samotnému) se mění, je to součástí jeho onemocnění a pracovník by s tím měl počítat. V praxi to znamená, že na jedné schůzce může být klient zcela spolupracující a orientovaný a na další schůzce tomu může být zcela naopak. Pracovník by neměl mít přehnaná očekávání v případě, že klient aktivně spolupracuje a zároveň by ho nemělo překvapit, pokud se klient např. projevuje výrazně hostilně a odmítá veškerou spolupráci.

Modelová situace IV.

Rodinu tvoří matka, otec a chlapec Honzík (3 roky). Matka byla ještě před narozením Honzíka hospitalizována a byla jí diagnostikována schizofrenie. V první fázi života Honzík (do dvou let), trávila čas s chlapcem zejména matka, která byla na rodičovské dovolené, otec



chodil do práce. Matka byla ve vztahu k dítěti pasivní. Se synem se příliš nemazala, nepovídala si s ním, většinu času trávila v nákupních centrech. Základní péče o syna byla zpočátku zajištěna (nebyla mu zima, neměl hlad). Mezi partnery docházelo k hádkám.

Matka nastoupila se synem do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) na dobrovolný pobyt (Honzíkovi byly cca 2 roky), mluvila o domácím násilí. Projevovala se úzkostlivě a ustrašeně. Domácí násilí se později neprokázalo, avšak matčin psychický stav se zhoršoval. Matka např. chtěla vylézt z okna s tím, že ji chce někdo zabít. Ve ZDVOP si sociální pracovnice všimly, že matka není schopna zajistit ani základní péči o dítě (krmení, přebalování). Matka ze ZDVOPu odešla sama, Honzík zde nechala. Nadále jej v zařízení navštěvovali oba rodiče, přičemž při setkání s matkou Honzík plakal, na otce se těšil a vítal ho.

V této situaci byla svolána PK. Tématem bylo vyřešení péče o Honzík. Na základě závěrů z PK byl Honzík svěřen do pěstounské péče na přechodnou dobu. Otec deklaroval zájem o syna, zároveň hovořil o tom, že již nechce pokračovat ve společném soužití s matkou Honzík a potřebuje čas, aby si uspořádal poměry tak, aby byl schopen péči o Honzík zajistit (práce, bydlení). Matka na PK mluvila o tom, že má zájem o dítě a zároveň chce dále zůstat v partnerském svazku s otcem Honzík. Matka zároveň mluvila o tom, že je medikovaná (rivotril), cítí se dobře, a proto je zbytečné, aby s kýmkoliv spolupracovala. Podle svých slov žádný problém nemá. Během PK působila zmateně, její řeč byla cyklická (opakování stále stejných sdělení), na fotografiích hledala rohy a mluvila o pracovníci jako o vyznavače Satana. Pracovníci SAS opakovaně obviňovala z mileneckého vztahu s jejím partnerem, což také označovala za svůj hlavní problém.

Následně byla matka hospitalizována na základě dvou situací, kdy před obchodním centrem přivolávala pomoc s tím, že našla tašku s mrtvým novorozencem a asi za týden se pokusila odnést cizí dítě z kočárku. Absolvovala krátkodobou léčbu depotními injekcemi, která stabilizovala její stav, avšak poté na léčbu přestala docházet, protože se dle svých slov cítila dobře.

Rodiče nyní žijí odděleně, Honzík je v péči otce. Matka žije na ubytovně, s Honzíkem se chce vídat, neustále kontaktuje otce s tím, že by chtěla společné soužití obnovit. Za Honzíkem matka dochází, kontakty probíhají venku nebo v domácnosti otce. Otec uvádí, že s matkou jsou



domluveni na četnosti kontaktů s Honzíkem, ale nefunguje to. Matka se často objevuje před domem a vyhlíží je, nebo píše SMS zprávy v nevhodnou denní dobu (pozdě večer nebo brzy ráno). Matčin vzhled je zanedbaný. Otec opakovaně hovoří o tom, že má obavy matce syna předávat.

Honzík se projevuje přiměřeně svému věku, při kontaktu s cizím člověkem je zpočátku nedůvěřivý, poté, co se osmělí, přirozeně komunikuje, směje se. Má osvojené základní sociální dovednosti (pozdraví, poděkuje, uklízí po sobě).

Zapojení odborníků a jejich role

OSPOD provede podrobné vyhodnocení životní situace dítěte. Pokud bude dítě spadat pod paragraf 6, dojde k vytvoření IPODu. V IPODu je stanoveno kdo, co a kdy má udělat. Měl by být vytvořen na základě spolupráce rodiny, OSPODu a všech spolupracujících odborníků. OSPOD se zaměřuje na podporu celé rodiny. Každý člen rodiny potřebuje specifický druh podpory. OSPOD by si měl stanovit cíl IPODu (jak konkrétně bude vypadat snížení ohrožení u dítěte a co se bude dít, pokud dojde ke zhoršení). OSPOD opakovaně mluví s matkou o tom, že je žádoucí, aby s dítětem byla v kontaktu a jejich vztah byl zachován. Zároveň tomu však v současné chvíli tomu brání její zdravotní stav a je potřeba, aby zahájila léčbu.

SAS pomáhá vytvářet bezpečný prostor a podmínky pro otevřenou komunikaci v rámci celé rodiny. Mapuje potřeby dítěte. Mluví s rodiči o tom, že dítě je ohrožené v důsledku nekompenzovaného duševního onemocnění jednoho z rodičů a nabídne možnosti podpory, např. vyhledání ambulantního psychiatra nebo zapojení CDZ. Současně s tím SAS úzce spolupracuje s OSPODem a informuje ho o tom, v jakých oblastech je dítě ohroženo.

CDZ poskytuje jak ambulantní, tak terénní služby. Zajišťuje akutní péči a časnou intervenci, léčbu a dlouhodobou podporu lidí s chronickým průběhem duševní nemoci v jejich běžném prostředí. Klienta v jeho přirozeném prostředí může oslovit i na základě přání jiné osoby (blízkého člověka nebo jiného odborníka), tzn. asertivní kontakt. Součástí týmu je psychiatr, klinický psycholog, psychologičtí poradci, zdravotní/psychiatrické sestry, sociální pracovníci a peer konzultant. Kdokoliv z odborníků může pomoci klienta propojit s **psychiatrem** v ambulantní péči.



Závěr

Odborný diskurz již přijal za svou myšlenku, že multidisciplinární praxe je s ohledem na komplexnost problematiky práce s ohroženými dětmi jediným možným nástrojem. To znamená, že je na životní situaci rodiny možné nahlížet z více úhlů a v jednotlivých oblastech s rodinou efektivně spolupracovat. Jako hlavní slabinu vnímáme, že tato spolupráce není institucionalizována. Její funkčnost spočívá především na osobních vazbách mezi jednotlivými aktéry, což zároveň ohrožuje její kontinuitu. Zároveň existují obory, kde je motivace účastnit se multidisciplinární spolupráce nižší, což snižuje její efektivitu.

Některé postupy se ukázaly jako jednoznačně funkční:

- mapování možných cest v konkrétních případech OSPOD pracovníků;
- využívání participativních nástrojů (PK/IPK), v rámci nichž se rodinám přiřká role expertů na vlastní životní situaci;
- metodická synchronizace postupů v oblastech, které se v sociálně-právní ochraně dětí opakují.

Vydala RATOLEST BRNO, z.s. v březnu 2022.

Tato metodika vznikla jako součást projektu *Multidisciplinární praxe pro ohrožené děti*, reg. č.: CZ.03.2.X/0.0/0.0/17_076/0011443, který byl finančně podpořen ze zdrojů Evropského sociálního fondu EU, z rozpočtu ČR v rámci Operačního programu zaměstnanost.