

# ZÁPIS z kulatého stolu

## Nad společnými tématy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy

**Místo a čas konání:** 12. června 2012, v Psychiatrické léčebně Bohnice, pořádala Kancelář veřejného ochránce práv (dále jen KVOP).

**Účastníci ze školských zařízení:** Dětský domov Ústí nad Labem – ředitelka Mgr. Hana Melzerová; Dětský domov se školou Slaný – vedoucí MgA. Dagmar Slavíková, psychologka Mgr. Lucie Myšková; Výchovný ústav Jindřichův Hradec – ředitel Mgr. Pavel Vítkovský; Výchovný ústav Ostrava-Hrabůvka – ředitel Mgr. Pavel Němynář, psycholog Mgr. Jakub Škrov; Výchovný ústav Střílky – ředitel Mgr. Lubomír Ševčík; Výchovný ústav Žulová – ředitelka Mgr. Soňa Staňková; Diagnostický ústav pro mládež Praha – psychologka Mgr. Tereza Pospěchová, Mgr. Lucie Součková; Dětský diagnostický ústav Slaný – ředitelka PhDr. Božena Lányová

**Účastníci z dětských lůžkových psychiatrií** DPL Opařany – ředitelka MUDr. Iva Hodková, primářka MUDr. Jana Holendová; DPL Velká Bíteš – ředitel MUDr. Eduard Rodák; PL Havlíčkův Brod – primář MUDr. František Čihák; PL Bohnice – ředitel MUDr. Martin Hollý, primář MUDr. Michal Považan

**Účastníci z řad ambulantních dětských a dorostových psychiatrů:** MUDr. Jaroslav Matýs, MUDr. Jana Drtilová; Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

**Přizvaní experti:** JUDr. Libuše Kantůrková, Okresní soud v Kolíně; Mgr. Veronika Šporclová, APLA Praha, Střední Čechy

**Účastníci z KVOP:** Mgr. Michaela Fajnorová, Mgr. Petra Hadwigerová, Mgr. Adéla Hradilová, Mgr. Marie Lukasová, Mgr. Margarita Pátíková, Mgr. Ladislav Tomeček, Mgr. Petra Zdražilová.

**Setkání** se uskutečnilo na základě poptávky představitelů školských a psychiatrických zařízení, v nichž veřejný ochránce práv provedl systematickou preventivní návštěvu v roce 2011. Probíhalo nad připravenými okruhy problémů a anonymizovanými kazuistikami.

**Zápis** vypracovaly Mgr. Adéla Hradilová a Mgr. Marie Lukasová, s následným připomínkováním všemi účastníky.

**Použité zkratky:** DD – dětský domov, DDŠ – dětský domov se školou, DPL – dětská psychiatrická léčebna, DDÚ – dětská diagnostický ústav, OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí, EPCH – extrémní poruchy chování

---

### **Prezentace statistiky charakterizující skladbu pacientů Dětské psychiatrické léčebně Opařany, MUDr. Hodková**

- 503 hospitalizovaných v roce 2011, z toho 164 s ústavní výchovou (dlouhodobě se jedná o 30–40 % ročního počtu hospitalizovaných)
- 28 dětí ve věku 6–11, 51 dětí ve věku 12–15, 72 dětí ve věku 15–18
- 83 dětí z dětských domovů, 23 dětí z dětských domovů se školou, 12 dětí z výchovných ústavů
- v meziročním srovnání lze konstatovat pokles podílu dětí z dětských domovů a nárůst počtu dětí z výchovných ústavů

### **Prezentace na téma spolupráce dětského psychiatra a školského zařízení, MUDr. Matýs**

- až 13 % dětí a adolescentů trpí nějakou duševní poruchou; to je vzhledem ke stavu dětské populace v ČR 257 114 osob, které potřebují pedopsychiatrickou pomoc
- podává přehled diagnóz, které charakterizují jednotlivé příčiny nekontrolovaného chování u dětí a adolescentů (dle Duncana); podává přehled diagnóz typických pro chovance výchovných ústavů
- jako faktory ovlivňující kvalitu pedopsychiatrické péče uvádí: vzdělanostní úroveň pedopsychiatrů; kvalitní psychofarmaka; dostupnost pedopsychiatrů; ekonomické limity zdravotních pojišťoven; legislativu a etiku ve zdravotnictví; legislativu a vymahatelnost

- práv dětí s duševním hendikepem ve školství; vzájemnou interdisciplinární spolupráci a informovanost; vzájemné respektování profesních hranic a dovedností
- aktuální trendy: moderní pedopsychiatrie posouvá své diagnostické a terapeutické možnosti do raného dětského věku; moderní pedopsychiatrie stále více zasahuje do resortu školství; ve školství není dostatečná negraduální a postgraduální výuka z oblasti pedopsychiatrie; přísná kontrola a regulace hospitalizací a léčby ze strany zdravotních pojišťoven
  - „Čím více je porucha chování „v osobnosti“, tím více je jedinec v kompetenci výchovných (děti a adolescenti) respektive nápravných ústavů (dospělí). Čím více je porucha chování v oblasti psychotické poruchy - deprese nebo anxiety, tím více je v kompetenci a v léčbě (pedo)psychiatrie. Jsou jedinci s psychotickou poruchou, kteří spadají do léčebné, ale i detenční péče (ochranná léčba).“
  - Statistická data z výzkumů o zastoupení lidí s ADHD mezi vězni, lidmi zneužívajícími tabák, droby a alkohol; „Výzkum z roků 1997–2004 prokázal, že terapie stimulancii (Ritalin) a antidepresivy snižovalo počet násilných trestných činů.“
  - Doplnění z diskuse – doc. Paclt: ADHD se týká 6–7 % populace, z toho léčíme 8 %; pedopsychiatrů je málo.

#### **Setkáním rezonuje jednotný postoj přítomných pedopsychiatrů:**

- Pedopsychiatrů je málo.
- Doc. Paclt srovnává náklady ve školství a ve zdravotnictví – 20:1. Nelze dosáhnout stejné produktivity jako zařízení školská.
- Distančují se od neindikovaných hospitalizací dětí na psychiatrii.

#### **Nad tématem školských zařízení s výchovně léčebnou péčí<sup>1</sup>**

- Doc. Paclt nechápe, jak může něco takového být prezentováno jako existující, když v zařízení není zajištěna léčebná složka péče (lékař, psychiatrická sestra). MUDr. Matýs doplňuje, že léčebná péče ve školských zařízeních definovaná není, zákon č. 109/2002 Sb. je v tom špatný, mělo by se vypustit slovo „léčebný“. Výchovně léčebná péče nyní fakticky v rámci resortu MŠMT nemůže existovat.
- Ochránce nechť upozorní na tuto chybu. Za této situace nelze prezentovat, že v ČR existuje výchovně léčebná péče.
- Řešení otázky si vyžaduje vládní úroveň a legislativní změny.
- Přítom potřebnost takové péče je, poukazuje MUDr. Hodková: Dítě propuštěné z DPL v relativně stabilizovaném stavu se musí dostat někam, kde erudice „léčebného“ personálu by měla být minimálně na úrovni pedopsychiatrické sestry.
- MgA. Slavíková uvádí, že v DDS mají děti se střední i středně těžkou mentální retardací, s těžkými sebepoškozujícími rapti; odváží je RZS, protože školské zařízení nemá prostředky k jejich zvládnutí. Tyto děti jsou následně přemísťovány mezi zařízeními.
- Je dosvědčeno, že v Dětském domově se školou Slaný, kde má být výchovně léčebná péče a které je proto vyhlášené a vyhledávané, mají děti v pracovní dny do 15. 30 hod. psychologa a jednou za 14 dní někteří jezdí k pedopsychiatrovi; protože jeho miniúvazek byl v souvislosti s loňskými úsporami zrušen (takže už nedochází pravidelně do zařízení), i přes osobní ingerenci ochránce.
- Připomenutí, že v minulosti (2006, 2007) byla úvaha na centrální úrovni, ale neuskutečněná – viz usnesení vlády z ledna 2006 č. 85 k vytvoření sítě specializovaných zařízení pro děti vyžadující výchovně léčebnou péči.

<sup>1</sup> Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ji předpokládá u některých dětských domovů se školou (§ 13 odst. 1) a výchovných ústavů (§ 14 odst. 2).

### **Nad tématem účelových (neindikovaných) hospitalizací**

- Doc. Paclt kategoricky popírá neindikované hospitalizace tvrzením, že nezná pedopsychiatra, který by posílal pacienta do léčebny, pokud to není nezbytně nutné; je to absurdní nesmysl a dneska už to neexistuje. Rovněž pacienti s mentální retardací jsou hospitalizováni, jen pokud je to nezbytné, neexistuje hospitalizace pacienta pro střední mentální retardaci. U dětí s mentálním postižením může být hospitalizace kvůli agresi nebo ADHD.
- MUDr. Čihák podotýká, že nejčastější typ žádosti o hospitalizaci z DDŠ je takový, že dítě utíká, krade, bere drogy, je agresivní. Takové důvody hospitalizace ovšem nemohou akceptovat.
- MUDr. Hodková: Dětská psychiatrie není výchovná. Nejsme specialisti na převýchovu. Někteří naši pacienti ale potřebují zásahy specialistů – etopedů.
- Mgr. Zdražilová dokládá, že v některých případech do léčeben neodesílá ani pedopsychiatr, ale psychiatr pro dospělé a bohužel dochází k formálním poukazům bez řádné diagnostiky.

### **O tlaku na hospitalizace**

- PhDr. Lányová uvádí zkušenost DDÚ Liberec: Často komunikuje s dětskými domovy, aby neposílaly problémové děti do léčeben (požehnaní od ambulantního pedopsychiatra je tam vždy). Problémy jsou ve školách – dětský domov ty děti ještě zvládá, ale školy už ne. Stěžují si na chování, nechtějí je tam, tlačí na hospitalizace, že děti potřebují specializovanou péči. Zároveň se diagnostický ústav zdráhá posílat takové děti do DDŠ – nejsou to tak silné poruchy. Takže vidí jako problematickou kategorii dětí, u kterých jsou poruchy na DDŠ ještě málo, zároveň pro DD jsou na hraně zvládnutelného a civilní škola je už ale nezvládne. Doc. Paclt souhlasí, že dítě má samozřejmě nejvíc problémů ve škole. Často to bude hospitalizace právě kvůli škole (a škola v DPL to bude zvládat).
- Zkušenost s dětmi nad 15 let z Ostravy-Hrabůvky je taková, že všechny dochází do civilních škol, a když je problém, převedou dítě do jiné školy. Mgr. Němynář potvrzuje, že pro školy je to ale problematické, děti nezvládají.
- Mgr. Zdražilová ke školám: Obracela by se na OSPOD a zařízení a tlačila na zřizovatele školy – není možné přesunout dítě do DDŠ jen kvůli tomu, že ho nezvládají učitelé ve škole.
- MUDr. Matýs přidává, že posun předpokládá zásadní změnu vyhlášky o speciálně vzdělávacích potřebách a školského zákona. Tak, aby ředitelé školy byli ze zákona povinni respektovat diagnostické závěry odborných lékařů a tedy i doporučení pedopsychiatra. Je problém s vymahatelností práva ve školách. V tomto nechť pomůže ochránce. Mgr. Zdražilová podotýká, že se touto problematikou zabývá oddělení rovného zacházení v KVOP – přístup ke vzdělávání pro děti s postižením.

### **Nad tématem nedostatku pedopsychiatrů**

- Nechť ochránce aktivně atakuje Ministerstvo zdravotnictví ohledně nedostatku pedopsychiatrů.
- PhDr. Lányová uvádí, že sehnat pedopsychiatra ve spádové oblasti DDÚ Liberec je obří problém – například pro VÚ Chrastava. Zařízení na to nemají peníze a lékařů je málo. Nedostupnost pedopsychiatrů ambulantních vede k zatěžování léčeben.
- MUDr. Drtilová uvádí vlastní zkušenost, když se ptala pediatra, co očekává od pedopsychiatra. Dozvěděla se, že očekává, že vyšetří jeho klienta dřív, než za dva tři měsíce objednáací doby. Situace je taková, že přibývá dětí extrémně neklidných

v prepubertálním věku, všehoschopných, které přicházejí od nezvládnuté péče pěstounů. Nejvíce problémů je s dětmi, které vystřídaly několik závadových nebo insuficientních prostředí. Problém není psychiatrizace problematiky, ale to, že není včas určena diagnóza a dítě není včas medikováno. Doc. Paclt doplňuje chmurnou předpovědí, že dokud se nezvýší počet pedopsychiatrů, bude to jen horší: stávající budou odcházet do důchodu a noví nebudou.

- Pedopsychiatr studuje 7 let oproti standardním pěti. Požaduje se, aby lékař nejdříve vystudoval dospělou psychiatrii, pak následuje doba přípravy na pedopsychiatrii. Pedopsychiatrie zatím není samostatný obor! Přitom dle směrnice EU jsou dva samostatné dětské obory: dětská psychiatrie a dětská chirurgie.
- Přítomní představitelé pedopsychiatrické obce soudí, že společenský tlak na zvýšení počtu pedopsychiatrů je mohutný, stačí tedy jen politické rozhodnutí. Materiály vztahující se k osamostatnění odboru pedopsychiatrie má Ministerstvo zdravotnictví již dávno k dispozici.

#### **Ohledně dětí, které pendlují mezi zařízeními a resorty**

- Doc. Paclt: Jedná se o kategorii 15–18 let, kde je to naprosto nedořešeno. Metodicky se jedná o zakázku na hraně mezi zdravotní péčí a péčí školského resortu. Bez financí od státu tuto péči zajistit nepůjde. Psycholožka z DÚ Lublaňská to vyjadřuje s nadsázkou: ve výchovném ústavu mohou k hochům se svaly promlouvat, nemohou ale nic moc jiného.

#### **Nad potřebami školského zařízení směrem k pedopsychiatrii**

- MUDr. Matýs z vlastní zkušenosti dokládá, že velmi pomáhá doškolení pedagogických pracovníků v oboru dětské a dorostové psychiatrie. Aby nemusel lékař personálu vysvětlovat, co je to ADHD... Mgr. Němynář popisuje, jak před dvěma roky požádal MUDr. Matýse o spolupráci v rámci doškolení, a upozorňuje, že není moc kde dohledat vzdělávací kurzy v oblasti pedopsychiatrie a dorostové psychiatrie.
- Mgr. Škrov jako příklad uvádí potřebu komunikace na téma léky až na nejnižší úrovni: nastává problém, když se vychovatel, který podává léky, nedostane k tomu, jak který lék působí. Pak se stane, že se dítě vrátí z dovolenky a ví se, že tam léky nebral, a personál neví, jestli mu má dát hned plnou dávku. Ale v těchto situacích to chce konzultaci s pedopsychiatrem. MUDr. Matýs uvádí, že on tyto věci řeší přes telefon s tím, že do zdravotnické dokumentace se o tom pořídí zápis.
- Doc. Paclt upozorňuje, že očekávání od pedopsychiatra má být adekvátní jeho časovým možnostem. Když si dříve dětský domov platil pedopsychiatra, byla situace jiná.
- Mgr. Myšková uvádí, že jí v diskusi chybí místo pro psychologa. Na jedné straně lékař, na druhé straně pedagog – ale psycholog má trochu z toho a trochu z toho a může to pak fungovat lépe.
- Psycholožka z DÚ Lublaňská konstatuje jako realitu, že výchovné ústavy v jejich síti se u chlapců ve věku 15–18 obrací na pedopsychiatrii s tím, s čím si sami nevědí rady. 85 % jejich dětí má nějakou psychiatrickou diagnózu. Snaží se o školení, vzdělávání, ale pracovníci nejsou schopni posoudit, kdy už dítě ohrožuje sebe a ostatní a co dělat. Když se obrací na pedopsychiatrii, vědí, že to nebude úplné řešení, ale kam jinam? Realita je taková, že se v zařízeních snaží o vyřešení situace, ovšem mají k tomu jen výchovné nástroje. Ale jakmile je zde pokus o sebevraždu, sebepoškození, volá se RZS. Psycholožka shrnuje, že od pedopsychiatrů nečekají zásadní konzultace – procento dětí, které nezvládají, je poměrně malé. Ale právě s těmito případy si neví rady.
- MUDr. Matýs uvažuje tak, že specializovaný ústav výchovně léčebného typu by měl být schopen zvládnout krizovou intervenci. Namísto toho se ale může stát, že část personálu, a lze vysledovat kdo, se chová tak, že agresivní chování potencuje. Jako první krok vidí zavedení programu krizové intervence – když ji zvládnou sestry v léčebnách, může ji

- zvládat i personál školských zařízení. Je to o zkušenostech, „mít odvahu sester“. Není řešením zavolat záchranku, to vede k přetěžování psychiatrů a obě strany se ocitají v nepříznivé situaci. Některá zařízení to už zvládají. Vzdělávání by se mělo někam posunout.
- Doc. Paclt doplňuje, že zařízení má právo na slušný servis, k čemuž patří dostupnost psychiatra. Mají právo na kolegiální zázemí ze strany příbuzného oboru, což nejsou jen školení, ale i spolupráce.
  - PhDr. Lányová pro dokreslení skutečnosti dokládá čísla: za poslední tři roky přijali v DDÚ Liberec asi 900 dětí, z toho na psychiatrii (do léčebny) poslali tři. Očekává od pedopsychiatra zklidňující medikaci tak, aby se dařilo preventivně ovlivňovat chování dětí.
  - Mgr. Lukasová upozorňuje na personální stísněnost školských zařízení hraničící s bezpečností. Je velmi málo oddělení výchovných ústavů vybavených (personálně) pro EPCH. Mgr. Zdražilová doplňuje, že sice existuje pozice asistent pedagoga (ve školách), ale zřizovatelé je nezaplatí.
  - Mgr. Němynář navrhuje nemluvit o EPCH, ale o specifických výchovných a vzdělávacích potřebách ve smyslu zákona.<sup>2</sup>

### **Blíže k diagnóze ADHD**

- PhDr. Lányová uvádí širší souvislost: Škola je organizovaná, jsou tam jasná pravidla. Řada dětí má ale problémy odpoledne, kdy mají program volnější. Nezvládnuté ADHD pak vede k ústavní výchově – děti jsou neovladatelné ve škole a rodiče neví, co s nimi. Dítě by potřebovalo intenzivní působení v té škole – na 6 hodin, ale místo toho se dostane do ústavní výchovy na 24 hodin denně. Rodinám by se mělo dostat pomoci. Ve třídě s 30 dětmi ani tři asistenti nestačí.
- Doc. Paclt zdůrazňuje prioritu začít dítě včas léčit, tj. v šesti letech. Respektovat současná světová pravidla léčby ADHD – tedy poskytnout farmakoterapii, nikoli psychoterapii. Bez farmak psychoterapie nestačí. Řádně léčeno jen 8 % dětí v ČR, ve světě běžně 60 %. MUDr. Matýs dodává, že léky přispívají k dobrému vývoji mozkové tkáně. V USA existují 6týdenní celorodinné kurzy na ADHD, u nás by to nikdo nezaplatil. Částečně to supluje léčebny, ale ne dlouhodobě. Nutné je naučit rodiče správně vychovávat svoje děti. Takže nevytrhovat z rodiny, zároveň ale není v současnosti v ČR náhradní řešení.
- PhDr. Lányová dodává, že se jim v DDÚ daří velké procento dětí vracet zpět do rodin (20–30 % dětí z DDÚ). Tam kde to jde, učí rodinu s dítětem pracovat, vozí je na konzultace, chodí za učiteli, spolupracují i se školou. Z jejího pohledu je problémem krátký pobyt v DDÚ, 8 týdnů, což nestačí.

### **Spolupráce z pohledu dětské psychiatrické léčebny**

- MUDr. Matýs srovnává situace: Když je normální, že dítě z rodiny přiveze do DPL rodič, měl by ho z ústavní výchovy přivést ten, kdo je má v péči. Někdo, ke komu může mít dítě emoční vazbu, důvěru, kdo podá o dítěti nejvíce informací. Neměl by to být údržbář, jak bylo nadneseno jako špatný příklad. MUDr. Hodková souhlasí, mělo by to být přece normální. Pokud má dítě na doprovod vazbu a pak ještě následuje společný čas v léčebně, pomáhá to v léčbě. Zařízení jsou ale v tomto různá. MUDr. Holendová konstatuje, že dle její zkušenosti dítě ze zařízení přiveze člověk, který o dítěti není vůbec informován. Očekávala by, že si ten člověk aspoň o dítěti něco načte. Nebo zařízení zařídí překlad dítěte do jiného zařízení, aniž by to vůbec s někým v léčebně konzultovalo,

<sup>2</sup> Ust. § 2 odst. 10 zákona č. 109/2002 Sb.

komunikovalo... Je velmi špatné, když je dítě v DPL 2 měsíce a návštěvy z DD se nekonají. Nebo když všechny děti jedou domů, jen to z DD tam zůstane – je to dvojitá stigma: dítě musí do léčebny plus je tam samo. Děti z DD jsou v léčebnách víc opuštěné než děti z rodin.

- MgA. Slavíková konstatuje výbornou spolupráci s psychiatrickými zařízeními, kam děti vozí (převážně je vozí sestry). Do zařízení jsou zváni, mohou se seznámit s podmínkami. Oni pak z DDS minimálně třikrát v týdnu dětem volají a je jim to umožněno. MUDr. Čihák doplňuje, že každému doprovodu, který chce, oddělení ukážou. Stejně mluví MUDr. Rodák – ostatně školská zařízení, se kterými v Bíteši přicházejí do styku, je už znají a zpravidla dovnitř chtějí.
- Psycholožka z DÚ Lublaňská zase uvádí spolupráci s PL Bohnice, kdy mají setkání a diskuse s primářem – protože spádové výchovné ústavy o tom měly zájem, je spolupráce navázaná.
- Na dotaz Mgr. Myškové, zda léčebna stojí o její psychologické zprávy, reaguje MUDr. Čihák tak, že by mu přišlo zvláštní, pokud by někdo takovou dokumentaci nechtěl. Doc. Paclt souhlasí, že psycholog je pro psychiatra nejbližší pracovník. Až pak je pedagog a etoped. Spolupráce může být výhodná oboustranně.
- MUDr. Matýs se přimlouvá, ať se píše „výtěžné“ zprávy. Každý profesionál by se měl umět vyjádřit na půl stránky. V opačném případě je pak práce na hodiny to zpracovat.
- MUDr. Rodák zmiňuje technický problém: V dětských domovech mají problém vracet děti z víkendu, protože to spadá mimo pracovní dobu.

#### **Zařízení si již nechce vzít dítě z léčebny zpět**

- MUDr. Čihák popisuje „skryté odmítání“ ze strany školských zařízení. Pošlou dítě do léčebny a zároveň začnou zařizovat přemístění.
- Mgr. Zdražilová: Ochránce požaduje, aby se všichni zainteresovaní profesionálové zapojili a společně řešili, kam s dítětem dál. Léčebnám ve zprávách z návštěv ochránce doporučoval, aby – pokud zařízení nemá zájem nebo si s dítětem neporadí a je to léčebna, která to zjistí – kontaktovaly OSPOD a ten to rozhýbal. Měla by se dít případová konference... To je zatím představa ideálního stavu, ne žité reality.

#### **K podpisům obou rodičů**

- MUDr. Matýs vyjadřuje obecné nejasnosti – jak to má být v ambulanci s podpisy, kdo se má obracet na soud... MUDr. Považan si nemyslí, že by měli podepisovat oba rodiče. MUDr. Čihák doplňuje, že souhlas i jen jednoho bývá problém.
- Jsou různé zkušenosti. MUDr. Matýs například uvádí případ, kdy soud v Opavě řeší umístění prvňáčka s Aspergerovým syndromem...
- Mgr. Zdražilová referuje o legislativních aktualitách – dané ustanovení se má rušit rychlou novelou.
- JUDr. Kantůrková doplňuje, že v důvodové zprávě k zákonu č. 372/2011 Sb. je k tomu uvedeno, že se vyslyšely hlasy ochránců lidských práv. Neví se ale, kdo to měl být, protože se ověřilo, že to nebyl ombudsman, ani vládní zmocněnkyně, ani Liga lidských práv... V praxi to činí velké problémy. Zákon není provázán s procesními předpisy. Vžitý výklad je: jeden rodič – běžné věci, až opravdu zásadní (amputace, chemoterapie) oba rodiče; také třeba umístění do školky, školy... Pokud si s něčím nevíte rady, obraťte se na vaše opatrovnické soudce. Pokud si nebudou vědět rady, budou se řídit přirozeněprávními předpisy (nález ÚS).

### **Nad útěky dětí a neblahými jevy s nimi spojenými**

- MUDr. Čihák: jak je to s útěky a pácháním trestné činnosti a braním drog jako s indikací pro hospitalizaci? Co po nás ale školská zařízení chtějí? (MUDr. Matýs upozorňuje, že útek sám o sobě není indikací pro hospitalizaci.)
- Mgr. Tomeček upozorňuje, že ústavní výchova není vynutitelná.
- MUDr. Rodák soudí, že veškerá pedopsychiatrická doporučení školským zařízením jsou k ničemu, pokud jsou zákonem stanoveny takto liberální normy – pokud není možné dítě v zařízení udržet a pracovat s ním. MUDr. Matýs souhlasí. Proč stát platí SVP? Když dítě nechce poslouchat, stejně uteče. Pro výchovné ústavy (kde jsou děti nad 15 let) by stát měl zpřísnit pravidla a dát víc kompetenci vychovatelům. Podotýká, že vstupem ochránce na Janovou v minulosti se rozbil tamní tým, a dodnes se musí pracně budovat to, aby to fungovalo. Tým je pro nadměrná omezení často bezzubý a bezbranný, útekář se směje všem. Zpřísnit a odstupňovat pravidla pro děti s ústavní výchovou dle toho, jak se chovají – zákonem upravený přísnější dohled pro útekáře, volnější pro spolupracující chovance, při respektování osobních práv, ale taky zajišťující režim, který vede adolescenta k dodržování zákona. Aby tam děti byly nuceny zůstat a mohli je učit nové, sociálně správné normy chování.
- Mgr. Lukasová upozorňuje, že není využit institut ochranné výchovy. Neukládá se, takže pak ústavní výchova působí jako neadekvátní.
- Mgr. Němynář představuje Janovou – jedná se o uzavřené zařízení, možná jediné v republice. Uvádí, že od nich je možnost útěků minimalizována a zjišťuje se, že děti jsou vychovatelné. Žádal by právní podklad pro to, aby ústavy měly možnost děti nějakou dobu udržet a něco s nimi udělat.
- Lze shrnout, že diskutéri vyjadřovali, že problém je v tom, že režim je příliš liberální, nevyužívá se ochranná výchova.

### **Dítě, které zletí a nebude kam ho umístit – poruchy chování, nepřizpůsobivost**

- Kam s takovým dítětem? OSPOD navrhne prodloužení ústavní výchovy o rok, neboť se neví, kam s ním. Ale řešení to nepřiblíží. Jedná se o problém DPL i například diagnostických ústavů. OSPOD na malém městě nemá k dispozici vůbec žádná řešení. Chybí návazná zařízení na zařízení ústavní výchovy. Chráněná bydlení mají velmi dlouhé pořadníky.
- MUDr. Matýs dosvědčuje, že do zařízení sociálních služeb to nepůjde, protože nejsou zařízení, kam by brali lidi s agresí. Psycholožka z DÚ Lublaňská zase popisuje stigma, které představuje poznámka o diagnostickém ústavu v anamnéze dítěte. Mgr. Vítkovský dosvědčuje, že v praxi se vůbec nemůže zohledňovat (jak to doporučuje ochránce) umístování blízko domova; v praxi se neřeší, co je pro dítě nejlepší z pohledu dostupnosti rodiny, ale kde je místo se zajištěnou péčí vhodné pro daný typ postižení (tj. i daleko).
- MUDr. Matýs upozorňuje na včasné řešení způsobilosti k právním úkonům – měl by to včas řešit OSPOD. U určitých diagnóz – mentální retardace – by to měl dělat automaticky. Plus mají mu shánět dávky – peníze. Mgr. Zdražilová upozorňuje, že pokud se neví, zda tak OSPOD činí, měla by ho vyrozumět a urgovat případně i DPL, pokud tam například sedmnáctileté dítě (třeba už roky) je... Léčebna může být jediný, kdo v danou chvíli o dítě dbá. Lze rozjet příspěvek na péči, invaliditu, žádosti do zařízení...
- JUDr. Kantůrková souhlasí: když zjistíte, jsou podmínky pro zbavení nebo omezení způsobilosti, řešit už před 18. rokem. Navrhovatelem může být kdokoli – i pedopsychiatr. Není správná informace, kterou patrně některé soudy uváděly, že se musí čekat do 18 let. Nad tím se Kantůrková podivuje a slibuje šířit osvětu.

- K prodlužování ústavní výchovy přes 18 let dítěte Mgr. Vítkovský poznamenává, že by bylo lepší, aby to bylo na základě smlouvy o prodlouženém pobytu, nepodmíněném pouze přípravou na budoucí povolení, ale s ohledem na zájem a potřebu zletilého.

### **Nad speciálními potřebami dětí**

- Mgr. Vítkovský: Začněme se bavit o specifických poruchách. Začněme se bavit o typech dětí, kvantifikovat, kvalifikovat. Vytvořit standardy, podle kterých pak budou pracovat i soudci. Ústavů pro EPCH je málo. Pro dívky jen šest lůžek na Moravě a šest v Čechách.
- Mgr. Vítkovský upozorňuje, že útek je přirozená reakce dítěte na netrefení se do režimu. Děti v tamním zařízení utíkají běžně a je to výzva, abychom hledali, kde jsme se spletli. Hledání na základě selhávání a útěků.

### **Možnost práce s medikací v pobytovém školském zařízení**

- Ve školských zařízeních nemůže žádný pracovník sám o sobě podávat (ordinovat) léky. Není tam nikdo, kdo by mohl legálně podat například neklidovou medikaci, takže se to neděje. Například DDŠ Slaný v minulosti zaměstnával na miniúvazek pedopsychiatra, ale to už nelze kvůli škrtům.

### **Nad problematikou autismu**

- Mgr. Šporclová: Diagnostikování autismu v 11 letech je v případě této diagnózy už pozdě. Dítě už má zafixováno chování, které je těžké měnit. Nevidí důvod, proč by děti s autismem v ústavní výchově neměly vyrůstat s ostatními v dětských domovech. Je to o lidech, pokud někdo chce, jde to, kdo nechce, najde si důvody.
- Mgr. Lukasová upozorňuje, na velikost rodinných skupin v dětských domovech (zpravidla 8 dětí). Zná zařízení, kde když ředitel požádal zřizovatele (kraj) o peníze na navýšení personálu, dozvěděl se, že dětský domov není pro děti s autismem. MUDr. Matýs doplňuje, že dětské domovy nejsou přizpůsobené autistům. PhDr. Lányová potvrzuje, že je velmi těžké, aby dětský domov s osmičlennou rodinnou skupinou a 1 vychovatelku (málo kde je i asistent) byl autista. Běžně tam jsou dvě děti s ADHD... Mgr. Lukasová upozorňuje na (neživou?) právní úpravu (ust. § 2 odst. 12 zákona č. 109/2002 Sb.), která stanoví, že do zařízení školských jsou umisťovány i děti s postižením s tím, že se upraví režim a podmínky. MUDr. Matýs vidí řešení ve vytvoření sítě specializovaných DD. Nebo by se to měli učit všichni? Podle něj by měl vzniknout nějaký legislativní rámec.
- Mgr. Šporclová pokračuje, že důležité je pro dítě stabilizovat stav, mít zajištěnu předvídatelnost. Když znáte diagnózu, lze řadu režimových opatření zajistit. Ona zná DD, kde děti s autismem fungují.
- MUDr. Čihák má zase zkušenost s dítětem s těžkou mentální retardací s autismem v diagnóze, které je neumístitelné do DOZP.
- Mgr. Zdražilová upozorňuje, že roubojeme dítě na službu namísto přizpůsobení služby dítěti. Kvalita soc. služeb šla nahoru, ale tyhle klienty asi spíš přijmou méně kvalitní poskytovatelé, neboť ti dobří mají pořadníky na x let dopředu zaplněné. Mgr. Šporclová souhlasí, je i proti označování „případ“, vždy se má mluvit o konkrétním dítěti. Nevidět dítě s autismem, ale dítě, které má určité specifické potřeby a snažit se, aby mělo co nejkvalitnější život.
- Mgr. Lukasová se podivuje, že autismus dítěte je rozpoznán až v 11 letech, které bylo v pedopsychiatrické péči od šesti let, chodilo do nějaké speciální třídy a tři roky bylo v dětském domově sledováno, jak se zhoršuje. Mgr. Šporclová popisuje, že jsou to většinou rodiče, kdo první zaznamenají projevy – první diagnóza bývá ADHD. Až když



- se ty problémy zvýrazní, dojde k upřesnění diagnózy na autismus. MUDr. Hodková zase doplňuje, že dobře zaléčené ADHD umožní vidět autismus.
- MUDr. Hodková: Je to nové a složité téma, děti s poruchami autistického spektra přibývá. Klientela dětských domovů je stále více náročná a roubovat do toho dítě s autismem..., do té variability různých diagnóz a poruch. Druhá problematická rovina je, kam s dítětem, až zletí. Některé děti mohou pokračovat v chráněném bydlení, ale to je zlomek. Rodiče se nemají kam dovolat. A jsou to obvykle matky samoživitelky. Nedochází k zohlednění přibývání autistických dětí. Trh nereaguje. Když má dítě svůj řád, strukturované potřeby, téměř o něm nevíme. Dospělá psychiatrie takové lidi stabilizuje a pošle domů, bez dalšího.
  - MUDr. Matýs uvádí problém autistů ve školství – jak je těžké přesvědčit učitele, že s nimi mají pracovat, že je nemají segregovat.
  - MUDr. Hodková vysvětluje, jak typická je cesta dítěte s Aspergerovým syndromem: rodina dítě přestane zvládat, řešením je hned ústavní výchova a konec. Nehledě na to, že školská zařízení na to nejsou vždy připravena.
  - MUDr. Považan popisuje, jak je jako pedopsychiatr bezmocný: Několik let víme, že dítě je autistické, víme, že může napadnout matku. Vidíme, jak je víc a víc vytlačováno na okraj společnosti, k agresi už není daleko. Nepřipravíme se na problémy, které přijdou v 15, 16 letech a pak se dítě směřuje do ústavní výchovy. To je špatně. Potvrzuje, že stoupl počet dětí s poruchou autistického spektra. Zvažuje se, že 1 % dětí v ČR má tuto poruchu. Neví, zda se mají zřizovat specializované DD, podpořit nevládní organizace nebo něco jiného. Ale musí se to začít řešit. Mgr. Šporclová dodává, že APLA pracuje tak, že děti zkouší integrovat do běžných škol. Zřizovatelé ale běžně krátí dotace na asistenta nebo nedají vůbec. Potrestání jsou rodiče, kteří něco vyžadují, nebo učitel, který bez pomoci situaci nezvládne. MUDr. Matýs je kategorický: ředitel školy, který nakládá s obecnými prostředky, si nesmí určovat, koho přijme a koho ne.
  - Mgr. Zdražilová je skeptická k nějakému legislativnímu řešení. Spíše rozvíjet vymahatelnost obdržet sociální službu, začleňování osob s postižením do společnosti, přístupu ke vzdělávání... MUDr. Matýs je skeptický – žalobu nikdo nepodá, protože se bojí škol. A co vynutitelnost práv dětí s mentálním postižením? Tyto jsou diskriminovány oproti dětem s jiným tělesným přístupem – hluchým, slepým...
  - JUDr. Kantůrková potvrzuje, že přibývá případů, kdy se situace řeší ústavní výchovou. MUDr. Hodková dodává, že zná případy, kdy kurátor podá trestní oznámení na maminku dítě s Aspergerovým syndromem pro výchovné selhávání. Dítě pak jako bonus dostane ústavní výchovu.
  - Mgr. Zdražilová se podivuje, proč škola není tím, kdo přispěje k odhalení autistické diagnózy. MUDr. Považan vysvětluje, že i je, psychiatry, ve škole učili, že se jedná o raritní poruchu, se kterou se téměř nesetkají. Musí se tlačit na to, že škola nesmí dítě odmítnout. Uvádí případ z praxe, kdy škola jeho pacienta úplně vytlačila a tváří se, že s jeho vzděláváním nemá mít nic společného. Na dotaz Mgr. Zdražilové uvádí detaily – že totiž rodina s dítětem sice byla poslána někam do poradny, dítě mělo i medikaci, ale pořád se poněkud vymykalo.
  - MUDr. Matýs potvrzuje, že je to složitá diagnóza a ne všichni pedopsychiatři ji umí diagnostikovat. Často je PAS překryta jinými symptomy – úzkostí apod. Opakuje povzdech nad vymahatelností práva na školách – kdyby ředitelé museli respektovat doporučení lékařů, bylo by to jiné. Ale ředitelé jsou neodvolatelní a nelze je donutit. I když z pedopsychiatrického hlediska vidí vědomé poškozování dětí.
  - MUDr. Hodková doplňuje, že nevzdělanost i v řadách pediatriů. Utěšují rodiče, že se to nějak spraví. Za odbornou pedopsychiatrickou společnost informuje, že pracují na metodickém pokynu pro praktické lékaře. Mgr. Šporclová ještě přidává, že byla na nějakém fóru pediatriů a pedopsychiatrů, kteří popírají závažnost problému a zvyšující se

incidenci PAS. Říkají, že autismus je módní diagnóza, která neexistuje. MUDr. Považan: Pokud budeme říkat, že autismus není, ustrneme v 80. letech.

- Mgr. Vítkovský potvrzuje, že když on jako speciální pedagog promoval v roce 1983, tak na otázku, co je autismus, dostal odpověď, ať si pustí film Rainman. Je nutné lidi vzdělávat! Ale už 10 let tu není žádný tlak na vzdělávání pedagogů. Není koncepce vzdělávání. Nikdo nic neorganizuje a nejsou na to peníze. Speciální pedagog může být také člověk, který rozumí logopedii ve školkách. Mgr. Šporclová souhlasí a dodává, že učí na katedře psychologie a vidí, že se o autismu neučí, stále se odkazuje na „Rainmana“.
- Mgr. Lukasová se ptá JUDr. Kantůrkové, jak bude postupovat, pokud jí napadne návrh matky na nařízení ústavní výchovy pro dítě z toho důvodu, že jinak pro ně nesežene zařízení sociálních služeb. Úplná rodina ale pro velmi náročné chování dítěte ho nemůže mít doma (ohrožoval by i další děti), hlásí se k dítěti, zvládala by víkendové pobyty, ale nikde nemůže dostat sociální službu (a tak dlouhodobá hospitalizace v DPL). Kantůrková odpovídá, že jako soudce může spolupracovat hlavně s OSPOD. A dále má brát v úvahu, že ústavní výchova je až ten poslední nástroj. Může OSPOD podněcovat k hledání náhradní rodinné péče. Nedokáže bez dalšího reagovat konkrétněji. Mgr. Lukasová dodává, že uvádí druhý z takových případů, které se k ochránci dostaly. Psycholožka z DÚ Lublaňské završuje obrázek konstatováním, že pak už jen chybí, aby se takové dítě dostalo do diagnostického ústavu do skupiny s nějakým vazounem s poruchami chování...
- Mgr. Vítkovský doplňuje, že je zde bohužel i ekonomické hledisko. Dítě s ústavní výchovou má zajištěno plné a přímé zaopatření. To je významné pro rodiny, pro které je specializovaná péče (pobyt v komunitě apod.) ekonomicky náročná.