

ZPRÁVA O AKTUÁLNÍCH PROBLÉMECH SPOLEČNÝCH DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRII A INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVĚ

souborný článek

Marie Lukášová

Kancelář veřejného ochránce práv,
Brno

Fakulta humanitních studií
Univerzity Karlovy v Praze

Kontaktní adresa:

Mgr. Marie Lukášová
Zvěřinova 1
618 00 Brno
e-mail: marie.lukas@volny.cz

SOUHRN

Lukášová M. Zpráva o aktuálních problémech společných dětské a dorostové psychiatrii a institucionální výchově

Příspěvek přibližuje aktuální diskusi nad společnými problémy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy, jež má přesah rovněž do dětského a dorostového lékařství. Pacientem je dítě umístěné do školského zařízení. Zařízení sice představuje profesionálního partnera pro lékaře, ovšem na úrovni dětského domova nedisponuje personálem proškoleným v pedopsychiatrické problematice. Jak vyplývá z aktuálního šetření veřejného ochránce práv, odborná péče není dětem ze školských zařízení dostatečně zajišťována, především co se týká včasnosti podchycení problémů. Nepříznivými důsledky jsou nepřizpůsobení režimu a podmínek v dětském domově potřebám dítěte, nahrazování ambulantní péče hospitalizací, přesouvání dětí do školských zařízení přísnějšího typu či do sféry sociálních služeb. Na příkladu diagnóz hyperkinetické poruchy chování a poruchy autistického spektra jsou identifikovány příležitosti pro ambulantního lékaře, jak cíleně dítě a personál zařízení podpořit, přičemž jsou vysvětleny i konkrétní nástroje působení na školské zařízení včetně jejich právní úpravy.

Klíčová slova: ústavní výchova, dětský domov, hyperkinetická porucha chování, poruchy autistického spektra, dětská a dorostová psychiatrie.

SUMMARY

Lukášová M. Report on current problems shared by child and adolescent psychiatry and the institutional education of children

The paper describes current discussion on problems shared by child and adolescent psychiatry and institutional education of children that has also common topics with children's medicine. In role of patient a child placed in an educational institution appears. The facility represents a professional partner for the psychiatrist (physician) however in children's homes there are not staff trained in issues of child and adolescent psychiatry. The current findings of the public defender of rights indicate that appropriate treatment is not guaranteed to children from educational institutions, especially not the early detection of problems. It results in failure to adapt the regime and conditions in the children's home in accordance with child's needs; in hospitalisations as substitute for ambulant care; in the transfer of children to institutions of more severe regime or to social care homes. The instance of the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorders serves to identify the opportunities of doctor of outpatient how to support the child and the staff of educational institution. The paper provides also the explanation of specific tools of influence on the institution and the applicable law.

Key words: institutional education, children's home, attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorders, child and adolescent psychiatry.

ÚVOD

V červnu 2012 se pod záštitou veřejného ochránce práv JUDr. Pavla Varvařovského uskutečnilo setkání profesionálů z oblasti institucionální výchovy a dětské a dorostové psychiatrie. Spojovala je předchozí spolupráce s ochráncem v souvislosti se systematickými návštěvami zařízení pro dětiⁱ a také chuť setkat se a v diskusi vyhlédnout za hranice svých oborů.¹ Zápis ze setkání je zveřejněn,ⁱⁱ následuje seznámení s některými rozvíjenými tématy aktuálními i pro ambulantní praxi. Pro jejich zasazení do širších souvislostí výkonu ústavní a ochranné výchovy jsou využity také zkušenosti veřejného ochránce práv ze systematických návštěv školských a zdravotnických zařízení.²

Co mají společného pracovníci zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy a představitelé dětské a dorostové psychiatrie? Odpověď zní: část klientely. V centru jejich pozornosti je dítě či mladistvý (dále jen dítě), a ačkoli pracují jinými metodami a zaměřují se na jiné potřeby dítěte, jejich společným cílem je zájem dítěte a jeho zdraví v nejširším slova smyslu. Institucionální výchova se týká relativně nesourodé skupiny dětí, které není možné bez hlubšího rozboru charakterizovat. Odhad vedoucích pracovníků jednotlivých zařízení navštívených veřejným ochráncem práv vede v součtu k informaci, že péči dětské a dorostové psychiatrie v nějakém rozsahu pravidelně využívá 19% dětí z navštívených dětských domovů a 44% dětí z navštívených dětských domovů se školou a výchovných ústavů.ⁱⁱⁱ A tak lze vzhledem k rozložení sítě dětských domovů, dětských domovů se školou, výchovných ústavů a diagnostických ústavů (dále jen školská zařízení) předpokládat, že v nějaké míře se s dětmi s institucionální výchovou setká každá ambulance dětského lékaře či dětské a dorostové psychiatrie.

MÝTY A FAKTA O DĚTSKÝCH DOMOVECH

Ze statistik Dětské psychiatrické léčebny Opařany je zřejmé, že nejvyšší podíl v rámci hospitalizací dětí s institucionální výchovou připadá na děti z dětských domovů. Není důležité je charakterizovat z hlediska diagnostického, poslouží základní vymezení poslání dětského domova, kterým je podle zákona^{iv} péče o děti, které nemají závažné poruchy chování (včetně matek s dětmi). K personálnímu vybavení lze uvést, že je předepsáno, že o rodinnou skupinu zpravidla pečují tři pedagogičtí pracovníci, zpravidla s odborností vychovatel nebo asistent pedagoga. Ve dvou

z dětských domovů, které ochránce navštívil (celkem jich bylo 12), působil etoped, v jednom na částečný úvazek psycholog. Tím se vyvrací mýtus, nadneseně řečeno, o zvláštní odbornosti péče ve školském zařízení typu dětský domov: standardně je přímá péče zajištěna vychovateli. Zákon předpokládá metodické vedení místně příslušným diagnostickým ústavem, které má ovšem v reálu podobu krátké návštěvy etopeda či psychologa v zařízení jednou za půl roku. Mírně jiná je situace v zařízeních typu dětský domov se školou a výchovný ústav. Ovšem z diskuse vyplynulo, že v problematice dětské a dorostové psychiatrie jsou i vysokoškoláci (pedagogové) velmi málo vzdělaní a jejich doškolování přináší plody, jak ukazují konkrétní zkušenosti. Potřebné je doškolení v tématech povahy a příznaků onemocnění, která se nejčastěji dětí s ústavní výchovou týkají, a v mechanismu působení psychofarmak. Roli přitom může hrát i místní pedopsychiatr.

Zatímco moderní pedopsychiatrie posouvá své diagnostické a terapeutické možnosti do raného dětského věku, podle zkušeností veřejného ochránce práv je častou realitou, že u dětí z dětských domovů je kontakt s pedopsychiatrem navázán, až když jsou projevy dítěte neúnosné v kolektivu domova nebo ve škole. V takových případech se vlastně hledá pomoc ne pro dítě, ale pro narušené soužití, a v představách některých ředitelů dětských domovů má hned podobu hospitalizace. Ačkoli se jedná o odborné téma, jemuž navíc na citlivosti dodává permanentní strach v podobě neproplacení neodůvodněné péče zdravotní pojišťovnou, v obecné diskusi někteří přítomní dosvědčovali velký tlak některých dětských domovů na vystavení doporučení k hospitalizaci. Níže bude na příkladu dvou diagnóz popsána diskuse o načasování a vhodnosti přístupu k dítěti. V každém případě se zde naskýtá pole pro působení ambulantních dětských lékařů – závčas doporučit návštěvu odborného lékaře a poučit doprovod dítěte z dětského domova o dostupných možnostech.

Dalším mýtem o dětských domovech je názor, že jsou určeny pouze pro zdravé děti. Není tomu tak, podle současného systému zajištění ústavní výchovy – jak vyplývá z právních předpisů, které jej konstituují a popisují, – dětský domov je základním zařízením, dalo by se říci určeným pro běžné děti. Jestliže je tedy v dětské populaci určitá prevalence duševních poruch, je třeba je očekávat i mezi dětmi z dětských domovů (respektive jsou častější vzhledem k tomu, že mezi důvody pro odnětí z rodiny jsou často nevyhovující rodinné prostředí, agresivita rodičů, alkoholismus, citová deprivace dětí a podobně). Ostatně představitelé dětských domovů navštívených veřejným ochráncem práv hlásí nárůst dětí s potřebou psychiatrické péče. A ještě z druhého argumentačního východiska: z práva osob se zdravotním postižením žít v komunitě a na začlenění do společnosti^v plyne právní nárok, aby zdravotní postižení (jako zastřešující pojem zahrnující i duševní poruchu)^{vi} zvládnutelné s asistencí v rodině

i Veřejný ochránce práv provádí systematické preventivní návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, s cílem posílit ochranu těchto osob před tzv. špatným zacházením. V letech 2011 a 2012 probíhaly návštěvy míst, kam jsou umísťovány děti: pobytových školských zařízení, kojeneckých ústavů, dětských psychiatrických léčeben. Více na <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

ii Zápis z kulatého stolu Nad společnými tématy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy, <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/aktuality-z-detenci/aktuality-z-detenci-2012/setkani-s-predstaviteli-pobytovych-skolskych-zarizeni-a-pedopsychiatrij/>.

iii Ředitelka MUDr. Hodková na setkání uvedla, že největší česká dětská psychiatrická léčebna (Opařany) hospitalizovala v roce 2011 503 dětí, z toho 164 s institucionální výchovou; dlouhodobě je jejich podíl na hospitalizacích 30–40%.

iv Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivní výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

v Článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, č. 10/2010 Sb. m. s., ve znění opravy vyhlášené pod č. 44/2010 Sb. m. s.

vi Článek 1 tamtéž: „Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobě fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“

nevedlo v systému ústavní výchovy a priori k segregaci ve zvláštních zařízeních.

S názorem, že ani dítě s lehčím stupněm postižení do dětského domova nepatří, se veřejný ochránce práv opakovaně setkal z úst samotných ředitelů domovů. Opírali se přitom o smutnou realitu nepochopení, se kterým se setkali, když žádali u zřizovatelů (jsou to převážně kraje) o finanční zajištění posílení personálu k dětem se speciálními potřebami. Život v dětských domovech je ze zákona organizován po rodinných skupinách, které sdružují šest až osm dětí, na které připadá přes den zpravidla jeden vychovatel. Není myslitelné, aby v takové skupině bylo více dětí náročných z důvodu zdravotních specifíků, personální posílení je nezbytné. Zákon přitom stanoví,^{vii} že do školských zařízení jsou umísťovány i děti s postižením s tím, že se upraví režim a vybavenost zařízení. Dále zákon umožňuje, aby zřizovatel zařízení v odůvodněném případě stanovil nižší počet dětí v rodinné skupině (dříve udělovalo výjimky ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy), a to za předpokladu, že uhradí zvýšené výdaje na činnost zařízení, jak doslova zákon stanoví. Zde se rovněž otevírá prostor pro ambulantního lékaře pro děti a dorost a dětského psychiatra, který může svým odborným vyjádřením ke specifickým potřebám dítěte dát řediteli domova odborné argumenty a podpořit jej tak v tlaku na zřizovatele.

Veřejný ochránce práv se při systematických návštěvách setkal s požadavky dětských domovů na psychiatrickou hospitalizaci dětí z důvodu útěku, záškoláctví či experimentování s drogami. To zástupci obce pedagogické i lékařské přítomní na setkání odmítli. Lékař použije argument, že útek sám o sobě není indikací pro hospitalizaci. Pedagog zase doplní, že útek je přirozená reakce dítěte na nevhodně nastavený režim, tedy „výzva pro vychovatele, aby hledali, kde se splete!“³

SPOLUPRÁCE LÉKAŘE A ŠKOLSKÉHO ZAŘÍZENÍ

Dítě v institucionální výchově je pacient a pojištěnec se stejnými právy a povinnostmi, jaká mají jeho vrstevníci. V určitých ohledech však lze vysledovat předpoklady pro výhody, co se týká zajištění péče o zdraví – je v péči zařízení, na které může lékař vznášet určité požadavky k umocnění efektu své péče. Je chybou, pokud je k lékaři či do psychiatrické léčebny dítě doprovázeno pracovníkem, který není zapojen do přímé péče, a nemůže tedy předávat a přijímat relevantní informace. Dále lze žádat výstupy z dokumentace školského zařízení: každé dítě v ústavní výchově musí mít vypracovaný a pravidelně hodnocený program rozvo-

je osobnosti. Úroveň dokumentace vedené o dítěti se různí. Ideálem jsou informační systémy umožňující například pro lékaře vyselektovat přehledné záznamy o chování dítěte či efektu medikace. Naopak zcela nedostatečné poselství pro lékaře představují dvouřádkové informace od vychovatele, které lze bohužel rovněž nalézt ve zdravotnické dokumentaci plánované hospitalizovaných dětí. Lékař může dále skrze školské zařízení získat kopie souvisejících posouzení dítěte (psychologický posudek, zprávy ze školy, z diagnostického ústavu), anebo navrhnout, co mají pečující osoby u dítěte mezi jednotlivými návštěvami ambulance sledovat a zaznamenávat do dokumentace.

Ovšem i lékař může svým přístupem mnohemu prospět. Připravením písemných poučení, předáním výtahu z propouštěcí zprávy, edukací stejně podrobnou jako v případě rodičů dětí z rodin. Příkladem dobré praxe je organizování setkání a diskusí zástupců zařízení s primářem dětského oddělení psychiatrické léčebny, která tradičně – vzhledem ke vzdálenosti – děti přijímá, či pravidelných schůzek pedopsychiatra s personálem školského zařízení zaměřených na potřeby jednotlivých dětí nebo na vzdělávání týmu. Někteří ambulantní lékaři vepisují své krátké poznámky k dítěti přímo do informačního systému školského zařízení, takže je na základě (odstupňovaných) přístupových práv mohou číst pracovníci, kteří s dítětem pracují, stejně jako například poznámky pediatra o alergii dítěte nebo sociálního pracovníka o aktuální situaci v rodině. Dále, jak bylo zmíněno výše, dítěti podává léky v zařízení zpravidla vychovatel, tedy laik, který může velmi ocenit možnost zatelefonovat lékaři, když například neví, jak postupovat po návratu dítěte z dovolenky, kde – jak se ukáže – léky nebralo. Oboustranná výměna informací je umožněna ustanoveními zákona o zdravotních službách.^{viii}

Úvahy o vzájemné spolupráci lze uzavřít chmurným konstatováním, že pedopsychiatrů je v České republice nedostatek. Příčinám, důsledkům a snad i řešení tohoto stavu byl na setkání věnován prostor a je o tom pojednáno v zápise. Jednoznačně však zaznělo, že školská zařízení si zaslouží slušný servis, k čemuž patří i dostupnost psychiatra a jeho spolupráce. Snad se dočkáme změn, aby představitel dětského diagnostického ústavu nemusel konstatovat, že od pedopsychiatra očekává pouze zamedikování dítěte, aby se dařilo preventivně ovlivňovat chování dětí.

MÁME K DISPOZICI VÝCHOVNĚ LÉČEBNÝ REŽIM?

Hraniční děti, všehoschopné děti, s vážnými poruchami chování (anglicky někdy uváděno *with challenging beha-*

vii Ust. § 2 odst. 12 zákona o ústavní a ochranné výchově: „Do zařízení jsou umísťovány i děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, s vadami řeči, popřípadě s více vadami, u nichž byla nařízena ústavní výchova, uložena ochranná výchova nebo nařízeno předběžné opatření, pokud stupeň zdravotního postižení neodpovídá jejich umístění do ústavu sociální péče nebo do specializovaného zdravotnického zařízení. Pro tyto děti zařízení zajišťují vhodné podmínky úpravou denního režimu a vybavenosti zařízení, jejichž přiměřenost posoudí příslušný poskytovatel zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, s nímž zařízení uzavřelo smlouvu o poskytování zdravotních služeb (dále jen „registrující lékař“). Dále zajišťují odpovídající vzdělávací, terapeutický a sociálně rehabilitační program nebo zabezpečí jejich týdenní pobyt v internátu školy podle typu jejich postižení a prostřednictvím příslušného poskytovatele zdravotních služeb i specializovanou péči i specializovanou zdravotní péči.“ Faktum je, že školská zařízení zpravidla smluvní vztah pediatrii nemají; v tomto ohledu je uvedené ustanovení spíše reliktem.

viii Ust. § 31 odst. 6: „Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví.“ Ust. § 65 odst. 1 písm. b): „Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie osoby určené pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba (...)“ „Jiná pečující osoba“ je legislativní zkratka zahrnující dle ust. § 29 odst. 1 písm. b) citovaného zákona osobu, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen. Podle ust. § 42 má pěstoun, jiná pečující osoba, statutární orgán nebo jím pověřená osoba školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy nebo zařízení sociálních služeb (...) práva zákonného zástupce, co se týká mj. práva na informace o zdravotním stavu nezletilého a práva klást otázky a práva podat stížnost.

viour). Tak a podobně jsou nazývány děti (obvykle mladiství), které si jako horký brambor přehazují školská i zdravotnická zařízení. Zájem na zachování práva dítěte na pomoc v běžných podmínkách, kde žije, a ostatně i přísná kontrola a regulace hospitalizací ze strany zdravotních pojišťoven, směřují tyto děti do „domovských“ zařízení. Tam opakovaně selhávají, putují ze zařízení do zařízení a mezitím na různá psychiatrická pracoviště. Profesionálové si vzájemně vysvětlují svou nepříslušnost k trvalejšímu řešení, případně se shodují na potřebě zřízení zařízení smíšeného typu. „Čím více je porucha chování ‚v osobnosti‘ dítěte, tím více je v kompetenci výchovných ústavů. Čím více je porucha chování v oblasti duševní poruchy (deprese nebo anxiety), tím více je v kompetenci (pedo)psychiatrie. A jsou jedinci s psychickou poruchou, kteří spadají do léčebné i detenční péče,“ uvedl na setkání MUDr. Matys.³ Máme však v České republice pro děti nějaká smíšená zařízení?

Ovšem nemusí jít pouze o poruchy chování. Ředitelka opařanské léčebny MUDr. Hodková zobecňuje, že často je možné konstatovat, že dítě s institucionální výchovou propouštěné z dětské psychiatrické léčebny by k zachování relativně stabilizovaného stavu potřebovalo pokračovat někde, kde erudice personálu je minimálně na úrovni psychiatrické sestry. Mohou to zdravotníci očekávat?

Realita je taková, že zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy sice u některých dětských domovů se školou a výchovných ústavů předpokládá „výchovně léčebnou péči“, ovšem její obsah a úroveň nejsou ani stanoveny, ani zajištěny. Zařízení nezaměstnávají ani sestry, ani lékaře (ačkoliv tomu tak dříve bylo) a pracují pouze s výchovnými nástroji. Takže vlastně o existenci léčebné péče ve školském zařízení nelze v současnosti hovořit. Dále je fakt, že zařízení zamýšlených jako s výchovně léčebnou péčí je velmi málo. Zdá se, že za stávajícího stavu věcí nelze než uzavřít, že je třeba pracovat s tím, co je, ovšem stále při modelu ambulantní lékař (pedopsychiatr) – výchovný personál, pokud možno posílený o vliv psychologa.

HYPERKINETICKÁ PORUCHA CHOVÁNÍ, PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Nyní blíže k – na setkání – nejpodrobněji diskutovaným diagnózám ve vztahu k péči zajišťované ve školských zařízeních. Hyperkinetická porucha chování (dále také jen ADHD) je diagnózou velmi často přisuzovanou dětem ze školských zařízení.^{ix} U poruch autistického spektra přibývá počet diagnostikovaných případů napříč dětskou populací, v souvislosti s rozšiřující se osvětou mezi odborníky. Otázky, které si účastníci setkání kladli, jsou: Mají děti s institucionální výchovou při postižení uvedenými onemocněními náležitou léčbu? Dostávají od domovského zařízení náležitou podporu?

Problém adekvátní odezvy a nastavení péče ve školském zařízení je společný oběma poruchám. Dítě je nejprve vnímáno jako zlobivé, náročnější, se kterým „se to musí nějak vydržet“. Jak roste, zpravidla se vyhroť situace ve škole, odkud přicházejí stížnosti na chování, tlak na hospitalizaci a odmítání dítěte s argumentem, že potřebuje speciální péči. Pokud není vedení dětského domova osvětlené, využije těchto argumentů a po jedné dvou hospitalizacích, jejichž efekt bez přizpůsobení režimu a zátěže v domově není dlouhodobý, konstatuje, že dítě do dětského domova nepatří.^x Diskutující profesionálové přitom nedoporučují v těchto případech na názor školy dát, protože jejich zkušenost je taková, že problémové děti jsou vytlačovány, aniž by byly vyčerpány pokusy pro zajištění asistence či jiných nástrojů integrace. Veřejný ochránce práv zase přidává zkušenost z návštěv dětských domovů – u řady dětí je žádáno o hospitalizaci (pracovníky zařízení; souhlas zákonného zástupce je zpravidla administrativní záležitost, kterou obstarává sociální pracovník), aniž by nejprve proběhla úvaha, zda jeho případná psychická porucha není zvládnutelná v domácím prostředí, respektive jaká opatření by to umožnila.²

Uvedený scénář je špatný rovněž v tom smyslu, že přivádí dítě do ambulance pedopsychiatra až při vyhocení obtíží. Základem je včasné pedopsychiatrické vyšetření, tedy ve věku 3–6 let, pokud se u dítěte objeví potíže, a zavedení léčebných opatření (medikace). Tato opatření většinou probíhají ambulantně, dítě ze školského zařízení dochází na kontroly, stejně jako děti z rodin. Pokud není zahájena adekvátní léčba, zmenšuje se šance na pozdější zvládnutí školní docházky a puberty. Zvlášť pro diagnostikování PAS platí, že v 11 letech dítěte je už velmi pozdě. Diskutující lékaři se shodli na tom, že poruchy autistického spektra jsou v dětské a dorostové psychiatrii nové a složité téma, každopádně dětí s PAS přibývá. Když je dítě přivedeno k lékaři, je tomu tak někdy pro projevy, jež napoprvé vedou k diagnóze ADHD. Rovněž projevy mentálního postižení mohou PAS překrýt. Až později – při podrobnějším sledování dítěte nebo úspěšném zálečení ADHD – může dojít k upřesnění diagnózy na PAS. Když je známa diagnóza, lze zajistit – i na úrovni dětského domova – řadu režimových opatření. Stabilizovat stav, zajistit předvídatelnost režimu, posílit personál. (Možnosti například prevence šikany skrze vhodně nastavený individuální plán popisuje Dubin.⁴) Existují dětské domovy, kde „fungují“ děti s autismem. Ovšem opět se dostáváme k podmínce včasného vyhledání pomoci pedopsychiatra a motivaci dětského domova pro dítě vydobýt například personální posílení rodinné skupiny.

Vzhledem k zaměření příspěvku na děti s institucionální výchovou je na tomto místě pominut závažný problém, že u některých dětí je nezvládnuté ADHD (s poruchami chování) příčinou nařízení ústavní výchovy. Selhávání dítěte ve škole nepřinese podporu do rodiny ani školní třídy, takže s dospíváním a přidružením výchovných problémů se dítěti

ix MUDr. Paclt k prevalenci ADHD na setkání uvedl, že se týká 6–7% populace. Toto číslo však nevystihuje realitu školských zařízení, jejichž děti nepředstavují standardní vzorek populace.

x Horší varianta nastává, když například z důvodu nízkého věku dítěte jeho odmítání dětským domovem ani není vyjeho, je pouze prodlužována doba strávená na psychiatrii, například střídáním léčen. Každý profesionál se věnuje pouze dílčímu problému, dítě žije v provizoriu a utíká jeho drahocenný čas. Veřejný ochránce práv tento problém na několika případech identifikoval při provádění systematických návštěv a odrazil se rovněž v jeho shrnujících výstupech, jež budou na podzim 2012 zveřejněny.

„dostane“ 24hodinové podpory v podobě ústavní výchovy. (K tomu více ve Zprávě z návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, která poskytuje i analýzu rozhodnutí soudu, na základě kterých byla dětem v navštívených zařízeních nařízena ústavní výchova.²⁾

Na příkladu uvedených diagnóz lze ukázat příležitosti pro pozitivní působení ambulantního lékaře, jež byly výše naznačeny obecně: Ambulance dětského a dorostového lékaře a dětského a dorostového psychiatra může proaktivně působit ke včasnému zachycení a diagnostikování duševních poruch u dětí s institucionální výchovou. Dále mohou lékaři ve vzájemné interakci kultivovat přístup školských zařízení: svými nároky na sdílenou dokumentaci, na přizpůsobení režimu dítěti, identifikaci témat, ve kterých by se měli pedagogičtí pracovníci dovědět, odmítnutím doporučit hospitalizaci jako první řešení problému dítěte, standardní edukací pracovníků zařízení, jako je tomu u rodičů dětí z rodin. Dosavadní úvahy o laickém přístupu k péči o zdraví dětí se vyhýbaly vzácně, i když rovněž se vyskytující situaci, kdy ve školském zařízení není ani snaha, ani dobrá vůle. V těchto případech může lékař informovat orgán sociálně-právní ochrany daného dítěte (obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého pobytu dítěte) s upozorněním na ne-

zajištění odpovídajících podmínek pro zdravý rozvoj dítěte ze strany školského zařízení.^{xi}

ZÁVĚR

Setkání vybraných dětských a dorostových psychiatrů a představitelů pobytových školských zařízení identifikovalo řadu témat aktuálních z hlediska nejlepšího zájmu dítěte s nařízenou institucionální výchovou. Setkáním rezonoval jednotný postoj přítomných lékařů, totiž konstatování kritického nedostatku pedopsychiatrů a finančního nebezpečení aktivit, jež by byly pro rozvoj duševního zdraví dětí žádoucí. Za této situace je třeba dosáhnout maximální efektivity práce lékařů, což u dětí svěřených do péče školských zařízení znamená rovněž zohlednění specifik dětských domovů – totiž jejich personálního vybavení, metod práce i nešvarů (podceňování některých problémů a pozdní vyhledání pomoci). S nádechem trpkosti lze uzavřít, že před ambulantními lékaři leží volné pole pro vlastní iniciativu. Více k tématům, o nichž zde bylo pojednáno, stejně jako k dalším (zajištění návazných sociálních služeb, úpravy způsobilosti k právním úkonům u mladého dospělého) lze nalézt v uveřejněném zápisu ze setkání.

xi Může tak učinit na základě ust. § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Cit.: „Státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti jsou povinny oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6 odst. 1, a to bez zbytečného odkladu po tom, kdy se o takové skutečnosti dozví. (...) Při plnění povinnosti podle věty první a druhé se nelze dovolávat povinnosti zachovat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu.“ Obecní úřad obce s rozšířenou působností sleduje dodržování práv dítěte ve školském zařízení, mj. i rozvoj duševních a tělesných schopností dětí. Přitom nejméně jednou za 3 měsíce dítě v zařízení navštíví.

LITERATURA

1. Souhrnná zpráva o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2011. Kancelář veřejného ochránce práv; 2012: 107.
2. Veřejný ochránce práv. Zpráva z návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. 2012: 173.
3. Veřejný ochránce práv. Zápis z kulatého stolu Nad společnými tématy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy; 2012.
4. Dubin N. Šikana dětí s poruchami autistického spektra. Praha: Portál; 2009: 178.



Cena Zdeňka Kleina

Nadace Academia Medica Pragensis vypisuje Cenu Zdeňka Kleina, která je určena studentům a vědcům do 35 let, pracujícím v České republice. Udílí se za **nejlepší práci zaměřenou na studium nonverbálního chování, popřípadě behaviorální antropologie**. Předložena může být pouze originální práce s jasně definovanou hypotézou a metodikou, publikovaná v českém nebo mezinárodním odborném tisku. Vítězná práce bude spojena s finančním oceněním ve výši 20 000 Kč. Nadace Academia Medica Pragensis si vyhrazuje právo cenu neudělit v případě, že předložené práce nebudou splňovat výše uvedená kritéria nebo nebudou mít dostatečnou odbornou úroveň.

V ročníku 2013 musejí být práce zaslány **do 30. 11. 2013 na adresu Nadace Academia Medica Pragensis, Řehořova 10, 130 00 Praha 3**. Vítězná práce bude vyhlášena na Česko-slovenské psychofarmakologické konferenci v Jeseníku v lednu 2014. Zasláné vědecké práce budou vyhodnoceny nezávislou komisí odborníků určenou poradním sborem Nadace Academia Medica Pragensis.