



Veřejný ochránce práv
OMBUDSMAN

Zpráva ze systematických návštěv

**DĚTSKÝCH PSYCHIATRICKÝCH
NEMOCNIC**

2013

Obsah

Použité zkratky	4
I. Úvod	5
1. Zákonný podklad systematických návštěv	5
2. Systematické návštěvy dětských psychiatrických nemocnic	5
3. Průběh návštěv	6
4. Informace o navštívených zařízeních	7
II. Obecné poznámky k lůžkové péči dětské a dorostové psychiatrie v ČR.....	9
1. Dítě jako pacient	9
2. Dětská a dorostová psychiatrie v České republice	11
III. Zjištění o zacházení v navštívených psychiatrických nemocnicích	17
1. Hospitalizace dítěte	17
a) Hospitalizace na psychiatrii	17
b) Souhlas s hospitalizací	18
c) Prázdninový pobyt.....	23
2. Materiální podmínky	25
3. Péče	28
a) Souhlas s poskytovanou péčí.....	28
b) Obsah péče	29
c) Speciální potřeby dětí s postižením.....	34
d) Péče v souvislosti s ukončením hospitalizace.....	35
e) Spolupráce s rodiči a osobami pečujícími o dítě	40
f) Mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb.....	42
4. Omezovací prostředky	42
5. Režim a ohledy na soukromí a stud.....	46
6. Možnost stěžovat si.....	51
7. Kontakt s vnějším světem a s rodinou	52
a) Návštěvy	52
b) Kontakt s rodiči a blízkými	54
c) Korespondence dětí, možnost telefonického kontaktu, přístup k internetu	56
8. Personál	59

IV. Závěr	60
V. Použité zdroje.....	62
1. Literatura	62
2. Právní předpisy.....	62
3. Právně nezávazné dokumenty.....	63
4. Judikatura	64
5. On-line zdroje.....	64
VI. Přílohy.....	65
1. Přehled formulovaných standardů a doporučení	65
2. Kazuistiky.....	72
a) Zajištění návazné péče pro dítě s postižením, případ Růžena.....	72
b) Nevhodné zařazení v rámci systému školských zařízení, případ Filip a Jakub	74
c) Speciální potřeby dítěte s poruchou autistického spektra, případ Ondřej	76
d) Speciální potřeby dítěte s poruchou autistického spektra, případ Petr.....	78

Použité zkratky

Listina základních práv a svobod – usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Občanský soudní řád – zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Občanský zákoník – zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Správní řád – zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Školské zařízení – dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, diagnostický ústav

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod – sdělení č. 209/1992 Sb., o Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod.

Úmluva o právech dítěte – sdělení č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Zákon o rodině – zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí – zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o zdravotních službách – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy – 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.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění – zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

I. Úvod

1. Zákonný podklad systematických návštěv

1. Veřejný ochránce práv působí jako národní preventivní mechanismus, jak jej vymezuje Opční protokol¹ k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.² Činí tak prováděním systematických návštěv míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě (§ 1 odst. 3 a 4, § 21a zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů).

Cíl návštěv

2. Cílem systematických návštěv je zjišťovat, jak je s osobami omezenými na svobodě zacházeno, zda jsou respektována jejich základní práva a svobody, a tím posílit jejich ochranu před všemi formami špatného zacházení. Zda jsou osoby omezeny na svobodě de facto – v důsledku své faktické závislosti na poskytované péči (z důvodu stáří, nemoci či postižení), či de iure – na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci, není při zajištění jejich ochrany před špatným zacházením podstatné.

3. Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. V extrémní poloze může mít podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. Špatným zacházením je však i neúcta k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí, nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, či zneužívání závislosti na poskytované péči nebo její prohlubování. Formálně špatné zacházení může spočívat v porušování práv garantovaných Listinou základních práv a svobod, mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, dále pak neplněním více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe či postupů.³

Špatné zacházení

2. Systematické návštěvy dětských psychiatrických nemocnic

4. Pro rok 2011 a 2012 jsem k provádění systematických návštěv vybral zařízení, kde pobývají děti. Krom školských zařízení⁴ (včetně diagnostických ústavů a středisek výchovné péče) a kojeneckých ústavů, jsem se zaměřil i na lůžková zařízení dětské a dorostové psychiatrie. Tedy zdravotnická zařízení, kde je poskytována zdravotní péče – před 1. 4. 2012 na základě zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a od dubna 2012 podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tato zpráva shrnuje má zjištění a poznatky z návštěv dětských psychiatrických léčeben, resp. dětských oddělení všeobecných léčeben.

Návštěvy zařízení pro děti

¹ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 78/2006 Sb. m. s., o sjednání Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.

² Vyhláška Ministra zahraničních věcí č. 143/1988 Sb., o Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.

³ Definice uvedená v důvodové zprávě k zákonu č. 381/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

⁴ Zhodnocení návštěv školských zařízení jsem provedl [Zprávou z návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy](#) a formulováním [Standardů péče o ohrožené děti a jejich rodiny](#).

Pro informace a také širší právní argumentaci o postavení dítěte v institucionální výchově a o právech dítěte obecně odkazuji na svou obšírnou [Zprávu ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy](#).

3. Průběh návštěv

5. Provedením systematických návštěv jsem pověřil pracovníky Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „pracovníci Kanceláře“). Návštěvy proběhly v letech 2011 a 2012, a to v pěti lůžkových zařízeních dětské a dorostové psychiatrie – ve všech třech dětských psychiatrických léčebnách a ve dvou dětských a dorostových odděleních všeobecných psychiatrických léčeben. V jednom zařízení byla provedena následná návštěva.

Navštívené zařízení (cílová skupina dětí)	Kapacita
Dětská psychiatrická nemocnice Louny (5-15 let); dále také jen DPN Louny	54
Dětská psychiatrická nemocnice Opařany	160
Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš	57
Dětské a dorostové oddělení Psychiatrické nemocnice v Opavě (6-18 let)	50
Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod	34

V době redakce textu se navštívená zařízení přejmenovala na psychiatrické nemocnice.⁵ Proto dále používám výraz „dětská psychiatrická nemocnice“ nebo „DPN“, „psychiatrická nemocnice“ nebo „nemocnice“.

6. Návštěvy proběhly vždy neohlášeně, ovšem na místě s vědomím vedení zařízení. Průběh návštěv odpovídal velikosti a členění zařízení. Návštěvy zahrnovaly prohlídku zařízení, studium dokumentace včetně zdravotnické, studium vnitřních předpisů zařízení, rozhovory s vedením, s pracovníky a s částí hospitalizovaných dětí. Návštěv se účastnili externí zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv, nejčastěji lékaři se specializací v dětské a dorostové psychiatrii.

7. Ze strany navštívených zařízení byla pracovníkům Kanceláře poskytnuta veškerá požadovaná součinnost. O zjištěných byly vypracovány zprávy s doporučeními a návrhy opatření k nápravě, které jsem předložil ředitelům/ředitelkám zařízení k vyjádření. S nimi byly rovněž diskutovány závěry a obecná doporučení ze systematických návštěv, a to při setkání u kulatého stolu, a dále při setkání s nimi a s představiteli vybraných školských zařízení, jež jsem uspořádal pro vyvolání diskuse nad

⁵ Změna názvu z psychiatrických léčeben na nemocnice proběhla na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví, viz Oznámení č. ZD11/2013 Ministerstva zdravotnictví o změně názvu státních příspěvkových organizací.

společnými problémy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy. Zápis z posléze uvedeného setkání jsem zveřejnil.⁶ Rovněž jsem obdržel připomínky Asociace dětské a dorostové psychiatrie a proběhla dílčí jednání se zástupci Ministerstva zdravotnictví o stavu Dětské psychiatrické nemocnice Louny.

8. Mnou kritizované skutečnosti ve svém souhrnu představovaly špatné zacházení ve dvou psychiatrických nemocnicích (omezování kontaktu s rodinou, plošná kontrola obsahu korespondence a telefonátů, narušování soukromí při prohlídkách a hygieně, povinnost celodenního chzení v pyžamu pro pacienty v detoxikačním režimu, nepřiměřeně krátká doba vyhrazená pro přijímání telefonátů a nedostatek soukromí při telefonování). Jedno zařízení akceptovalo má doporučení a režim změnilo. DPN Louny bylo nutné navštívit ještě dvakrát, a následně jsem se obrátil na ministra zdravotnictví jako představitele zřizovatele DPN. Začátkem roku 2013 došlo z iniciativy zřizovatele ke změně na postu ředitele léčebny.

**Následné
návštěvy**

9. Kromě posouzení podmínek v zařízeních jsem se zabýval širším kontextem naplňování práv dětí se zdravotním postižením na zvláštní péči. Tam, kde délka hospitalizace dítěte výrazněji překračovala průměr, byl zkoumán důvod jejího trvání. Nebylo zjištěno účelové prodlužování hospitalizace, ovšem musím upozornit na problémy, kterým se věnuji níže (viz bod 85 a násl.). Především jde o nepříznivou situaci pro děti s mentálním postižením a přidruženou psychiatrickou diagnózou a děti s poruchami autistického spektra.

4. Informace o navštívených zařízeních

10. Zřizovatelem všech navštívených zařízení je Ministerstvo zdravotnictví. Všechna sídlí ve vlastních objektech, s výjimkou DPN Louny, která je v nájmu. Tato okolnost je na stavu zařízení znát – vnitřní prostředí se během roku a půl, kdy jsem zařízení navštěvoval, nezměnilo, byť byly doporučovány menší technické změny (v zájmu zvýšení standardu soukromí): fakticky není možné získat od zřizovatele prostředky na investice do majetku, který není ve vlastnictví státu. V daném případě nakonec zřizovatel přislíbil podpořit dílčí změny.

11. Všechna pracoviště jsou standardně financována pouze z plateb zdravotních pojišťoven, a to ve formě paušálu na lůžko a den. Pokud chce psychiatrická nemocnice dosáhnout na peníze z dotačních titulů, musí zajistit finanční spoluúčast, což je pro některá zařízení neřešitelný problém – žádnou rezervu pro tento účel nejsou schopna vytvořit. Některá navštívená zařízení nezískala žádný příspěvek zřizovatele již několik let. Příjmem psychiatrických nemocnic jsou dále regulační poplatky (viz bod 34 a násl.).

⁶<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/konference-a-kulate-stoly/>; k tématu rovněž viz Lukasová, M.: Zpráva o aktuálních problémech společných v dětské a dorostové psychiatrii a institucionální výchově, Česká a slovenská psychiatrie. 2013, č. 1.

12. Při psychiatrických nemocnicích jsou zřizovány základní, případně i mateřské školy, jako samostatné právní subjekty (zpravidla zřizované krajem).

13. Pacienty jsou nejčastěji děti do 15 let, v některých zařízeních i starší. Dětská a dorostová psychiatrie není u některých dětí starších 15 let již kompetentní a pacienti jsou předáváni do zařízení pro dospělé. Část dětí v navštívených psychiatrických nemocnicích měla nařízenou ústavní výchovu, nebo uloženu ochrannou výchovu (v největší DPN v ČR tvoří dlouhodobě jejich podíl na hospitalizacích 30-40 %).

14. Ve všech případech děti do navštívených institucí nastoupily na základě doporučení lékaře, někdy ovšem pouze psychiatra (pro dospělé). Při návštěvách byly jen výjimečně zaznamenány hospitalizace bez souhlasu, tedy na základě přivolení soudu. Většina nástupů je plánovaná.

**Délka
pobytu**

K charakteristice zařízení a poskytované péče bývá někdy používán údaj o průměrné délce hospitalizace. Pro zajímavost mohu nabídnout porovnání čísla z roku 2011 za DPN Louny – 5 měsíců a za DPN Opařany – 96,4 dne, respektive číslo z DPN Opařany z roku 2012 – 76,1 dne. Podotýkám, že čísla jsou ovlivněna několika déletrvajících hospitalizacemi.⁷ Jako vysvětlení trendu klesající délky hospitalizace se nabízí efekt regulačních poplatků, které tíží rodiče a ti tedy usilují o zkrácování délky hospitalizace. Z hlediska odborného nelze zatím tento vývoj hodnotit obecně, ale pouze ve vztahu ke konkrétním dětem. Jisté je, že se zvyšují požadavky na psychiatrické nemocnice, aby stíhaly stejnou práci za méně dní (t.j. zvyšují se nároky na práci personálu, aniž by stoupl úhradové ohodnocení). Obložnost všech pracovišť kolísá v průběhu kalendářního roku vzhledem k zátěži, které jsou děti vystavovány v průběhu školního roku.

**Děti
s posti-
žením**

15. Zajímá mě rovněž o podíl dětí s mentálním postižením na počtu právě hospitalizovaných dětí. V DPN Louny odhadli, že se jednalo o třetinu, v PN Opava o osminu. Pouze DPN Opařany má vzhledem ke své velikosti možnost péči o děti s mentálním postižením organizačně i jinak specializovat (v době návštěvy dvě oddělení specializovaná na péči o děti s mentálním postižením vedle duševní poruchy). V Opařanech nepřevažovaly mezi pacienty s mentálním postižením děti s ústavní výchovou.

16. Dětské psychiatrické nemocnice jsou zařízení speciální péče, kde dítě pobývá po určitou dobu, po kterou s ním má být soustředěně pracováno, a jež nemají dítěti nahrazovat domov. Proto zde v mnoha ohledech nevznášíme nároky srovnatelné například s dětskými domovy.

17. Závěrem poznamenávám, že téměř na všech pracovištích bylo zaznamenáno, že dětské pacienty projevovali ke zdravotnickému personálu důvěru, což se pozitivně promítalo do celkové atmosféry a zcela jistě i do efektu léčby.

⁷ Další čísla: Průměrná ošetřovací doba na dětském oddělení PL Havlíčkův Brod za rok 2011 činila 46 dnů, za první kvartál 2012 42 dnů. V době konání návštěvy činila nejdelší hospitalizace 42 dnů. V DPL Velká Bíteš činila průměrná délka hospitalizace přibližně 10 týdnů. V době konání návštěvy trvala nejdelší doba hospitalizace 17 týdnů.

II. Obecné poznámky k lůžkové péči dětské a dorostové psychiatrie v ČR

1. Dítě jako pacient

Politika státu musí aktivně podporovat rodinný život, přičemž zvláštní podpory a pomoci se musí dostat ohroženým rodinám tak, aby prioritou bylo setrvání dítěte v rodině.

Stát je povinen zajistit dostatečnou síť podpůrných služeb pro ohrožené rodiny, aby bylo možno překonat nepříznivou situaci především za využití terénních a ambulantních služeb.

Dětem, které z důvodu svého postižení nebo nemoci vyžadují zvláštní péči, musí být tato péče dostupná.

Obecná východiska

18. V centru pozornosti stojí dítě – to je východisko, které musí být v péči o dítě mimo jeho přirozené prostředí vždy respektováno.

19. Dítě má **právo na soukromý a rodinný život**, které zahrnuje právo na výchovu a péči rodičů.⁸ Rozvinutí tohoto základního práva navazující právní úpravou (institucionální výchova až jako nejzazší prostředek⁹ podléhající pravidelnému přezkumu) a judikaturou (jednoznačné odmítnutí extenzivního přístupu při odebrání dětí rodičům v rozhodnutích Evropského soudu pro lidská práva)¹⁰ vyžaduje, aby dětem a jejich rodinám byla dostupná veškerá potřebná pomoc a podpora (tzv. pozitivní závazky státu pro zabezpečení práva na soukromý a rodinný život). Pedopsychiatrická péče musí být její součástí a její formy musí zohledňovat zranitelnost dítěte a jeho zvláštní potřeby.

Pobyt v institucích je z jejich povahy vždy spojen s řadou negativních jevů (větší zranitelnost člověka v instituci), což je v případě dětí ještě umocněno jejich zráním i nároky na citové zázemí. Pobyt by proto měl být vždy co nejkratší (po nezbytnou dobu). Potřebná péče by pak měla být (pokud možno) zajištěna v místě trvalého pobytu dítěte. Dětská a dorostová psychiatrie musí usilovat o minimalizaci negativních dopadů pobytu v instituci na dítě.

20. Zajištění práva na rodinný a soukromý život je především v kompetenci orgánů sociálně-právní ochrany dětí, stejně jako ochrana před zanedbáváním nebo zneužíváním dítěte. Primární úkol zdravotní péče souvisí s **právem dítěte na nejvýše dosažitelnou úroveň zdravotního stavu a využívání léčebných a rehabilitačních zařízení**. Kolize s právem na soukromý a rodinný život není vyloučena.

⁸ Článek 7 odst. 1 Úmluvy o právech dítěte.

⁹ Ustanovení § 46 zákona o rodině.

¹⁰ Viz zejména rozsudky Wallová a Walla proti České republice, stížnost č. 23848/04, rozsudek ze dne 26. 10. 2006, a Havelka a ostatní proti České republice, stížnost č. 23499/06, rozsudek ze dne 21. 6. 2007.

Na tomto místě chci poznamenat, že ne vždy je tato kolize nutná: při návštěvách jsem se například setkal s dítětem, jehož matka zvažuje podání návrhu na nařízení ústavní výchovy, neboť není svými silami schopna zajistit mu péči, a sociální služba, která by byla optimální, není zřízena. Právně jde o stejně napadnutelnou situaci, za jakou byla Česká republika opakovaně odsouzena Evropským soudem pro lidská práva za umístování dětí do institucí z důvodu materiálního nedostatku v rodině.

21. Pro podobu poskytované péče je významné rovněž **právo dítěte**, které je schopno formulovat vlastní názory, **svobodě vyjádřit svou vůli** ve všech záležitostech, které se jej dotýkají.¹¹ Níže je o něm pojednáno v bodech 44 a 52.

22. Nejvyšší kategorií a nejdůležitějším hlediskem posuzování jakékoliv otázky týkající se dítěte je **nejlepší zájem dítěte**. Tento pojem se v různém kontextu vyskytuje v řadě právních ustanovení, zejména v článku 3 bodu 1 Úmluvy o právech dítěte.¹² Hledání „nejlepšího zájmu dítěte“ je složité a každá profese má svůj úhel pohledu. Jako zajímavý postřeh cituji z reakce ředitele jednoho zařízení na mou zprávu: *„Jsme si vědomi toho, že neexistuje nějaká přirozená harmonie mezi medicínskými a obecně lidskými zájmy, že toho, co lze v maximálně možné míře mnohdy dosáhnout, je nalezení konsensu a vzájemného porozumění. Víme, že dobově platná medicínská racionalita nemusí vždy nacházet pochopení mezi lidmi a jsme si vědomi její historické i společenské podmíněnosti. Jsme přesvědčeni, že k pokroku v naší práci a ve společnosti dochází konsenzuálně, tedy nenásilným vzájemným uznáváním subjektů v jazykové komunikaci a jsme připraveni se tohoto dialogu zúčastnit.“*

Aktuální situace ohrožených dětí v ČR

23. Dříve, než bude pojednáno o lůžkové dětské a dorostové psychiatrické péči, chci krátce předestřít, v jakém kontextu péče o dítě působí:

- Existují děti, které propadají současným zdravotním, sociálním a školským systémem, níže je o nich pojednáno například v souvislosti s jejich „neumístitelností“ po skončení hospitalizace (viz body 88 a 89).
- Z pohledu pedopsychiatrického je umístění do DPN nevhodné u mládeže s nebezpečnými projevy, s psychopatickými rysy. Jedná se především o chlapce ve věku 15-18 let, které si vzájemně „přehazují“ výchovné ústavy, dětská a dospělá psychiatrie. Pedopsychiatrická pracoviště konstatují svou nepřislusnost, resp. neindikovanost pobytu, pokud jsou pacienti léčebně neovlivnitelní

¹¹ Čl. 12 odst. 1 Úmluvy o právech dítěte

¹² „Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány.“ Nejlepší zájem dítěte definuje všeobecné vyjádření Výboru OSN pro práva dítěte č. 14 následovně: „Koncept nejlepšího zájmu dítěte je flexibilní a přizpůsobivý. Měl by být přizpůsoben a definován na individuální úrovni, s ohledem na specifickou situaci dítěte nebo dětí, při zohlednění jejich osobního kontextu, situace a potřeb.“ (odst. 32).

(selhávají i vysoké dávky psychofarmak a léčebný režim). Přesto se od DPN „detence“ těchto mladých lidí očekává, což je stejně málo vhodné, jako očekávat ji od výchovných ústavů s jejich stávajícími možnostmi. (Školská zařízení nezaměstnávají lékaře a neposkytují zdravotní péči, ačkoli tomu tak v minulosti bylo.) Metodicky se jedná o otázku na hraně mezi resorty zdravotnictví a školství, která je nevyřešená (nejméně po dobu, kdy ochránce působí jako národní preventivní mechanismus, tedy od roku 2006). Více k tomuto tématu viz [Zápis z kulatého stolu Nad společnými problémy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy](#).

- V České republice neexistují zařízení, která by poskytovala skutečně výchovně léčebnou péči. 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. Školská zařízení dnes nezaměstnávají ani sestry (na pozici zdravotnického pracovníka), ani lékaře, a pracují pouze s výchovnými nástroji. O léčebné péči ve školském zařízení proto ani nelze v současnosti hovořit. Málo je i zařízení vybavených alespoň pozicí etopeda nebo psychologa.
- Existuje tlak školských zařízení, aby lůžková psychiatrie řešila výchovné problémy dětí, se kterými si například v dětském domově neví rady. Psychiatrické nemocnice jsou v současné době často vnímány jako „odkladiště“ složitých dětí. Poznal jsem to při návštěvách školských zařízení a odraz toho bylo možné zaznamenat ve třech DPN. Při návštěvách školských zařízení jsem se setkal v jednom soudním rozhodnutí s umístěním dítěte do psychiatrické nemocnice z důvodu nedostatku míst v diagnostickém ústavu. Mám také zdokumentovaný případ (rok a půl starý) umístění dítěte z důvodu konfliktu s ředitelem.

Výchovně
léčebná
péče

2. Dětská a dorostová psychiatrie v České republice

Služby ambulantní i lůžkové psychiatrie by měly být dětem a jejich rodinám dostupné a neměly by být nahrazovány péčí ústavní.

Poskytnutí psychiatrické péče dítěti nemůže být podmiňováno ochotou či možnostmi rodičů zaplatit regulační poplatek.

Současná situace oboru

24. Obor dětská a dorostová psychiatrie čelí v České republice řadě problémů, které jsou kompetentním orgánům známy, zejména z aktivit Asociace dětské a dorostové psychiatrie (odkazují například na podklady předkládané poradnímu orgánu ministra zdravotnictví - Pracovní skupině k seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami). Uvádím proto pouze skutečnosti, které byly seznatelné v přímé souvislosti s provedenými návštěvami.

25. Sílu informačního a programového dokumentu odborné obce, tedy Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, má jediný oficiální dokument o dětské a dorostové psychiatrii v České republice, totiž Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008 (dále jen Koncepce oboru psychiatrie) a její kapitola 11. Česká republika nemá vládní program péče o duševní zdraví, neexistuje centrální politika zajištění péče dětské a dorostové psychiatrie, a to jak ambulantní, tak lůžkové.

Systém pedopsychiatrické péče v ČR vykazuje značné prvky institucionalizace, s výrazným nedostatkem služeb komunitních a ambulantních. To konstatuji na základě zjištění učiněných v letech 2011 až 2012 při návštěvách školských zařízení a konstatuje to i Koncepce oboru psychiatrie. Ve spojení se snižujícím se počtem pedopsychiatrů lze situaci označit za neuspokojivou a hrozící značnými zásahy do práv dětí. Tato svá konstatování, která snad mohou působit až příliš silně, rozvedu:

26. **Ambulantní pedopsychiatrické péče** není v některých regionech dostupná. Z parere nalezených v chorobopisech při návštěvách DPN (například DPN Velká Bíteš nebo DPN Louny) je zřejmé, které děti (ze kterých okresů) nastupují na základě doporučení psychiatra pro dospělé, neboť dětský specialista v regionu nepůsobí. Mohu zmínit zjištění ze systematické návštěvy výchovného ústavu pro chlapce s velmi problematickým chováním, kde (v roce 2012) nemohli pro děti získat pedopsychiatra. Velký problém hlásí celé spádové území Dětského diagnostického ústavu Liberec.¹³

Důsledkem je nežádoucí nahrazování absentující ambulantní péče péčí lůžkovou a (pouze dlouhodobě měřitelný) dopad na duševní zdraví celé generace. Dětská a dorostová psychiatrie (pedopsychiatrie) jako samostatný medicínský obor není zastupitelná v plném rozsahu žádným jiným medicínským oborem, ani dospělou psychiatrií. Není možné nahrazovat nedostatečné ambulantní služby hospitalizací.¹⁴

V této souvislosti jsem v lednu 2012 uplatnil zásadní připomínku k návrhu nařízení vlády o stanovení dojezdových dob vyjadřujících místní dostupnost zdravotní péče a stanovení lhůt vyjadřujících časovou dostupnost plánované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (později přijato jako č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, s účinností od 1. 1. 2013), a to proti nedůvodným rozdílům mezi dětskou a dospělou psychiatrií.¹⁵ Vyjádřil jsem

¹³ Nedostatečnost sítě ambulancí konstatuji v bodě 278 [Zprávy ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy](#).

¹⁴ Zde odkazují na výklad obsažený v Koncepci oboru psychiatrie. Mj.: „Kapacita ambulantní dětské a dorostové psychiatrie zůstává daleko za skutečnou potřebou psychiatrické péče v této věkové populaci, objednávací doby na první vyšetření se v některých oblastech prodloužily až na 3 měsíce, přitom u řady psychických poruch může opoždění léčby vážně ohrozit zdravotní stav a psychický vývoj dítěte.“ Kapitola 11.21.

¹⁵ Jako výraz místní dostupnosti ambulance pro dospělé byla v návrhu stanovena maximální doba dojezdu 45 minut, u ambulance pro děti 120 minut. Ve své rozporující připomínce jsem uvedl: „Vybudování ambulantní sítě lékařských ordinací zaměřených na léčbu stejného typu onemocnění co do diagnóz, při stanovení rozdílné místní dostupnosti zdravotnických zařízení, podle toho, zda jde o zletilého nebo nezletilého pacienta, představuje nedovolené nerovné zacházení ve smyslu ustanovení § 2 odst. 3 zákona č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů, na základě věku pacienta.“

rovněž nesouhlas s tvrzením předkladatele, že návrh nařízení vlády je v souladu s ústavním pořádkem ČR a že stávající síť smluvních zdravotnických zařízení v zásadě pokrývá reálné potřeby zdravotní péče v ČR.

Situace rovněž souvisí s nedostatkem pedopsychiatrů obecně (viz bod 28).

27. Síť dětských psychiatrických nemocnic, respektive dětských oddělení všeobecných psychiatrických nemocnic, není ustanovena na základě centrální úvahy. Spíše se jedná o výsledek historického vývoje, který je v poslední době charakterizován spíše uzavíráním dětských oddělení z důvodu jejich prodělečnosti (personálně náročná, tj. drahá činnost bez odpovídajícího hrazení). Jinými slovy, pokud například ve všeobecné psychiatrické nemocnici není dětské oddělení prioritou vedení (které je jeho provoz ochotno „dotovat“ z celkového provozu), zanikne bez dalšího.

Důsledkem je to, že pro některé oblasti je lůžková péče značně vzdálená, a tím je pro tamní děti při hospitalizaci ztížena možnost vidat rodiče. Ergo, dítě je buď od rodiny izolováno, nebo je rodiče hospitalizovat nenechají.

**Vzdálenost
péče**

28. Nedostatek pedopsychiatrů v České republice je dlouhodobě známým faktem. V tomto směru se odvolávám na informace Asociace dětské a dorostové psychiatrie,¹⁶ že v ČR chybí jen v ambulantní péči 20-30 plných úvazků pedopsychiatrů (do počtu 100, dle Koncepce oboru psychiatrie), a další chybí ve všech dětských odděleních psychiatrických nemocnic. Nezaznamenal jsem, že by se přistoupilo k řešení formou usnadnění získání náležitého vzdělání pro lékaře. Zatímco dětská chirurgie a dětské lékařství představují základní obor specializačního vzdělávání lékařů (lékař tedy specializovanou způsobilost získá v rámci první atestace), dětská a dorostová psychiatrie představuje až nástavbový obor.¹⁷

Nesplněný tak zůstává úkol formulovaný Konceptí oboru psychiatrie (kap. 11.5): „Zlepšovat dostupnost moderní pedopsychoiatrické ambulantní péče zvyšováním počtu kvalifikovaných pedopsychiatrů.“ Jinak řečeno, každý rok z praxe odchází (ukončuje službu z důvodu věku) více pedopsychiatrů, než kolik jich nastupuje (a pokud by přestali ordinovat všichni ambulantní pedopsychoiatři, kteří již dosáhli důchodového věku, speciální obor by se stal pouhou teorií). Jedno z možných řešení je povahy pouze administrativní – změna zařazení oboru v rámci specializačního vzdělávání lékařů (změna vyhlášky) na stav, jaký je v Evropě běžný.

¹⁶ Sdělení místopředsedy Sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP a předsedy Koordinačního výboru Asociace dětské a dorostové psychiatrie MUDr. Matýse při jednání zástupců Kanceláře veřejného ochránce práv a představitelů Ministerstva zdravotnictví o budoucnosti DPL Louny v listopadu 2012.

¹⁷ Národní právní úprava (vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů) je tak přísnější než Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací, která požaduje pro dětskou a dorostovou psychiatrii jako minimum 4 roky odborné přípravy.

29. **Financování lůžkových pracovišť** je odvislé od úhrad založených na počtu dní, po které je lůžko obsazeno. Tento princip ovšem protiče zásadě ponechat dítě v instituci jen na nezbytně dlouhou dobu.¹⁸

Finanční situaci zařízení také destabilizuje sezónní kolísání poptávky po lůžkové péči během roku, které není v mechanismu úhrad zohledněno. Koncepce oboru psychiatrie uvádí, že prakticky všechna pedopsychiatrická lůžková zařízení jsou nucena v období hlavních prázdnin omezit provoz, protože hospitalizace dětí je v tomto období požadována jen v mimořádně závažných a neodkladných případech. A dodává, že v letních měsících „organizují některá oddělení specificky zaměřené rehabilitační tábory“. K tomu více viz bod 55 a násl.

30. **Nejsou vytvořeny podmínky pro práci s rodinou dítěte.**¹⁹ Přílišná vzdálenost zařízení pro některé lokality a nedostatečné podmínky pro sociální práci vedou k tomu, že často není možné pomoci dětem, pokud rodiče neakceptují doporučení vyplývající z léčby. Jak ale zvýšit frekvenci rodinných terapií (pokud nemají být poněkud represivně nařízeny orgánem sociálně-právní ochrany dětí), je-li zdravotnické zařízení pro rodinu příliš daleko?

Jestliže až třetinu hospitalizovaných tvoří děti s nařízenou ústavní (nebo uloženou ochrannou) výchovou, vzniká jen z tohoto důvodu velká poptávka po intenzivní práci s rodinou. Psychiatrie má potenciál podpořit optimalizaci výchovného prostředí dítěte a snížení pravděpodobnosti rehospitalizace.²⁰ Na straně psychiatrických nemocnic však rodinná terapie a sociální práce s rodinami dětí rozvinuta není.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím zintenzívnit při terapii dítěte práci s rodinou. Standardně požadovat účast rodičů²¹ a spolupracovat s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, zvláště pokud se neuspokojivé vztahy a poměry v rodině negativně odrážejí na úspěchu léčby (k otázce mlčenlivosti viz bod 98 a násl.).

31. Z toho, že financování pedopsychiatrické lůžkové péče je zcela závislé na kalkulaci úhrad ve formě ošetřovacích dnů (vycházející z platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami), lze dovodit, že i povaha péče

¹⁸ Částečně tuto nepříznivou úměru může zmírnit nastavení požadované obložnosti, tedy zaplněnosti lůžek ve výpočtu ošetřovacího dne. Pro lůžka v dětských psychiatrických léčebnách je ve výpočtu již léta požadována 95% obložnost, což je velmi vysoké číslo.

¹⁹ Má to přímou souvislost se zásadou vyhýbání se umístování dětí do institucí všude tam, kde je to možné, a to prostřednictvím preventivních opatření. To je základní princip obsažený v Dodatku k Doporučení Rec (2005)5 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních [on-line]. Dostupné z:

<[http://www.coe.int/t/dg3/children/childrenincare/Rec\(2005\)5%20Czech.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/children/childrenincare/Rec(2005)5%20Czech.pdf)>.

²⁰ Poznatek z konkrétního zařízení: Nejčastěji se vyskytující diagnózy jsou „socializovaná porucha chování“ a „jiné smíšené poruchy chování a emocí“. V širších souvislostech jsou děti velmi často charakterizovány „disharmonickým vývojem“, „nerespektováním autorit“, „hádkami s rodiči“. Dle lakonického vyjádření personálu by často bylo potřeba poskytnout odbornou péči spíše rodičům, než dětem.

²¹ Pokud by se rodiče, kteří nejsou schopni řešit problémy spojené s výchovou dítěte, odmítali zúčastnit terapie, a přitom by jejich účast byla v zájmu dítěte, je zcela jistě namístě o tom vyrozumět příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí, který může následně uložit rodičům povinnost se terapie zúčastnit. Viz § 12 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

je tímto organizačním předpisem určena. Z hlediska personálního zajištění péče je určující vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tam, kde jsou nároky praxe vyšší, než předepsané tabulky, je obtížné obhájit jejich financování – respektive je na zdravotnickém zařízení, aby finance získalo, neboť od zřizovatele je nedostává.²²

Pokud jde o velmi potřebnou sociální práci, ta je v režimu nové vyhlášky v zařízeních následné péče (tedy i DPN) nad 30 lůžek zabezpečena zdravotně-sociálním pracovníkem, nebo jiným odborným pracovníkem – sociálním pracovníkem v úvazku 0,5. To je míra, která neodpovídá současnému vytížení těchto pracovníků v psychiatrických nemocnicích (jak jsem ji poznal) a ani tomu, co je v zájmu ohrožených dětí, kterým se dětská a dorostová psychiatrie cíleně věnuje.

Limity pro sociální práci

Důsledky nedostatku financí

32. Na základě svých zjištění nemohu přímo komentovat stanovisko Asociace dětské a dorostové psychiatrie, že obor je oproti jiným oborům systémově podfinancován, a to jak v oblasti ambulantní, tak lůžkové, a trpí historicky špatně nastavenými úhradami, čímž se generuje primární deficit na každé pedopsychiatrické lůžko. Z obecných souvislostí (zejména ekonomické neatraktivity oboru) však lze dovozovat, že toto hodnocení je pravdivé.

33. Nedostatek financí se projevuje v nevhodných stavebních a ubytovacích podmínkách, v režimových opatřeních a některých omezujících pravidlech. Následkem toho je nedostatečná síť ambulantních pedopsychiatrů, lůžková část je nedostatečně personálně vybavena kvalifikovanými pedopsychiatry, není dostatek dalších nelékařských (jak vysokoškolsky, tak středoškolsky kvalifikovaných) specialistů. „*Tento personální stav je tristní i ve srovnání s psychiatrií pro dospělé, nebo i ve srovnání s jinými dětskými obory*“ (Asociace dětské a dorostové psychiatrie). Tato tvrzení mají svou oporu v Konceptci psychiatrické péče.

Podfinancování oboru

Regulační poplatky

34. Dítě jako pojištěnec je ze zákona o veřejném zdravotním pojištění povinno hradit poskytovateli zdravotních služeb regulační poplatek ve výši 100,- Kč za den lůžkové péče. Výjimkou jsou děti svěřené do pěstounské péče a děti s ústavní nebo ochrannou výchovou (zjednodušeně řečeno). Obecně rovněž není povinen platit poplatek pacient hospitalizovaný bez svého souhlasu. Jedinou možností osvobození od placení poplatku je hmotná nouze, což musí být stanoveným způsobem prokázáno.²³

²² Vyhláška uvádí, že „zabezpečení zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky nad rámec stanovených požadavků závisí na druhu a objemu poskytované zdravotní péče, oboru a spektru prováděných výkonů a činností tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče“. Ovšem financování takového vyššího zabezpečení garantováno není.

²³ Poznatek z DPL Opařany: Vzhledem ke skladbě pacientů a jejich možnosti dosáhnout na osvobození od povinnosti platit regulační poplatky získává léčebna zhruba polovinu částky, jež by vyplývala z pouhého součinu ceny poplatku a počtu ošetřovacích dnů.

V navštívených psychiatrických nemocnicích byly vedení kladeny otázky stran vybírání regulačních poplatků, a to za účelem zjištění, jak ovlivňují dostupnost péče. Na základě obecných zjištění obecně konstatují:

**Bariéra
přístupu
dětí
k péči**

35. Z dokumentace mnoha pacientů vyplývá, že výchovné prostředí představuje jednu z příčin psychických potíží a i hospitalizace. U těchto dětí neexistuje žádný účinný mechanismus jak zabránit, aby nechuť a nedůvěra rodičů, podpořená finančním nárokem v podobě poplatku, neblokovala přístup dítěte k potřebné péči (podmínek pro hospitalizaci bez souhlasu tyto případy nemusí ještě dosáhnout.). Podobně rodiče, kteří zůstali zařízení dlužní za předchozí pobyt, mají pochopitelně ostych znovu péči vyhledat.

36. Z výše uvedených důvodů vítám, že dne 2. července 2013 byl vyhlášen nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, kterým bylo mj. ke dni 31. prosince 2013 zrušeno ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Od roku 2014 by tedy měla odpadnout současná povinnost pojištěnců platit regulační poplatek při konzumaci lůžkové péče. Doporučuji na tomto právním stavu ve vztahu k psychiatrické péči o děti nic neměnit.

Ministerstvo zdravotnictví

37. Ministerstvo zdravotnictví, jak bylo výše zmíněno, neposkytuje psychiatrickým nemocnicím žádný provozní příspěvek a ponechává je tak zcela závislé na úhradách z veřejného zdravotního pojištění. Nezaznamenal jsem ani metodické vedení dětských psychiatrických nemocnic ze strany ministerstva. Kontrolní činnost zdravotních pojišťoven je mnohem významnější, je ovšem nejednotná (zaznamenal jsem stížnosti, že kontroly nejsou stejně přísné).

38. Ministerstvo vystupuje jako ústřední orgán státní správy na úseku zdravotnictví s tím, lze však konstatovat absenci centrální politiky.

Jak bylo uvedeno, je Česká republika vázána konkrétními pozitivními závazky pro zabezpečení práva na soukromý a rodinný život dětí. Jejich naplňování lze dílem delegovat na územní samosprávné celky či na subjekty občanské společnosti, ovšem primární odpovědnost za plnění těchto závazků má stát, který se jí tímto postupem nemůže zbavit.

**Deinstitu-
cionalizace**

Ke státu proto směřuji svou kritiku toho, že psychiatrické nemocnice stále v České republice nemají reálnou alternativu. Byť některé prošly zásadní humanizací, patří mezi poskytovatele zdravotních služeb, kteří jsou pro výraznou ústavnost v současné době kritizováni konceptem deinstitucionalizace. Ten požaduje přesouvat péči co nejvíce do komunity a pro případy potřeby péče lůžkové nabízet péči v malých zařízeních.²⁴

²⁴ Jak má vypadat zařízení pro rezidenční péči, je výstižně uvedeno v bodě 122 Směrnice Valného shromáždění OSN o náhradní péči o děti (přijata rezolucí č. A/RES/64/142 [on-line]. Český překlad dostupný z: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/smernice-o-nahradni-peci-o-deti>>). V bodě 22 předpokládá „všeobecnou deinstitucionalizační strategii“ velkokapacitních rezidenčních zařízení. Ke konceptu deinstitucionalizace dále viz Jařab, J.: Deinstitucionalizace z perspektivy lidských práv [on-line], příspěvek na konferenci Deinstitucionalizace: cesty vpřed. Dostupné z: <<http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=61704&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&>

Mám na mysli nerozvinutou intermediární péči a chybějící lůžkovou péči v některých regionech. Psychiatrické nemocnice dokonce dílem nahrazují i nedostupnou péči psychiatrické ambulance pro děti a dorost.

39. Další problematické momenty zachycuje Koncepce psychiatrické péče.

Doporučuji Ministerstvu zdravotnictví

- **zvážit změnu právní úpravy, která by dětskou a dorostovou psychiatrii učinila základním oborem specializačního vzdělávání lékařů,**
- **přijmout potřebná opatření pro transformaci institucionální péče v souladu s článkem 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kromě jiného i realizací doporučení obsažených v kapitole 11 Koncepce psychiatrické péče.**

III. Zjištění o zacházení v navštívených psychiatrických nemocnicích

1. Hospitalizace dítěte

a) Hospitalizace na psychiatrii

Děti (tj. pacienti do 18 let) by měly být mezi dospělé umisťovány pouze na základě odborných kritérií.

40. U hospitalizací některých dětí vyvstaly pochybnosti, zda pobyt v ústavním zdravotnickém zařízení byl skutečně nutný²⁵ – a to z toho hlediska, že obecně k hospitalizaci dítěte má být přistupováno až v krajním případě a má být co nejkratší, aby bylo zabráněno případným negativním důsledkům separace od rodiny, školy, pobytu v instituci a **medicinalizace jiných, spíše výchovných problémů.**

Zákon²⁶ přitom předpokládá poskytování preventivně výchovné péče, tedy speciálně pedagogických a psychologických služeb dětem s rizikem poruch chování, či s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji, v diagnostických ústavech a ve střediscích výchovné péče. Jestliže zákonní zástupci mohou požádat o tuto péči, nabízí se otázka, proč ambulantní psychiatr raději volí doporučení do psychiatrické nemocnice a proč nemocnice dítě přijímá. Jeden z důvodů jsem popsal ve [Zprávě z návštěv středisek výchovné péče](#): preventivně výchovná péče je v některých krajích ve střediscích prakticky nedostupná.

**Preventivně
výchovná
péče**

[sta=DetailFolder&pst=DetailFolder&p1=OID_INT_6462&p2=RoundPanel_BOOL_True&acode=91815924>](#)

²⁵ Například třináctiletá dívka přivedená matkou kvůli útěkům z domova a kvůli tomu, že je v partě (socializovaná porucha chování) – všechny ostatní problémy při vyšetření negovány. Orgán sociálně-právní ochrany dětí v jejím případě doporučil požádat o pobyt v diagnostickém ústavu, DPL doporučil ambulantní psychiatr (nikoli pedopsychiatr).

²⁶ Zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy, § 7 odst. 1, ustanovení § 16 a § 17.

41. Ačkoli diagnóza poruchy chování pro úspěšnou terapii předpokládá celou řadu intervencí (zaměřených nejen na dítě, ale i na rodinu a sociální okolí), v případě DPN Louny a několika sledovaných případů zůstávalo právě jen u hospitalizace dítěte. Nebylo zjištěno, že by psychiatrická nemocnice významněji prováděla rodinnou terapii, anebo jinak pracovala s blízkými dítěte.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím odmítat přijímání dětí, jimž „postačí“ preventivně výchovná péče v diagnostickém ústavu, nebo středisku výchovné péče.

42. Podle zákona o zdravotních službách je věkovou hranicí pro povinnost poskytovatele zdravotních služeb oddělovat při hospitalizaci děti od dospělých 15 let (§ 47 odst. 1 písm. a/). Rovněž z odborného pohledu mohou být některé děti ve věku 15-18 let indikovány pro umístění na oddělení pro dospělé. Ovšem musí být dbáno na to, aby v tomto prostředí nedošlo ke zneužívání či jinému poškození pacienta. Není možné přeložit takto dítě jen z kapacitních důvodů. Tuto otázku jsem měl příležitost komentovat v jednom případě, kdy jsem zaznamenal přemístění chlapce na dospělou psychiatrii z důvodu agresivity.

Doporučuji všeobecným psychiatrickým nemocnicím pacienty starší 15 let umisťovat na oddělení pro dospělé pouze tehdy, pokud jim nelze poskytnout adekvátní péči na dětském oddělení. Důvody umístění na oddělení pro dospělé vždy uvádět do dokumentace pacienta.

b) Souhlas s hospitalizací

Jedná-li se o hospitalizaci „se souhlasem“, musí souhlas udělit osoba k tomu oprávněná, a to správným způsobem.

43. Většina návštěv byla provedena před 1. dubnem 2012, kdy nabyl účinnosti zákon o zdravotních službách. Pokud jde o status dítěte ve zdravotnickém zařízení, tedy otázky tzv. dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace, přinesla nová právní úprava řadu upřesnění a nových nároků. Proto následující pojednání zaměřím spíše na výklad stávající právní úpravy na pozadí zjištěných skutečností, než na rozbor, zda a v čem to které pracoviště postupovalo chybně.

44. Zákon o zdravotních službách, v podobě jak byl přijat, stavěl poskytování zdravotních služeb dětem zcela na souhlasu zákonného zástupce. To byl, z hlediska kontinuity vývoje práva a souladu s ostatními právními předpisy, krok zpět. Tato úprava v praxi komplikovala situaci jak poskytovatelům zdravotních služeb, tak i dětem. S účinností od 14. března 2013 byl zákon změněn (novelou č. 66/2013 Sb.) tak, aby odpovídal obecné úpravě²⁷ postupného nabývání způsobilosti k právním úkonům

²⁷ Udělení souhlasu je právní úkon. Podle obecné civilní právní úpravy způsobilosti k právním úkonům dětí obsažené v občanském zákoníku, vzniká v plném rozsahu způsobilost zletilostí a nezletilí mají způsobilost k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku (§ 8 a 9).

i jednomu ze základních principů, na nichž je vystavěna Úmluva o právech dítěte, t.j. právu dítěte být slyšeno.²⁸

Podle současné právní úpravy tedy názor dítěte musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta.²⁹ K poskytnutí souhlasu může tedy být způsobilé i dítě mladší 18 let, pokud se jedná o záležitost odpovídající jeho rozumové a volní vyspělosti. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.³⁰

**Souhlas
osoby
mladší 18 let**

45. Od 14. března 2013 je účinné zcela nové znění § 35 odst. 2, které pro některé situace neodkladné péče a pro akutní péči stanoví, že pokud souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník.³¹

46. U pedopsychiatrických hospitalizací je počet pobytů bez souhlasu (tedy pobytů na základě přivolení soudu v detenčním řízení³²) minimální. Například v DPN Opařany se jednalo o tři ze 123 aktuálně hospitalizovaných dětí. Zpravidla se jednalo o případy, kdy potřeba poskytnutí péče byla naléhavá a nebylo možné získat souhlas zákonného zástupce do 24 hodin.

47. V ostatních případech byly k dispozici písemné souhlasy s hospitalizací, z nichž některé jsem kriticky komentoval:

Formuláře

- Pokud je použita jedna dokumentační pomůcka pro více prohlášení, měla by být strukturována tak, aby bylo možné vyznačit, s čím oprávněná osoba souhlasí a s čím ne. Souhlas s hospitalizací nelze považovat za souhlas s jakýmkoli úkony (to byl případ dvou

²⁸ Článek 12 odst. 1 Úmluvy: „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečují dítěti, které je schopno formulovat své vlastní názory, právo tyto názory svobodně vyjadřovat ve všech záležitostech, které se jej dotýkají, přičemž se názorům dítěte musí věnovat patřičná pozornost odpovídající jeho věku a úrovni.“

²⁹ Ustanovení § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách tak cituje článku 6 odst. 2 Úmluvy o biomedicině.

³⁰ Důvodová zpráva k zákonu č. 66/2013 Sb.: „Podle navrhované právní úpravy bude tedy při poskytování zdravotních služeb možné, aby s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas nezletilý pacient, pokud takový postup bude přiměřený s ohledem na jeho věk a rozumovou a volní vyspělost k provedení takového úkonu. Úsudek o rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta k provedení úkonu spočívajícího ve vyslovení souhlasu se zamýšlenými zdravotními službami si, tak jak to bylo běžné přede dnem nabytí účinnosti zákona č. 372/2011 Sb., učiní ošetřující zdravotnický pracovník. Pokud tedy zdravotnický pracovník na základě svého úsudku učiní „závěr“, že nezletilý pacient je způsobilým udělit informovaný souhlas s navrhovanými zdravotními službami, bude mít jeho souhlas stejnou váhu a účinnost jako souhlas zletilého pacienta.“

³¹ Důvodová zpráva k zákonu č. 66/2013 Sb. „K této úpravě bylo přistoupeno zejména proto, že při poskytování zdravotních služeb může dojít k situacím, kdy je nutné například ošetřit u dítěte zlomeninu a s ohledem na definici neodkladné péče podle § 5 odst. 1 písm. a) zákona (jde o poskytnutí zdravotní péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život, nebo by mohly vést k náhlé smrti, nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest, nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí, nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví), přestože dítě trpí bolestmi a včasné neposkytnutí zdravotní péče zároveň může vážně ohrozit jeho zdraví, vznikaly ze strany zdravotnických pracovníků pochybnosti, zda i v takovémto případě lze potřebnou zdravotní péči poskytnout ihned bez vyčkání na souhlas zákonného zástupce.“

³² Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče podle § 191a a násl. občanského soudního řádu.

pracovišť).³³ Naopak náležitá péče tomuto rozlišování byla věnována v DPN Opařany.

- Pokud jde o důkazní sílu používaných dokumentačních pomůcek, měly v době návštěv mnohé rezervy. Ze zdravotnické dokumentace v DPN Louny například nebylo vždy zřejmé, zda při příjmu dítěte byl přítomen rodič. Pokud byl, nebylo zřejmé, o čem byl informován. Jestliže je rodič podepsán pod prohlášením, že souhlasí s hospitalizací a s (blíže nespécifikovanými) diagnostickými a léčebnými výkony, lze o informovanosti takového souhlasu důvodně pochybovat. Neindividualizované, obecné a všezahrnující formuláře byly používány i na dalších pracovištích. Naopak v DPN Opařany se vzhledem k základní diagnóze dítěte vyhotoví dvanáctibodový dokument, který je zákonnému zástupci nabídnut k podpisu. Jeho informativnost nemá v zařízeních, která jsem navštívil, obdoby.
- Dvakrát bylo zjištěno, že nástupní procedura sice vede k tomu, že rodiče jsou lékařem osobně informováni, nicméně až poté, co souhlas s léčbou podepíše při rozhovoru se sociálním pracovníkem. To logicky nesplňuje zákonné nároky na informovanost souhlasu.

Souhlas ředitele školského zařízení

Výjimka při
nebezpečí
z prodlení

48. U dětí přicházejících z jiné instituce (školské zařízení nebo zařízení sociálních služeb) bývá obtížné získat souhlas zákonného zástupce – rodiče, když je nedosažitelný. Existují právní nástroje, jak situaci řešit (opatrovnictví dle zákona o rodině),³⁴ ovšem to je časově náročné. Nově zákon o zdravotních službách (§ 42) stanoví, že práva a povinnosti zákonného zástupce při poskytnutí souhlasu „náleží též pěstounovi nebo jiné pečující osobě, statutárnímu orgánu nebo jím pověřené osobě dětského domova pro děti do 3 let věku, školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy nebo zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby, byla-li soudem nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova, nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jde-li o děti svěřené do péče tohoto zařízení na základě rozhodnutí soudu, jestliže hrozí nebezpečí z prodlení a nelze bez zbytečného odkladu získat vyjádření zákonného zástupce; do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi se zaznamenají důvody, pro které nebyl souhlas zákonného zástupce získán“. Uzavírám, že uvedené není obecné pravidlo získávání souhlasu, nýbrž výjimka pro situace nebezpečí z prodlení.

49. Domnívám se, že tímto novým, explicitně vyjádřeným oprávněním se dostatečně vymezuje postavení ředitelů institucí, které mají dítě v péči. Je to argument k odmítnutí platnosti generálních plných mocí, které jsem tu a tam zaznamenal, totiž obecných zmocnění ředitelů, podepsaných rodiči

³³ Například svým podpisem vyjadřoval zákonný zástupce souhlas s hospitalizací dítěte a současně i souhlas s tím, aby se dítě „podrobilo všem vyšetřovacím a léčebným metodám, které ošetřující lékař uzná za potřebné a vhodné“.

³⁴ Ust. § 83: „Vedle případu střetu zájmů zákonných zástupců a dítěte nebo mezi dětmi týchž rodičů navzájem (§ 37 odst. 1), ohrožení majetkových zájmů dítěte (§ 37b), omezení rodičovské zodpovědnosti (§ 44 odst. 2) a řízení o osvojení (§ 68b) ustanoví soud opatrovníka též v případech, kdy je to v zájmu dítěte z jiných důvodů třeba. V takových případech lze ustanovit opatrovníkem i orgán sociálně-právní ochrany dětí.“

děti s nařízenou ústavní výchovou, k zastupování dítěte při udělení souhlasu s hospitalizací v psychiatrické nemocnici (ve dvou nemocnicích jsem skutečně zaznamenal několik souhlasů podepsaných ředitelem, na základě takové obecné plné moci).

Postavení ředitele (školského zařízení) vymezuje zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy tak, že je oprávněn v zájmu úspěšné výchovy zastoupit dítě v běžných záležitostech.³⁵ Hospitalizace však není běžnou záležitostí. Pouze pro případy, kdy „zákonní zástupci dítěte neplní své povinnosti, nebo nejeví o dítě skutečný zájem, je oprávněn zastoupit dítě i ve věcech zásadní důležitosti, vyžaduje-li to zájem dítěte.“³⁶ To, že zákon o zdravotních službách dává konkrétní zmocnění pro výjimečné situace nebezpečí z prodlení, do tohoto rámce zapadá.

Psychiatrická nemocnice nemůže v případě plánovaných hospitalizací akceptovat souhlas ředitele školského zařízení, daný na základě širokého a nespecifikovaného zmocnění od rodičů. Pokud se zákonní zástupci potřebují dát na základě plné moci zastoupit, musí být jasné, k jakému konkrétnímu právnímu úkonu³⁷ (tím může být například souhlas s plánovanou měsíční hospitalizací dcery za účelem zvládnání enurézy).

Souhlas svobodný a informovaný

50. Souhlas zákonného zástupce dítěte, které do psychiatrické nemocnice přichází z péče jiné instituce, musí být skutečně svobodný a informovaný. Jaké parametry pro to musí souhlas splňovat, zákon o zdravotních službách jasně stanoví (§ 34 odst. 1, § 31). Aby byl souhlas informovaný, musí být specifikovaným způsobem poskytnuty informace o zdravotním stavu a navrženém individuálním léčebném postupu a umožněno kladení otázek. Nejprve musí být poskytnuty informace, pak teprve vyžádán souhlas.

Tyto požadavky velmi ztěžují možnost poskytnutí souhlasu distančně, což byl, jak návštěvy ukázaly, případ naprosté většiny souhlasů u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Jako běžný postup jsem zjistil to, že psychiatrická nemocnice zašle svůj (unifikovaný) formulář pro souhlas s hospitalizací do dětského domova (či jiného zařízení), a to bez dalších relevantních informací. Tamější sociální pracovníce, případně s pomocí orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pak obstará do patřičné kolonky podpis zákonného zástupce dítěte.

³⁵ Ustanovení § 23 odst. 1 písm. l) zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy. Pod písm. i) uvedeného ustanovení je zakotvena povinnost ředitele projednat předem opatření zásadní důležitosti se zákonnými zástupci dítěte, nehrozí-li nebezpečí z prodlení, a bezodkladně je informovat o provedeném opatření; nejsou-li dosažitelní, navrhnout soudu ustanovení opatrovníka. Podle metodického pokynu k postupu školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy při opatřeních zásadní důležitosti ze dne 13. února 2003 jsou opatřeními zásadní důležitosti zejména rozhodnutí o profesní orientaci dítěte, lékařské zákroky, hospitalizace.

³⁶ Tamtéž.

³⁷ Obecně k využití institutu plné moci cituji z důvodové zprávy k zákonu č. 66/2013 Sb.: „Skutečností, že zdravotní služby se poskytují se souhlasem zákonného zástupce, není dotčeno právo zákonného zástupce zmocnit jinou osobu (například prarodiče pacienta, chůvu, apod.).“

To je zcela formální přístup, který plodí další fingované úkony jak na straně nemocnice, tak i školského zařízení. V jedné psychiatrické nemocnici tak například byly nalezeny formuláře souhlasů, které byly zjevně po podpisu dále upravovány.

51. Není-li zbytlí a nemůžl k setkání lékaře a zákonného zástupce, musí být vytvořeny předpoklady pro to, aby lékař provedl informování a umožnil klást otázky (například kombinace individualizovaného písemného poučení, telefonického kladení otázek a zaslání příslušného prohlášení poštu nebo přes sociálního pracovníka; to předpokládá součinnost psychiatrické nemocnice, předávajícího zařízení a ambulantního psychiatra).

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **nespokojovat se se souhlasem s hospitalizací poskytnutým ředitelem zařízení, leda by se jednalo o situaci nebezpečí z prodlení, jež by byla řádně zdokumentována;**
- **postupovat tak, aby souhlas zákonného zástupce dítěte, které přichází z péče jiné instituce, byl skutečně svobodný a informovaný;**
- **je-li použita jedna dokumentační pomůcka pro více prohlášení, strukturovat ji tak, aby se dalo vyznačit, s čím oprávněná osoba souhlasí a s čím případně ne;**
- **zohledňovat názor dítěte vzhledem k jeho věku a stupni rozumové a volní vyspělosti.**

Názor dítěte a jeho informování

52. Jak již bylo zmíněno, „při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku“ (§ 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách).³⁸

Postavení dítěte dále upřesňuje § 31 odst. 5 zákona o zdravotních službách. Jde-li o nezletilého pacienta, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží vedle zákonného zástupce i „pacientovi, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý“.

53. Psychiatrické nemocnice musí změnit svou praxi, aby současnému znění zákona vyhověly: Ve formuláři jedné léčebny sice je kolonka pro podpis pacienta, ten ovšem poměrně často chyběl. V DPN Velká Bíteš bylo zavedeno, že seznamování s léčebným postupem a vyžadování souhlasu se týkalo pouze dětí nad 15 let. V další nemocnici nezohledňovali názor dítěte prakticky v ničem.

Profesionálové zobecňují (a mé poznatky z rozhovorů s dětmi to potvrzují), že dítě často pojímá hospitalizaci jako trest. Většina dětí

³⁸ Zákon tedy nestanoví žádné pevné věkové hranice. Pro srovnání nabízím rozhodnutí Ústavního soudu ze dne 2. dubna 2009, sp. zn. II. ÚS 1945/08, kde soud konstatoval v souvislosti s rozhodováním o ústavní výchově dítěte, že „zásadně neexistuje důvod pro odeprání práva dítěte staršího 12 let na slyšení“ (soudem).

nesouhlasí, a tedy má navrch vůle rodičů. Anebo na počátku dítě souhlas dá a v průběhu léčby si to rozmyslí.

Souhlas jednoho či obou rodičů

54. Jako nejasné a kontroverzní³⁹ se ukázalo již zrušené ustanovení zákona o zdravotních službách o souhlasu obou rodičů, a to k poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.“ Ustanovení nenavazovalo na obecnou úpravu postavení rodičů. Obecně je totiž přijímán názor, že v běžných záležitostech může být dítě zastoupeno kterýmkoli z rodičů. V podstatných záležitostech nebo tam, kde zastoupení oběma rodiči vyžaduje právní předpis, je v případě nesouhlasu jednoho z nich možnost postupu podle § 49 zákona o rodině, tj. nahrazení souhlasu jednoho z rodičů rozhodnutím soudu.⁴⁰

Vzhledem k tomu, že na půdě psychiatrických nemocnic je poskytována skutečně různorodá péče, měly by nemocnice individuálně vyhodnocovat při každé hospitalizaci nezletilého pacienta, zda půjde o poskytnutí zdravotních služeb v řádu *běžném*. V těchto případech nyní stačí souhlas jednoho z rodičů, u starších dětí samozřejmě stačí názor dítěte.

Běžná
záležitost

c) Prázdninový pobyt

K hospitalizaci dítěte má být přistupováno až v krajním případě. Zdravotnické zařízení nemá nahrazovat preventivně výchovnou péči. Hospitalizace na psychiatrii nemá být označována jako letní tábor.

55. Ve čtyřech navštívených psychiatrických nemocnicích jsem zjistil pořádání specifických pobytů v době letních prázdnin. V PN Havlíčkův Brod organizují dva turnusy pobytu, na který jsou zvány vytipované děti „za odměnu“. Stejně je tomu v DPN Velká Bíteš, kde jsou pořádány dva turnusy po čtyřech týdnech, obdobně PN Opava. Letní pobyty organizuje rovněž DPN Louny.⁴¹ Tyto pobyty jsou zaměřeny především rehabilitačně, na práci na zvládnutí problémů jako je enuréza, nebo socializace v případě lehčích poruch chování; program pobytu je poněkud volnější ve srovnání se standardní hospitalizací, zahrnuje i výlety a etapové hry. Pořádání specifických prázdninových pobytů zmiňuje Koncepce oboru psychiatrie, více viz bod 29.

³⁹ Rozpaky vyjádřené představiteli psychiatrických nemocnic viz [Zápis z kulatého stolu Nad společnými tématy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy](#). Netřeba dodávat, že získat v jeden okamžik souhlas obou rodičů, například v případě dětí z rozvedených manželství, je velmi obtížné i za situace, že oba rodiče s úkonem souhlasí. Zkušenost PL Opava: 17 % pacientů je z úplné rodiny, 10 % z pobytového školského zařízení, zbytek z rodiny neúplné. Velmi málo těchto rodičů spolupracuje a je schopno se domluvit. Většinou jeden rodič bez zájmu, nebo kveruluje. Je tak velký problém získat souhlas obou rodičů s hospitalizací.

⁴⁰ Viz Hrušáková, M. a kol.: Zákon o rodině. Zákon o registrovaném partnerství. Komentář. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2009, s. 137.

⁴¹ Jiná (nenavštívená) psychiatrická nemocnice v informaci o svém dětském oddělení uvádí: „V průběhu letních prázdnin se uskutečňují enuretická soustředění a ozdravné pobyty pro děti s ADHD s léčebně, sportovně a kulturně zaměřenou náplní.“

56. Prázdninovým pobytům jsem věnoval zvýšenou pozornost. Považoval bych totiž za nežádoucí stav, aby do psychiatrické nemocnice nastoupilo nějaké dítě „na tábor“, nebo dokonce tam bylo „odloženo“ například z dětského domova na dobu, kdy je pro ostatní děti zajištěn jiný program. Vnímám zde riziko psychiatrizace primárně výchovných problémů, namísto aby vznikal tlak na posilování existujících a zřizování nových specializovaných zařízení/služeb mimo zdi zdravotnických zařízení. Může dojít i k matení zákonných zástupců, pokud poskytují souhlas k rehabilitačnímu pobytu, a hospitalizace se případně prodlouží i do školního roku bez dalšího vyžádání souhlasu. V neposlední řadě jde i o riziko stigmatizace dětí, neboť psychiatrie (i dětská) v sobě dosud bohužel má potenciál stigmatu.

Zaměřil jsem se proto na sledování obsahu pobytu, doložitelnost průběhu léčby a kontroly trvání indikace v případě prodloužení pobytu po konci prázdnin. Ověřil jsem si, že všechny děti aktuálně v době systematické návštěvy hospitalizované na prázdninový pobyt nastoupily na doporučení ambulantního lékaře.

57. Po provedených šetřeních jsem podrobil kritice pouze stav v DPN Louny.

Mou pozornost upoutalo, že v roce 2011 bylo v době návštěvy na prázdninovém pobytu 11 dětí minimálně podruhé (dvě více než popáté); celkově jedenáct dětí s prázdninovým pobytem pocházelo z některého dětského domova. V roce 2012 bylo v době srpnové následné návštěvy přijato z konkrétního dětského domova do psychiatrické nemocnice v časové souvislosti s prázdninami celkem osm dětí, z toho sedm buď s diagnózou hyperkinetická porucha, nebo bez předchozí péče ambulantního lékaře; čtyři z aktuálně hospitalizovaných dětí s nařízenou ústavní výchovou (i z jiných školských zařízení) měly za sebou již několikrát pouze prázdninový pobyt.

V případě tohoto zařízení na základě provedeného šetření (v nemocnici i v dětském domově v jejím „spádovém“ území)⁴² uzavírám, že řada dětí šla do psychiatrické nemocnice na prázdniny, na tábor a tato možnost byla v okolí známa. Nemocnice nabídku pro uvedené děti nazývala jako letní léčebně-rehabilitační pobyt. Dále jsem v daném zařízení zjistil, že prázdninové pobyty se běžně protahovaly do školního roku, aniž by byl vyžadován souhlas rodičů (zákonných zástupců).

58. Zdánlivě by se celá záležitost dala uzavřít s tím, že indikaci (byť někdy velmi málo naléhavou) k pobytu u přijatých dětí lze nalézt – například k pobytu stabilizačnímu či rehabilitačnímu – a že každý vstup je legalizován souhlasem zákonných zástupců. Nemohu tak však učinit, když uvážím:

⁴² Výpovědi pracovníků a vedení léčebny, výpověď ředitelky dětského domova navštíveného za tímto účelem, formulace na objednávkách (parere) ambulantních psychiatrů, formulace v různých přípisech orgánů sociálně-právní ochrany dětí a dětských domovů.

- zjištěnou velmi slabou doložitelnost průběhu léčby a s tím i související možnost kontroly trvání indikace v případě prodloužení pobytu po konci prázdnin,
- absenci jasné koncepce prázdninového pobytu (jež by vytvářela určité zadání pro práci personálu a stanovila délku a průběh pobytu),
- faktický stav, kdy v okolí byla rozšířena představa, že DPN Louny je dětem k dispozici jako letní tábor,
- zjištěné konkrétní případy, kdy mnohaměsíční hospitalizace oddalovaly definitivní vyřešení situace dětí, které jejich dětský domov nechtěl již přijmout zpět (na základě prázdninové hospitalizace domov děti s poruchami chování do psychiatrické nemocnice přesunul a následně neučinil žádné kroky k vyvolání řízení k nalezení vhodného školského zařízení).

Domnívám se, že k hospitalizaci dítěte má být přistupováno až v krajním případě a že zdravotnická zařízení nemají nahrazovat preventivně výchovnou péči. Dále trvám na tom, že zákonní zástupci mají mít dostatek informací o tom, jakou povahu má prázdninový pobyt a za jakých okolností se může protáhnout. Souhlas s tímto druhem hospitalizace byl v DPN Louny vyjadřován na formuláři, který neobsahoval informace o její povaze. Nebylo tak možné doložit způsob informování zákonných zástupců; v jednom případě si na to matka i stěžovala. V případě souhlasů zákonných zástupců dětí z dětského domova jsem jednoznačně zjistil, že neměli od psychiatrické nemocnice informace žádné (nemocnice komunikovala jen se školským zařízením).

Zařízení, která chtějí pořádat speciálně zaměřené (letní, prázdninové) pobyty, doporučuji:

- vypracovat koncepci takového pobytu;
- neprezentovat navenek pobyt jako letní tábor;
- děti k tomuto pobytu přijímat na základě skutečně informovaného souhlasu rodičů – tedy souhlasu uděleného právě pro prázdninový pobyt (nikoli časově neomezený);
- průběh hospitalizace dokumentovat tak, aby zacházení s dítětem, jeho chování a léčba byly průkazné, a aby byla zřejmá provázanost s koncepcí pobytu.

2. Materiální podmínky

Prostředí psychiatrické nemocnice má být terapeutické a přizpůsobené dětem (dostatek prostoru a pomůcek pro hru, studium a odpočinek). Musí být vytvořeny podmínky pro oddělování dětí tak, aby se vzájemně nerušily nebo nedráždily.

Musí být zajištěno soukromí na toaletě a při úkonech hygieny.

59. Uspořádání zařízení do jednotlivých oddělení neumožňuje naplnit znaky nízkokapacitních zařízení, jež jsou požadovány od institucí, v nichž, pokud je to nutné, musí pobývat děti.⁴³ Ovšem vnímám rozdíl mezi hospitalizací a zajištěním zázemí a výchovy dítěte. Při stávajícím tlaku na snižování délky hospitalizace a vlastně redukci pobytu na provedení série nejnужnějších procedur, jež je patrný na většině navštívených pracovišť, se pobyt v psychiatrické nemocnici blíží pobytu v klasické nemocnici. Za zcela oprávněný považuji požadavek Charty práv dětí v nemocnici: „Děti mají být v prostředí, které je zařízení a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.“

**Nevhodné
objekty**

60. Obecně lze říci, že prostředí, kde děti tráví hospitalizaci, bylo vyhovující, s výjimkou DPN Louny: Tam jsem musel upozorňovat na plíseň na zdech v místnostech určených pro děti, průvan z nedoléhajících dveří a oken, špatné matrace, oprýskané omítky i kachličky v ložnicích dětí, otlučený nábytek, umístění lůžek dětí ve vykachličkovaném prostoru. Toto pracoviště jako jediné sídlí v objektu, který má pouze v nájmu. Zásadní díl odpovědnosti spatřuji na straně zřizovatele, který o psychiatrickou nemocnici nejeví zájem, ale také v malé aktivitě nemocnice ve vztahu ke zřizovateli. Vnitřní prostředí této psychiatrické nemocnice nebylo jen neútluné, ale naprosto neterapeutické až nedůstojné. Naději na změnu přináší změna vedení nemocnice, viz bod 8.

I jiná zařízení mají své problémy: Budova dětského oddělení PN Opava je nedostatečně odizolovaná, takže vlhkost vzlíná, podlahy v suterénu jsou vzdučné, v přízemí vlhkost vytváří na podlaze mapy. Vícelůžkové ložnice působily velmi strohým a nemocničním dojmem, což umocňovala i bílá malba a masivní železné postele.

V dobrém stavu jsou nedávno rekonstruované objekty dětského oddělení PN Havlíčkův Brod a DPN Opařany. Opařanská nemocnice nebyla v minulosti odříznuta od příspěvku zřizovatele, což – spolu s výsledkem iniciativního čerpání prostředku z dotačních titulů – je znát na udržovanosti a kultivovanosti prostředí nemocnice a jejího areálu, a rovněž vnitřní prostředí je pečlivě zabydlené, přizpůsobené dětské klientele a působí terapeuticky. Limit tamních budov představují pětilůžkové i šestilůžkové ložnice na některých stanicích.

Mříže

61. V některých objektech jsou používány mříže v oknech. Jde o DPN Louny, Opařany a PN Havlíčkův Brod (tam mají mříže některá okna). Jejich použití je zdůvodněno bezpečností dětí – aby nevypadly z okna při neopatrném vyklonění, nebo afektu. Kde nejsou použity mříže, je přikročeno k uzamykání oken. V DPN Velká Bíteš jsou okna opatřena visacími zámkami s řetízkem, který zamezuje úplnému otevření okna, nicméně instalovaný řetízek umožňuje větrání. V PN Opava jsou také některá okna na visací zámek.

⁴³ Viz bod 122 Směrnice OSN či Doporučení Rec (2005)5 Výboru ministrů Rady Evropy.

Je třeba říci, že mříže a zámky působí v daném provedení nejen nepříliš esteticky, ale také zvýrazňují prvek uzavřenosti objektů a mohou na děti působit tak, že se cítí v roli potenciálních útěkářů.⁴⁴ Jsem si jist, že do prostředí, kde se mají děti léčit, patří estetičtější mechanismy. Ovšem reálnou situaci vystihuje vyjádření jednoho ředitele: „Současná ekonomická realita nám neumožňuje jiné řešení, než je stávající.“ Kloním se rovněž k tomu, že se jedná spíše o otázku peněz, a nikoli vůle zdravotníků, kteří se za mříže většinou stydí.

62. Uzavírám, že jak na stavu objektů, tak i na „drobnostech“, jako je úprava oken, se projevuje, že dětská a dorostová psychiatrie není v popředí zájmu organizátorů českého zdravotnictví, ostatně jako psychiatrie obecně. Lze vyzdvihnout úsilí v PN Havlíčkův Brod a DPN Opařany, které však nevypovídá o systému, nýbrž o snaze jednotlivců.

Doporučuji zařízením:

- **při malování interiérů volit veselé a příjemné barvy ložnic dětí;**
- **postupně vybavovat pokoje novým nábytkem;**
- **usilovat o moderní bezpečnostní úpravu oken a odbourání používání mříží a visacích zámků.**

Předpoklady pro zachování soukromí pacienta

63. Nároky na soukromí na toaletě a při úkonech hygieny plynou z důstojnosti člověka a mají zákonný odraz v § 28 odst. 3 písm. a) a k) zákona o zdravotních službách. Svůj limit mají v odůvodněných požadavcích na zajištění bezpečnosti. Znamená to, že nároky rostou s věkem (samostatností) dítěte a odvíjí se od specifík pacienta (charakteru zdravotních služeb, jež jsou mu poskytovány).

**Soukromí
v koupelně
a na toaletě**

64. Požaduji umožnění uzavřít se na toaletě tam, kde jsou již starší děti, a tam, kde děti nepoužívají toaletu pod přímým dohledem personálu.⁴⁵ Sleduji tím zájem na ochraně jejich soukromí a klidu například před legráčkami jiných dětí.

Bez možnosti zajistit dveře kabinky byly zjištěny toalety všech navštívených pracovišť. Nejhorší situace byla zjištěna v DPN Louny. Zde byly v době uskutečnění tří návštěv některé kabinky toalet a sprchové kouty odděleny od chodby jen shrnovacími dveřmi, bez žádné kličky či zámku, bez předsíně; nelze vyloučit, že jedno dítě pro legraci rozhrne druhému dveře. Jinou psychiatrickou nemocnici jsem upozornil na situaci v tamní škole, že totiž průzorem ve dveřích na chlapecké toalety je z chodby vidět na pisoáry. PN Havlíčkův Brod přislíbila doplnit zámky, stejně tak přislíbila situaci technicky vyřešit DPN Velká Bíteš.

⁴⁴ Mříže v zařízení pro děti jsou umožněny pouze zákonem o výkonu ústavní a ochranné výchovy, a to v zařízeních pro děti s uloženou ochrannou výchovou. Vyjadřuji se k tomu ve [Zprávě z návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy](#), bod 195.

⁴⁵ Tento požadavek vztahuje téměř na všechna místa, kde provádím systematické návštěvy. Nabízí se řada technických řešení – speciálních zámků, háčků, západek... – umožňujících signalizaci obsazenosti kabiny a znemožnění vpádu omylem, a zároveň snadné otevření zvenčí personálem (například mincí nebo patentním klíčkem). Takže není třeba uvádět protiargument, že takové opatření by znamenalo bezpečnostní riziko.

65. Pokud jde o úkony osobní hygieny, musel jsem rovněž formulovat několik doporučení směrem k zajištění běžné úrovně intimity. Na dvou pracovištích bylo zjištěno sprchování ve sprchovém koutě se dvěma sprchami, které však nebyly odděleny příčkou ani závěsem; v jednom případě chyběl celkově závěs oddělující dvojsprchu od zbytku místnosti. Na jiném pracovišti byl ve dveřích koupelny na chlapeckém oddělení průzor a dítě mohlo být vně sprchového koutu viděno z chodby. V DPN Louny, podobně jako v případě toalet, byly používány sprchové kouty oddělené od prostoru centrální chodby oddělení pouze nezajistitelnými shrnovacími dveřmi.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím zajistit, aby

- **sprchy měly závěsy, toalety dveře a funkční kliky; do prostorů, kde osoba činí úkony osobní hygieny, aby nebylo vidět z chodby;**
- **byly podmínky pro soukromí na toaletě – instalováním háčků nebo zámků, které lze z důvodu bezpečnosti odemknout i zvenčí.**

3. Péče

a) Souhlas s poskytovanou péčí

Jde-li o péči „se souhlasem“,⁴⁶ musí být poskytována po vyslovení souhlasu oprávněnou osobou.

Dítě má vědět, proč a jak je léčeno. Je třeba usilovat o jeho souhlas.

66. Zákon o zdravotních službách je stejně jako Úmluva o biomedicíně vystavěn na principu poskytování péče (služeb) se souhlasem pacienta. Určitá speciální pravidla jsou stanovena pro souhlas s hospitalizací, obecná úprava se týká poskytování péče. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit sestavení, koordinaci a realizaci individuálního léčebného postupu (§ 46 odst. 1 písm. b/ zákona), zajistit poskytnutí informace o něm dítěti, zákonnému zástupci, a případně i osobě oprávněné dle § 42.

Odkazuji na výše uvedené o rozlišování mezi souhlasem s hospitalizací a souhlasem s péčí (navrženým individuálním léčebným postupem, viz bod 47), požadavcích na udělení souhlas (viz bod 44 a 50). Považuji nadále za neudržitelné žádat souhlas s „vyšetřovacími a léčebnými postupy, které lékař uzná za potřebné a vhodné“.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **rozlišovat mezi souhlasem s hospitalizací a souhlasem se zákrokem/péčí;**
- **pracovat se souhlasem svobodnými a informovanými.**

⁴⁶ T.j. mimo situace vymezené v § 38 odst. 4, 5 a 7 zákona o zdravotních službách.

67. Ohledně postavení nezletilého pacienta a váze jeho názoru odkazují na bod 44 a 50 této zprávy a na § 31 a 35 zákona o zdravotních službách. Nezletilému pacientovi se informace a zodpovězení doplňujících otázek poskytne, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělý.

V souvislosti s návštěvami jsem se nemusel kriticky vyjadřovat k dostupnosti lékařů – jsou s dětmi v každodenním kontaktu. Zpravidla byly děti schopné hovořit s pracovníky Kanceláře i o léčbě, kterou podstupují.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **zajistit informování dítěte o onemocnění a navrženém individuálním léčebném postupu;**
- **zajistit dostupnost lékaře pro otázky dítěte, nebo rozhovor.**

Odborné vyšetření

68. V průběhu hospitalizace může vyvstat potřeba odeslat dítě na odborné vyšetření. Na vyšetření se rovněž vztahuje požadavek informovaného souhlasu (dle okolností buď dítěte, nebo jeho zákonného zástupce). Podle toho, který poskytovatel zdravotních služeb má vyšetření provádět, se odvozuje to, kdo má povinnost svobodný a informovaný souhlas získat.

V jednom zařízení jsem se zabýval odesíláním dívek na gynekologické vyšetření, jež se jeví častější, než v ostatních zařízeních. (Z devíti aktuálně hospitalizovaných dívek třináctiletých a starších pouze dvě nebyly na vyšetření poslány. Podotýkám, že nástup hospitalizace žádné z dívek nesouvisel s pohlavním stykem.) Vyšetření přináší jednak informace relevantní z hlediska psychiatrické léčby (vyloučení gravidity, jež je kontraindikací některých medikamentů), jednak jeho výsledek může vést k zahájení trestního stíhání. Můj dialog s vedením vedl k vyjasnění, kdo je odpovědný za získání souhlasu a k příslibu psychiatrické nemocnice prokazatelně zjišťovat postoj dívky. Z hlediska četnosti se přikláním k postoji vyjádřenému v PN Havlíčkův Brod, totiž že k tak citlivému vyšetření musí být nějaký důvod, resp. žádost dívky nebo rodičů.

V několika případech se stalo, že na základě výsledku vyšetření (osvědčujícího, že dívka pod 15 let již zahájila sexuální život) bylo zahájeno trestní stíhání. Je otázkou, zda by dívka – po poučení i o tomto možném důsledku vyšetření – souhlas poskytla.

b) Obsah péče

Práce ošetřovatelského personálu má být řízená a sledovaná.

Záznamy ve zdravotnické dokumentaci musí být informativní a věcné.

Hodnocení chování dětí – je-li uplatňováno – musí být průkazné, dětem dostupné a srozumitelné. Nesmí být používány nepřiměřené či nedůstojné tresty.

Péče a bezpečnost musí být dostatečně zajištěny i v noci.

**Vyšetření
na gynekologii**

Situace, kdy vzniká možné riziko pro zdraví a majetek pacientů nebo personálu, nebo střet zájmů mezi personálem a pacientem, musí být sledovány a vyhodnocovány.

69. Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni (§ 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách). Dítě s postižením má právo na zvláštní péči (článek 23 Úmluvy o právech dítěte).

Poznámka: Doporučení týkající se péče jsem formuloval vždy zdrženlivě, většinou na popud přizvaného experta.

Dobrá praxe z DPN Opařany:

Zařízení si vede program kontinuálního zvyšování kvality péče. Některé pracovní postupy jsou velmi detailně propracovány, a to jak na úrovni vnitřních předpisů, tak i s odrazem do praxe. Probíhají vnitřní kontroly a přezkoušení personálu (i co se týká použití restrikcí). Je dbáno na úroveň poskytované péče i tím, že jsou jasně stanoveny kompetence personálu při různých činnostech. Je tak jasné, co je důležité, a za co tedy mají odpovídat kvalifikovanější členové týmu. V mnohém se jedná o doporučeníhodnou praxi. Standardizován je také postup zaškolování nových pracovníků.

Podotýkám, že takto komplexní praxe byla zjištěna pouze v uvedeném zařízení. Rozporuji tak poněkud představu Ministerstva zdravotnictví o současné praxi, jak byla vyjádřena v dopise vládnímu zmocněnci pro zastupování České republiky před Evropským soudem pro lidská práva ze dne 23. dubna 2013, v reakci na návrhy zmocněnce související s odsouzením republiky ve věci Bureš proti České republice.⁴⁷ Ministerstvo ve svém vyjádření k potřebě zvýšit současný standard ochrany práv pacienta spoléhá na efekt neprávniho, tedy metodického usměrňování (například doporučení metodického opatření k používání omezovacích prostředků,⁴⁸ aby jednotliví poskytovatelé vypracovali vlastní vnitřní předpis pro používání těchto prostředků), anebo dobrovolného přistoupení k hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb (§ 98 a násl. zákona o zdravotních službách).

Terapie

Medikace

70. Všechna zařízení se týká zjištění, že přijetí dítěte do psychiatrické nemocnice automaticky neznamená započítí medikamentózní léčby. K ní se přistupuje v případě, kdy je indikována, což není vždy. U některých pacientů léčba sestává z režimu, někdy i (individuální) psychoterapie. Přizvaní odborníci měli za úkol rozpoznat případné nepřiměřené používání či nadužívání medikace. Takové zjištění však nebylo učiněno nikde. Ve dvou případech jsem na základě zjištění přizvaných odborníků formuloval

⁴⁷ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 18. října 2012 ve věci Lukáš Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08.

⁴⁸ Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky, zn. 37800/2009 z Věstníku MZ č. 7/2009.

doporučení ke zvýšení standardu, pokud jde o způsob dokumentace (zdůvodnění) nasazení či změny medikace.

71. V hodnocení a zaměstnávání dětí je ve zdravotnickém týmu naprosto nezastupitelná role sester specialistek (specializační pomaturitní studium v dětské a dorostové psychiatrii). Jako neuspokojivou jsem v tomto směru hodnotil situaci v jednom zařízení. Tyto sestry mají určovat aktivity dětí v době, kdy nejsou ve škole, a řídit při tom ostatní nelékařské pracovníky. Výsledkem jejich absence je nebezpečí pouhé improvizace a „lidové tvořivosti“.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím, kde sestry specialistky nepůsobí, schvalovat program volnočasových aktivit lékařem nebo psychologem.

Zdravotnická dokumentace

72. Náležitosti a způsob vedení zdravotnické dokumentace jsou právně upraveny na úrovni vyhlášky. Pro některá pracoviště jsem formuloval připomínky k formální stránce vedení dokumentace, v jednom případě jsem v nedostatku sdělnosti a informativnosti (lékařské i ošetrovatelské dokumentace) shledal pochybení. Ke dvěma pracovištím jsem směřoval doporučení vypracovávat epikrízy, resp. souhrn informací o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu. Upozorňuji, že od účinnosti vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, se jedná o povinnou součást dokumentace v případě lůžkové péče trvající déle než 7 dnů.

Dobrá praxe z DPN Opařany

pokud jde o způsob vedení dokumentace: Záznamy v dokumentaci – lékařské i sesterské – byly z hlediska sdělnosti a přehlednosti na vysoké úrovni. Ke každému dítěti byly záznamy pořizovány denně. Farmakoterapie byla v dokumentaci komentována, změny byly zdůvodňovány. Pravidelně byly vypracovávány epikrízy. Průběh péče a odůvodněnost trvání hospitalizace, či použití omezovacího prostředku, byly průkazné. Dokumentace byla organizována se zaměřením na dítě, takže bylo možné velmi snadno, bez složitého listování a vyhledávání ve více pomůckách, sledovat jeho vývoj. Informační systém byl skutečně využíván pro sdílení poznatků v multidisciplinárním týmu a i pro kontrolu práce personálu (například přes rozborů nežádoucích událostí).

73. Obsah dokumentace není důležitý jen z hlediska zajištění kontinuity terapie. Dokumentace je rovněž důležitým zdrojem informací o zacházení s dítětem, o vývoji jeho duševního stavu a interakce s okolím. Není možné, aby dokumentace pomíjela skutečnosti vedoucí k negativnímu hodnocení dítěte (agrese, odmítání, vzdor dítěte), konflikty ve skupině, nebo mimořádné události. Cílem je jednak stálá doložitelnost trvání indikace pro pobyt v zařízení, a jednak prevence nežádoucích jevů, jako jsou například chyby personálu, nebo násilí ve skupině dětí. (K bezpečnosti viz bod 80.)

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **použití medikace v dokumentaci komentovat, změny zdůvodňovat;**
- **průkazně dokumentovat průběh péče a odůvodněnost trvání hospitalizace.**

Hodnocení chování dítěte

74. Terapeutické zdůvodnění má sledování a pravidelné hodnocení dětí (jejich chování a pokroků). Na některých pracovištích má podobu bodování. V případě jedné psychiatrické nemocnice jsem konstatoval, že pravidla hodnocení nejsou dětem snadno dostupná, například vyvěšená – spíše se spoléhalo na jejich všeobecnou znalost, což je podle mého názoru nepatřičné.

75. Hodnocení chování dítěte je součástí léčebného postupu, proto jsem je (jako takové) nekomentoval. Protože se však od hodnocení odvíjí důležité momenty, jako například umožnění propustky, nebo ukončení hospitalizace, vyjádřil jsem se v některých případech k „procesní“ stránce věci. V jedné psychiatrické nemocnici například vyvstala pochybnost, zda každý člen personálu pracuje s hodnocením stejně. Požadoval jsem, aby hodnocení bylo jednotné a pravidla byly dostupná také v písemné formě. Za dobrou praxi považuji, když je hodnocení průkazné – evidované a dětem sdělované, u menších dětí je provázeno srozumitelným znázorněním. Do hodnocení na oddělení by se mělo promítat i hodnocení ze školy – nemělo by jít o izolované systémy.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím dbát na jednotnost hodnocení a pravidla hodnocení mít dostupná také v písemné formě.

Výchova

76. Částečně lze úsilí pracovníků psychiatrických nemocnic charakterizovat jako výchovu dětí. Ať už se jedná o zavedené hodnocení chování, či trávení volného času, volbu režimových opatření apod.

Většina této práce ve všech zařízeních spočívá na zdravotních sestrách, které se starají o volnočasové aktivity dětí, děti bezprostředně usměřují a hodnotí jejich chování. Pouze v PN Havlíčkův Brod a DPN Opařany je součástí personálu ergoterapeut. V žádném z navštívených zařízení nepůsobí etoped (v PN Opava mají některé děti péči etopeda školy). Domnívám se, že má-li být efekt zacházení nejen léčebný, ale i výchovný, měl by být posílen vliv odborníků, nebo by mělo být sestřám v případě zájmu umožněno získání nebo rozšíření kvalifikace v pedagogické oblasti.

Nepříznivou situaci vystihuje odpověď PN Havlíčkův Brod na mou zprávu: „Sami pocítujeme dlouhodobě potřebu širšího zapojení pedagogických odborníků do výchovného procesu na dětském oddělení, ale výchovní pedagogičtí pracovníci hospitalizovaných pacientů nejsou zahrnuti do personálního vybavení poskytovatelů zdravotních služeb v žádném oboru, tedy ani v dětské a dorostové psychiatrii.“

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím cíleně vzdělávat a vést ošetrovatelský personál, aby dětem mohl poskytovat nejen dohled a hodnocení, ale i vhodné podněty (i s ohledem na specifika dětí s mentálním postižením a autismem).

77. Užitečné a prospěšné je propojení působení profesionálů nemocnice a přidružené základní školy. Provázanost hodnocení dítěte je důsledně uplatňována v DPN Opařany, rovněž v PN Havlíčkův Brod a Opava je hodnocení pedagogů ze školy promítáno do terapie. V DPN Opařany je dobře rozvinutá spolupráce se školou při zajišťování režimu odpovídajícího potřebám dětí s poruchami autistického spektra.

Spolupráce se školou

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím výchovné aspekty v hodnocení dítěte a v péči konzultovat (v některé z uvedených forem) s odborníky.

78. Nebylo zjištěno používání nepřiměřených či kontroverzních trestů (s jedinou výjimkou). Na nepřípustnost trestu jsem musel ojediněle upozornit u omezení výše vydaného kapesného (kapesné představuje ve zdravotnickém zařízení peníze, které pro dítě do úschovy nemocnice složí jeho rodiče, nebo například dětský domov), či provázání hodnocení a udílení terapeutických propustek (k tomu více viz 134). Za naprosto nepřípustný trest považuji nařízení nosit pyžamo přes den (do školy, jako trest za útek; bylo to zjištěno jako bývalá praxe v jednom zařízení, tedy již ne v době návštěvy), či zabavování věcí dítěte a jejich uvolňování jen za dobré chování (sladkosti dítěte).

Tresty

79. Trvám na požadavku, aby se dítě bez somatické kontraindikace mohlo v zásadě denně dostat ven na vzduch.

Zajištění bezpečnosti

80. V jednom případě jsem shledal znepokojivý stav, kdy noční personál (jedna sestra na oddělení) nemohl zajišťovat soustavný dohled nad dětmi. Z harmonogramu práce noční sestry vyplývala povinnost obstarat vyprání několika praček osobního prádla dětí. Primárním úkolem (odborného) personálu v noci však je zajistit bezpečnost a ošetrovatelské úkony!

Prevence nebezpečných situací

81. Předpokladem prevence nebezpečných situací je, že učiněná zkušenost (nebezpečnost vybavení, chybný postup pracovníka, charakteristika pacienta, velká náročnost nějaké činnosti, tlak na pracovníka, nutnost použít omezovací prostředek apod.) je zaznamenána, vyhodnocena a využita pro přijetí opatření v budoucnu. V některých navštívených zařízeních se tak bohužel systematicky neděje. Soustavné sledování práce personálu a důsledné zaznamenávání rizikových momentů bylo v době návštěv výjimkou.

Příklad dobré praxe z DPN Opařany,

pokud jde o práci s „nežádoucími událostmi“: Jsou definovány a sledovány situace různého ohrožení života nebo zdraví osob, nebo ohrožení majetku. Zavedené postupy umožňují sledovat a bilancovat práci personálu v momentech, kdy může dojít ke střetu zájmu, nebo k chybě vlivem náročnosti situace a tlaku na personál. Jsou propracovány i následné

postupy, tedy vyhodnocení události, přijetí opatření a zpětná vazba k personálu. Šetření ukázalo, že vedoucí pracovníci dbají na vykazování nežádoucích událostí, a také to, že událost neznamena automaticky vyvození pochybení na straně pracovníka. Celý systém nepřímo působí také na posilování ochrany pacienta.

82. Zvýšení bezpečnosti a také i respektování práv pacientů napomáhá, je-li pro některé postupy personálu k dispozici vnitřní předpis psychiatrické nemocnice. Personál pak neimprovizuje, postupuje jednotně a ví, v jakých postupech bude mít podporu vedoucích pracovníků. Podmínkou je, že postup je srozumitelný a návodný, vychází z podmínek na pracovišti a jeho plnění je nadřazenými pracovníky vyžadováno. V tomto ohledu byla nejlepší praxe shledána v DPN Opařany. V jedné psychiatrické nemocnici jsem musel doporučit a opakovaně vyžadovat vypracování vnitřního předpisu pro používání omezovacích prostředků.⁴⁹

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **definovat a sledovat situace různého ohrožení života nebo zdraví osob, nebo majetku;**
- **zavést pracovní postupy pro činnosti, kde je zvýšené riziko chyby nebo zásahu do práv osob (například pro použití omezovacích prostředků).**

c) Speciální potřeby dětí s postižením

83. Považuji za nesporné, že určité skupiny pacientů jsou zvláště ohrožené špatným zacházením. V prostředí dětské lůžkové psychiatrie mám na mysli děti s těžším mentálním postižením a poruchami autistického spektra. Specifické potřeby těchto pacientů kladou zvýšené nároky na odborné vyškolení personálu (v žádném z navštívených zařízení není vytvořena pracovní pozice psychopeda) a pochopitelně i na jeho počet.

84. Pouze DPN Opařany má podmínky pro poskytování péče **dětem se závažnějším mentálním postižením** na specializovaném oddělení. V ostatních zařízeních musí zajišťovat péči o dítě s postižením v rámci všeobecného oddělení, což se na místě ukázalo být velmi náročné pro personál a s ne zcela uspokojivým výsledkem.

Upozornil jsem vedoucího konkrétního pracoviště: že záznamy dokládají problémy dívky s těžkým mentálním postižením v interakci s ostatními dětmi; že stále zaměstnává jednu sestru, která pak chybí u ostatních dětí, když v danou chvíli není tím posílen; že je nasazena klidnící medikace na noc, když dívka neusíná tak snadno, jak ostatní děti. Ze strany ošetřovatelského personálu jsem zaregistroval pouze zaznamenávání „neadekvátního“ chování dítěte a nutnosti zasahovat; nebyly vytvořeny žádné zvláštní podmínky a zadání pro personál. Je jasné, že taková situace není déle než pár dní únosná a vynutí si tlumení dítěte,

⁴⁹ Právní předpisy to nepřikazují, metodické opatření zavazující i toto zařízení vydání vnitřního předpisu pouze doporučuje.

pokud nebude posílen personál. Ředitel zařízení zareagoval takto: „Práce s dětmi s mentálním postižením s poruchami chování, autisty atd. je součástí pedopsychiatrické praxe. Z hlediska MKN č. 10⁵⁰ a z formálního hlediska se tyto diagnózy ničím neliší od jiných psychiatrických „F diagnóz.“ Pravdivost tohoto tvrzení nezpochybňuji, nesměřuje však k jádru problému, na který jsem upozornil!

Dobrá praxe z DPN Opařany:

Příklad dobré praxe při zvládnání zvláštní náročnosti dětí s poruchou autistického spektra jsem zaznamenal v DPN Opařany v přínosu speciální pedagožky na oddělení, instruující zdravotníky jak strukturovat program těchto dětí a jak využívat školní pomůcky i pro aktivity dětí mimo vyučování. Děti s autismem jsou na jednotlivých odděleních skutečně integrované. I když je péče o dítě s autismem limitována provozními možnostmi, nejedná se o formalitu a je činěno z organizačního hlediska maximum pro pohodu pacienta a bezpečnost okolí. Ve škole (samostatný subjekt zřizovaný krajem) jsou zřízeny speciální třídy pro děti s poruchami autistického spektra. Psychiatrická nemocnice má rozhodně profit ze snahy školy nevracet pokud možno děti v průběhu vyučování zpět na oddělení. Spolupráce obou subjektů, přístup učitelů k dětem z DPN a zaměření dalšího vzdělávání pedagogů ze školy je příkladem dobré praxe.

V souvislosti s péčí o děti se zdravotním postižením doporučuji

- **zajistit odbornou podporu personálu, pokud jde o komunikaci s dětmi (viz také těžké komunikační problémy zohledněné v povinnostech poskytovatele zdravotních služeb v ustanovení § 30 zákona o zdravotních službách);⁵¹**
- **zajistit personální posílení, pokud je přijato dítě se speciálními potřebami.**

d) Péče v souvislosti s ukončením hospitalizace

Psychiatrická nemocnice má být aktivní, co se týká vhodnosti prostředí, kam se dítě po ukončení hospitalizace vrátí. Zabývat se adekvátností péče, kterou nabízí prostředí, kam se má dítě vrátit; případně i upozornit na nevhodnost stávajícího školského zařízení.

85. Na případě sourozenců Filipa a Jakuba (zpracován jako kazuistika b/ v Příloze 2) ukazují, jak děti trávily měsíce ve zdravotnických zařízeních, aniž by se řešil **problém vycházející z neadekvátnosti péče, kterou nabízelo prostředí, kam se měly vrátit**. Problém v jejich případě spočíval v tom, že v jejich dětském domově byl personál přesvědčen, že na chlapce nemůže stačit a že tam nepatří. Jinými slovy – šlo o problém zajištění

Dlouhodobá hospitalizace

⁵⁰ Poznámka: Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, podle desáté revize (MKN-10), dokument zaštitěný autoritou Světové zdravotnické organizace. Její kódy začínající písmenem F odpovídají diagnózám používaným v psychiatrii.

⁵¹ Ustanovení § 30 odst. 1: „Pacient se smyslovým postižením, nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou.“ Nerespektování postihuje sankce dle ustanovení § 117 zákona o zdravotních službách.

vhodného zařazení dětí v rámci školského systému či náhradní rodinné péče, jež by předcházelo dekompenzaci, která nastávala vždy krátce po propuštění z nemocnice.

Po důkladném šetření jsem konstatoval, že chlapcům nebyla v rámci ústavní výchovy zajištěna adekvátní péče. Chápu, že není pro DPN snadné rozkrýt pozadí jednotlivých případů. Ovšem, jak jsem po mnohých diskusích zjistil, právě v psychiatrických nemocnicích se sbíhají mnohé nitky a tamní profesionálové umí vycítit, zda je o dítě v jeho prostředí zájem, nebo ne. Je-li úspěch pedopsychiatrické intervence závislý na podpoře dítěte v jeho prostředí, je v zájmu odborníků udělat maximum také pro jeho úpravu.

Školská zařízení musí v zájmu naplnění práv dítěte aktivně pracovat na zohlednění výchovných a zdravotních potřeb dítěte, ve spolupráci s odborníky (ambulantní psychiatr, diagnostický ústav).⁵² Pokud je důvodný předpoklad, že se tak nestane, nebo vzhledem k typu zařízení taková snaha nebude úspěšná (například dítě již dále nemůže zůstat v zařízení typu dětský domov), nemocnice by měla jednat. Vznáším tedy požadavek na psychiatrické nemocnice, aby se v rámci svých možností zabývaly adekvátností péče, kterou může nabídnout prostředí, kam se má dítě vrátit. Výsledkem může být buď dialog se zákonnými zástupci a vedením zařízení, nebo informování orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Školská
zařízení

Zpráva z návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, citace bodů 281 a 282:

Náležitá péče (pozn.: ve školských zařízeních, o dětech s potřebou psychiatrické péče) o děti s uvedenými zdravotními specifiky je náročnější, a nelze tedy očekávat, že ji bude možno zajistit se stejným počtem pracovníků, jako v případě péče o děti bez potíží. Představitelé navštívených dětských domovů hlásí nárůst dětí s potřebou psychiatrické péče a mají špatné zkušenosti se suplováním péče pobyty v (dětských) psychiatrických nemocnicích. Jak se ale ochránce přesvědčil, zpravidla to není zohledněno při personální dotaci – ať už zařízení zřizuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, či kraj. Cestou může být udělení výjimky z předepsaného počtu dětí v jedné rodinné či výchovné skupině, jak to zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy v § 4 odst. 6 připouští.

Doporučuji zřizovatelům zařízení, aby zajistili takový počet personálu, který odpovídá specifickým potřebám dětí.

⁵² Pokud se ukáže být daný typ školského zařízení pro dítě nevhodný, je nutné řešit to po linii zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy. Tedy podat návrh na přemístění dítěte, nikoli pouze opakovat pobyty v psychiatrické nemocnici. Doporučení v tomto smyslu jsem formuloval ve [Zprávě ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy](#) (bod 277 a násl.). Tam také poukazuji na mezery v současném systému zajištění ústavní výchovy, nedostatečnost zařízení s výchovně-léčebním režimem, a také nedostatečnosti pedopsychiatrické péče dostupné dítěti přímo ve školském zařízení. Pojednávám o tom s tím cílem, aby diagnostikování závažných (či zvláště závažných) poruch chování neimplikovalo v životě dítěte jen přechod na restriktivnější režim (například oproti stavu v dětském domově), jako je tomu bohužel většinou nyní, nýbrž odbornější přístup v rámci soustavy školských zařízení.

Z praxe (školských zařízení a pedopsychiatrů) rovněž zaznívá, že pro péči o děti s uvedenými zdravotními specifiky nejsou předpoklady ani v odbornosti a pojetí péče – a to ani na úrovni dětských domovů. Má zjištění se velmi obtížně dokazují obecně vzhledem k roztržitosti a neúplnosti dokumentace, ovšem v několika zařízeních je i dokumentovatelné, jak děti, jejichž chování je problematické, jsou po několika návštěvách ambulantního lékaře na žádost zařízení odesílány do psychiatrické nemocnice (obstarání souhlasu zákonného zástupce s pobytem ve zdravotnickém zařízení je jen administrativní záležitost), aniž by předcházelo zdokumentované uzpůsobení režimu ve školském zařízení potřebám dítěte, například s ADHD. S takovými dětmi se pak lze setkat při návštěvách psychiatrických nemocnic, kde se řadí mezi bezproblémové, ovšem pobyt je lékaři hodnocen jako v jistém smyslu přínosný, a tak nebývá krátký. Vnímám jako nepřijatelné, aby se „problematické“ děti odkláněly do zdravotnických zařízení. Opakuji, že pochybení se těžko dokazuje, ovšem vzhledem k hodnotám, které jsou v sázce, je právě proto třeba žádat od zařízení určitou transparentnost a průkaznost postupů.

Zařízení musí aktivně pracovat na zohlednění výchovných a zdravotních potřeb dítěte, ve spolupráci s odborníky (ambulantní psychiatr, diagnostický ústav, středisko výchovné péče). Je třeba, aby činnost zařízení byla prokazatelná.⁵³ Pokud se ukáže být daný typ školského zařízení pro dítě nevhodný, je nutné řešit to po linii zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy, tedy dát návrh na přemístění dítěte, nikoli pouze opakovat pobyty v psychiatrické nemocnici.

86. Problém může být i v rodině, kde výchovné prostředí představuje jednu z příčin psychických potíží dítěte, nebo jejich zhoršování. V situaci, kdy je psychiatrické nemocnici zřejmé, že rodiče (pěstouni) nebudou schopni nebo nechtějí řešit problémy spojené s výchovou dítěte sami, rodinné terapie se odmítají zúčastnit, a přitom by jejich účast byla v zájmu dítěte, je zcela jistě namístě o tom vyrozumět příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí, který může následně uložit rodičům povinnost se terapie zúčastnit.⁵⁴

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím:

- **zabývat se adekvátností péče, kterou může nabídnout prostředí, kam se má dítě vrátit;**
- **tam, kde vyvstávají důvodné pochybnosti o schopnosti osob pečujících o dítě zohledňovat specifika jeho zdravotního stavu (problémy ve výchovném prostředí), informovat orgán sociálně-**

⁵³ Příkladem nedostatečné praxe je návrh dětského domova na psychiatrickou hospitalizaci dítěte (ve smyslu návrhu, aby hospitalizaci doporučil ambulantní psychiatr), když v dokumentaci domova lze nalézt pouze obecné zmínky o tom, že ho ve škole nezvládají, že v jeho případě dochází k sebepoškozování. Přitom o sebepoškozování – tedy o závažném problému v chování – není podrobněji pojednáno v pravidelných zprávách ambulantního psychiatra. Záznamy domova mají povahu pouze záznamů o mimořádných událostech (například nebezpečné chování dítěte), takže není možné dohledat, zda je mimořádná událost předznamenána jinými, méně závažnými změnami v chování dítěte. Formulář pro záznamy ani neumožňuje rozsáhlejší popis průběhu dne.

⁵⁴ Ustanovení § 12 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

právní ochrany dětí. To se týká i případné nevhodnosti stávajícího typu školského zařízení.

87. U **dětí s postižením** jsem zaznamenal některé déle trvající hospitalizace, což bylo odůvodněno obtížností nastavování optimální medikace při specifické odpovědi pacienta. Mohu ovšem doložit i konkrétní případy, kdy hospitalizaci fakticky prodlužovala nevyřešená sociální situace dítěte – nemělo se po propuštění kam vrátit. Považuji za nesporné, že v daných případech systému sociálně-právní ochrany dětí a sociálních služeb spoléhaly na psychiatrickou péči a nechávaly dítě v prodlužovaném provizoriu.

Neumísti-
telný
pacient

88. Není výjimkou situace, kdy se dítě po ukončení hospitalizace nemůže vrátit do prostředí, ze kterého přišlo (vlastní rodina, pěstounská rodina, dětský domov). V případě sedmnáctileté Růženy (zpracován jako kazuistika a/ v Příloze 2) došlo k prodloužení hospitalizace o půl roku proto, že **neměla po propuštění z psychiatrické nemocnice kam jít.** Ačkoli se v jejím případě nakonec řešení našlo, představuje svou patovostí bohužel typický případ (tzv. „neumístitelní pacienti“). Ani na straně nemocnice, ani na straně orgánu sociálně-právní ochrany nechyběla snaha, ovšem pro určité děti, především pro děti s postižením, jako by v České republice řešení neexistovalo.

S tím se ovšem není možné spokojit. Každé dítě, které v případě propuštění z psychiatrické nemocnice nemá kam jít, je dítětem bez jakékoliv péče⁵⁵ a orgán sociálně-právní ochrany dětí se v krajním případě může uchýlit k podání návrhu soudu na vydání předběžného opatření, kterým by soud nařídil, „aby bylo na nezbytně nutnou dobu umístěno ve vhodném prostředí, které v usnesení označí. Vhodným prostředím se rozumí výchovné prostředí (u osoby, nebo v zařízení) způsobilé zajistit dítěti řádnou péči, s ohledem na jeho fyzický a duševní stav, jakož i rozumovou vyspělost.“ Zcela jednoznačná odpovědnost státu za osud dítěte je dána v případě, kdy je dítěti nařízena ústavní výchova, a to i když právě dítě „nespadá“ do žádného školského zařízení a má zdravotní hendikep; nemůže být úřady bez dalšího ponecháno v psychiatrické nemocnici. Fakt, že orgán sociálně-právní ochrany dětí nemůže najít vhodné zařízení sociálních služeb, neznamena, že nemocnice musí prodlužovat hospitalizaci. Ačkoli mohu být skeptický ohledně odbornosti návazné péče, obecně je třeba říci, že zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc jsou zřizována právě pro tyto účely a tlak vytvářený na DPN, že dítě nelze propustit, není zcela opodstatněný.

Každopádně je třeba se bránit nečinnosti orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pokud se vyskytne (například stížností k nadřízenému daného pracoviště). Následně jsem oprávněn se postupem orgánu sociálně-právní ochrany dětí⁵⁶ zabývat v rámci své působnosti já.

⁵⁵ Ve smyslu ustanovení § 16 zákona o sociálně-právní ochraně dětí a ustanovení § 76a občanského soudního řádu.

⁵⁶ Obecně ke stížnostnímu mechanismu na orgán sociálně-právní ochrany dětí: Existuje možnost ve smyslu § 80 odst. 4 správního řádu obrátit se na nadřízený správní orgán (krajský úřad) a oznámit skutečnosti nasvědčující tomu, že je namísto učinění opatření proti nečinnosti. Krajský úřad může

89. Na příkladu chlapců Ondřeje a Petra (zpracováno jako kazuistiky c/ a d/ v Příloze 2) lze ilustrovat, jak v případě **dětí se zdravotním postižením spočívajícím v poruchách autistického spektra** nejsou plněny požadavky článku 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, který požaduje od státu přijetí účinných a odpovídajících opatření, aby osoby s postižením mohly žít v rámci komunity, s možnostmi volby – tedy aby jim byly dostupné sociální služby nezbytné pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabránění izolaci nebo segregaci.

Absence záruk zajištění nezávislého způsobu života a zabránění segregaci

90. Může se stát, že **dítě dovrší v psychiatrické nemocnici věk 18 let**. Setkal jsem se s více případy, kdy pro své mentální postižení pacient po propuštění stěží sám ve světě ob stojí a nemá nikoho, kdo by se o něj postaral. Přitom dospělý nemá za současného právního stavu žádnou garanci toho, že mu bude zajištěno bydlení a nějaká péče – na rozdíl od dítěte, které v režimu ústavní výchovy má nárok na péči školského zařízení. Skutečností je, že s dosažením dospělosti pacient ztrácí ochranu, zajišťovanou do té doby orgánem sociálně-právní ochrany dětí, a nemá ani nárok na sociální službu. Její získání je jen výsledkem „shody okolností“, totiž stavu zajištění služeb, jenž je v každém regionu republiky jiný a jehož určitý standard není obecně stanovený, natož vynutitelný.

Chybí nárok na sociální službu

Je proto třeba zalarmovat včas dotčené úřady a návaznost péče řešit ještě před 18. narozeninami (pokud možno nikoli jen provizorně). Psychiatrická nemocnice má nezastupitelnou roli v tom, že má fakticky možnost sledovat práci školského zařízení a orgánu sociálně-právní ochrany dětí, a případně zavčas urgovat a zapojovat do řešení státní orgány. Podotýkám, že pomoc při zajištění návazné péče je jedním z úkolů sociální kurately u dětí s nařízenou ústavní výchovou, nebo uloženou ochrannou výchovou.⁵⁷

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím v případě dítěte, které se po ukončení hospitalizace nebude moci vrátit do prostředí, ze kterého hospitalizaci nastoupilo, zalarmovat včas orgán sociálně-právní ochrany dětí; návaznost péče řešit ještě před 18. narozeninami, pokud možno nikoli jen provizorně.⁵⁸

příkazat, aby orgán sociálně-právní ochrany dětí ve stanovené lhůtě učinil potřebná opatření ke zjednání nápravy. Jen pro úplnost, další případnou možností je podnět ke kontrole krajskému úřadu podle zákona o obcích: „*Krajské úřady v přenesené působnosti kontrolují výkon přenesené působnosti svěřené orgánům obcí,*“ přičemž „*kontrolou se rozumí činnost orgánů veřejné správy, při které se zjišťuje, zda orgány obcí, městských obvodů a městských částí územně členěných statutárních měst dodržují při výkonu přenesené působnosti zákony, jiné právní předpisy...*“ (ustanovení § 129 odst. 1 a odst. 3 písm. b/ zákona č. 128/2000 Sb., o obcích /obecní zřízení/, ve znění pozdějších předpisů).

⁵⁷ „Sociální kuratela se zaměřuje zejména na zajištění návazné péče dětem uvedeným v písmenu c) i po dosažení zletilosti, zejména dojde-li k prodloužení ústavní nebo ochranné výchovy; při zajištění návazné péče je kurátor pro děti a mládež povinen spolupracovat zejména s obcemi v samostatné i přenesené působnosti, s krajskou pobočkou Úřadu práce ČR, s poskytovateli sociálních služeb a zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy“ (§ 23 odst. 4 písm. f) zákona o sociálně-právní ochraně dětí).

⁵⁸ Upozorňuji na relevantní doporučení Směrnice OSN o náhradní péči o děti: „*Příprava následné péče by se měla uskutečnit v nejrannějším období umístění dítěte do péče, přinejmenším však dostatečně dlouho před odchodem dítěte z péče*“ (bod 133).

e) Spolupráce s rodiči a osobami pečujícími o dítě

91. Pro získání podrobných aktuálních informací o podmínkách pro péči o děti s psychiatrickým problémem ve školských zařízeních odkazují zdravotníky na bod 277 a násl. své [Zprávy ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy](#). Standardy a doporučení, které tam formulují, mohou posloužit ke vzájemnému vyjasnění možností a povinností, stejně jako vyjasnění postavení zřizovatelů školských zařízení.

Psychiatrická nemocnice má vtaňovat rodiče a osoby, kterým je dítě svěřeno, do zajištění správné péče o dítě a vhodně je edukovat.

92. Po podrobnějším seznámení se systémem péče o děti ve školských zařízeních vidím ve vzájemném působení školských a zdravotnických zařízení nevyužitý potenciál.

Sdělování informací a poučení

93. Pacient, resp. jeho zákonný zástupce, pěstoun, nebo jiná pečující osoba (včetně statutárního orgánu školského zařízení, či pobytového zařízení sociálních služeb) má povinnost pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu (dítěte).⁵⁹ Lékaři tak mají nástroj ke zjištění maxima informací o dítěti a poměrech, odkud přichází. V případě školského zařízení mohou žádat o předložení programu rozvoje osobnosti dítěte, který musí být pro každé dítě vypracován a pravidelně hodnocen, jakož i průběžných záznamů.

A naopak, zákon o zdravotních službách v dostatečné míře umožňuje lékařům sdělování informací o zdravotním stavu dítěte, jak řediteli zařízení, tak pečujícímu obecně.⁶⁰

94. Z poskytnutých informací lze poznat způsob práce ve školském zařízení a s ohledem na nejlepší zájem dítěte jej ovlivnit. Ve smyslu edukace a doporučení pro školské zařízení. Přitom pouze někdy byly při studiu dokumentace ve školských zařízeních zjištěny záznamy s pokyny od psychiatra. Absence poučení (například o úzkostech, které mohou provázet určité duševní poruchy dětí, nebo o potřebě úprav prostředí) může mít závažné negativní důsledky na mezilidské vztahy v zařízení a vyhocení potíží dítěte. Pokud jde o výsledek hospitalizace, zpráva nemocnice je zasílána ambulantnímu lékaři dítěte a lékaři nemocnice sami

Program
rozvoje
osobnosti

Školské
zařízení

⁵⁹ Ustanovení § 41 odst. 1 a 2 ve spojení s § 42 zákona o zdravotních službách. Doslova se jedná o povinnost „pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb“.

⁶⁰ Ustanovení § 45 odst. 2 písm. g) zakotvuje povinnost poskytovatele zdravotních služeb „předat (...) poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi“. Právo zákonného zástupce (a skrze ustanovení § 42 i statutárního zástupce domovského zařízení dítěte) na informace o zdravotním stavu pacienta a právo klást otázky vyplývá z ustanovení § 31 odst. 5 zákona o zdravotních službách. Podle ustanovení § 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“.

od sebe pokyny pro zařízení nevypracovávají. Není tak využita příležitost efekt hospitalizace prodloužit. Lékař například může formulovat konkrétní doporučení či možné součásti programu rozvoje osobnosti dítěte.⁶¹ Profesionální pečovatelé jsou ve stejné pozici jako pečující rodiče, ovšem zákonné nároky na jejich činnost při zajišťování specifických výchovných a vzdělávacích potřeb dítěte mohou být výhodou při implementaci doporučení lékaře.⁶²

95. V tomto smyslu jsem rovněž formuloval doporučení pro školská zařízení – promítat spolupráci s odborníky (pedopsychiatr, nemocnice) do dokumentace dítěte, aby informace mohli sdílet všichni, kdo s dítětem v zařízení pracují.⁶³ Považuji to za nesmírně důležité například pro děti s postižením, které žijí v zařízení typu dětský domov, a u kterých se vlastně jedná o předpoklad jejich udržení v daném zařízení. Například u **dětí s poruchami autistického spektra** je riziko šikany až čtyřikrát větší, než u ostatních spolužáků ve škole. Řada jejich charakteristických projevů přímo provokuje problémy v sociálních interakcích (nízká frustrační tolerance, důvěřivost, neschopnost dělit pozornost, zdání lenosti a další). Pro ně může být velmi prospěšná úprava prostředí.⁶⁴ Je třeba si uvědomit, že v dětských domovech zpravidla nepracují ani psychologové, ani etopedi. Bez intervence pedopsychiatra (ambulantního či nemocničního) je pravděpodobné, že se dítěti nedostane speciálního přístupu.

96. Na některých pracovištích bylo více **dětí s diagnózou porucha aktivity s poruchou pozornosti (ADHD)**, a proto jsem zjišťoval, zda může psychiatrická nemocnice (a jakými nástroji) ovlivnit prostředí, kam se tyto děti po skončení pobytu vrátí (doporučit rodinnou terapii, edukovat, předat zadání pro péči o dítě). Rodinnou terapii pracoviště nezajišťovala a jako jediný důvod pro alarmování orgánu sociálně-právní ochrany dětí pracovníci uváděli diagnózu mentální anorexie, nebo případ týrání dítěte. Jiné nástroje nebyly k dispozici.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím být aktivní, co se týká edukace a doporučení pro pečující osoby. Od školských a sociálních zařízení proto žádat dokumentaci, která se týká zacházení s dítětem, a dbát na předání doporučení pro další práci s dítětem v zařízení (program rozvoje osobnosti ve školských zařízeních, individuální plán v zařízení sociálních služeb).

97. Jak bylo naznačeno výše (bod 86), může být v zájmu dítěte kontaktovat orgán sociálně-právní ochrany dítěte. Zmiňuji to i v té souvislosti, že pečující osoby někdy nechtějí, nebo samy nedokážou zohlednit zdravotní specifika dítěte, a tím přispívají k jeho neuspokojivému

⁶¹ Příkladem dobré praxe zjištěné například ve Výchovném ústavu Klíčov, či Dětském domově se školou Slaný je, pokud má pedopsychiatr zřízen přístup do elektronické dokumentace zařízení (v potřebném rozsahu), takže jednak může číst záznamy pracovníků zařízení o chování a projevech dítěte, a jednak sám vkládá pokyny a hodnocení, které formuluje pro pracovníky (takže technicky nemusí jít o zdravotnickou dokumentaci s tím plynoucími náležitostmi).

⁶² Podrobněji o tom viz Lukášová, M.: Zpráva o aktuálních problémech společných dětské a dorostové psychiatrii a institucionální výchově, Česká a slovenská psychiatrie. 2013, č. 1.

⁶³ [Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy](#), bod 284 a násl.

⁶⁴ Čerpáno z Dubin, N.: Šikana dětí s poruchami autistického spektra. Portál, Praha 2009.

zdravotnímu stavu, případně dochází k zanedbávání, v krajním případě k týrání. Lékař pak nemá pro nezáměr pečující osoby koho edukovat nebo se přesvědčil o marnosti takového postupu.

f) Mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb

98. Podle § 51 odst. 1 zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotních služeb povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Z tohoto pravidla právní předpisy dávají výjimky, mimo jiné:

- a) Pacient nebo zákonný zástupce poskytovatele mlčenlivosti zproští (například v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou, v jejichž zájmu chce poskytovatel podniknout nějaké kroky).
- b) Poskytovatel má povinnost
 - oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že dítě má být příjemcem sociálně-ochrany dětí (§ 10 odst. 4 zákona o sociálně-právní ochraně dětí). Dítě, jehož rodiče (pečující osoba) zanedbávají léčebný režim, takovým dítětem je a orgán sociálně-právní ochrany dětí se to má dozvědět (viz § 6 cit. zákona).
 - informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností, pokud je v rodině nezletilého pacienta závažná sociální problematika (§ 47 odst. 2 zákona o zdravotních službách).
- c) Poskytovatel má povinnost na výzvu orgánu sociálně-právní ochrany dětí sdělit údaje potřebné podle zákona pro sociálně-právní ochranu dětí, mj. údaje o podezření ze zanedbávání péče o dítě (§ 53 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí).

99. Nad rámec toho, co bylo uvedeno výše (bod 93), informace mohou plynout i opačným směrem:

- Obecní úřad obce s rozšířenou působností může na vyžádání poskytnout potřebné údaje poskytovateli zdravotních služeb (§ 51 odst. 4 písm. e/ zákona o sociálně-právní ochraně dětí).

4. Omezovací prostředky

Omezovací prostředek smí být použit pouze v situaci bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti, a pouze po dobu, po kterou tento důvod trvá. Indikovat jej zásadně musí lékař.

Medikace podaná pro rychlé zklidnění musí mít režim omezovacího prostředku.

Způsob aplikace omezovacího prostředku musí být bezpečný a šetrný k důstojnosti pacienta.

O použití zákonem specifikovaných omezovacích prostředků musí být vyrozuměn zákonný zástupce dítěte.

Používání omezovacích prostředků musí být předmětem pravidelné kontroly a vyhodnocování vedoucími pracovníky.

100. Pravidla pro používání omezovacích prostředků jsou konečně dána zákonem (o zdravotních službách). Do jeho účinnosti je stanovilo pouze metodické opatření Ministerstva zdravotnictví zn. 37800/2009 (které dál zůstává v platnosti, se silou předpisu zavazujícího poskytovatele zdravotních služeb podřízené ministerstvu). K tomuto nesporně pozitivnímu vývoji podotýkám, že praxe (jak ji při systematických návštěvách zjišťuji, nebo jak byla odhalena například před Evropským soudem pro lidská práva),⁶⁵ ještě není natolik kultivovaná, aby bylo možné být se zněním zákona zcela spokojen. Proto formuluji ještě legislativní doporučení:

Doporučuji Ministerstvu zdravotnictví iniciovat legislativní změny tak, aby byla zákonem stanovena

- subsidiarita⁶⁶ použití omezovacích prostředků;
- povinnost vést evidenci použití omezovacích prostředků.

Psychiatrickým nemocnicím doporučuji

- vytvořit takové podmínky pro poskytování péče, aby nebylo nutné používat omezovací prostředky preventivně;
- pravidla a dostupnost lékařů nastavit tak, aby indikace jiným pracovníkem, než lékařem, byla skutečnou výjimkou; pokud k takové situaci dojde, lékař následně potvrdí odůvodněnost omezení osobně, nikoli po telefonu;
- popsat používání omezovacích prostředků a kompetence jednotlivých členů personálu ve vnitřním předpisu, který bude mj. definovat povahu a četnost kontrol pacienta v omezení;
- pro kontrolní účely vést rovněž centrální evidenci používání omezení.

101. Podmínkou toho, aby omezení nebylo používáno jen preventivně, je bezpečné a přehledné řešení prostoru, kde je péče poskytována. Dále je podmínkou dostatečné personální zajištění péče o pacienty vyžadující vysokou míru dohledu – zde konstatuji velké riziko v případě dětí s postižením, viz bod 84. A konečně je zapotřebí zajistit personálu veškerou dostupnou podporu.

⁶⁵ Případ Bureš proti České republice, rozhodnutí ze dne 18. října 2012 o stížnosti č. 37679/08.

⁶⁶ Pravidlo, že omezovací prostředky lze použít až tehdy, když byly ostatní možnosti řešení situace vyčerpány; dosud je toto pravidlo obsaženo pouze v metodickém opatření, které není právně závazné pro všechny poskytovatele zdravotních služeb v České republice.

Dobrá praxe z DPN Opařany:

Nemocnice organizuje mj. výcvik zvládnání agresivního pacienta; pouze část vzdělávání je externí. Zaměstnancům je poskytována podpora spočívající v pořízení přenosných alarmů a zorganizování pomoci personálu z jiných oddělení v případě ohrožení. Zvýšené riziko, které s sebou nese práce s určitými typy pacientů, není přehlíženo, což je důležitý signál nejen pro pacienty, ale především pro pracovníky, což zvláště oceňuji. Dále bylo zjištěno, že personál neváhá použít alarm i jen preventivně, nebo vykázat nežádoucí událost, což je mimo jiné i projev toho, že ve výsledku nejsou tyto skutečnosti interpretovány jako selhání personálu. To ve svém souhrnu vede k eliminaci preventivního užití omezení.

102. Nevznikly pochybnosti o tom, že medikaci proti vůli pacienta, resp. omezovací prostředky, indikuje vždy lékař.

103. V jednom zařízení jsem byl znepokojen tím, že z lékařské dokumentace několika dětí bylo patrné, že po útěku jim byla nařízena „neklidová“ intramuskulární medikace. Z dokumentace nebylo patrné, že stav dítěte byl natolik vážný, aby vyžadoval akutní zklidnění. Podotýkám, že dokumentace by neobstála, například co se týká požadavků vyjádřených Evropským soudem pro lidská práva v případě Bureš proti České republice.

Z návštěv dalších typů zařízení pro děti mám zkušenost, že děti často utíkají k rodičům. V těchto případech se mi příčí přímé trestání útěku, i když jistě představuje narušení léčby, a také porušení řádu. Farmaka nesmí být v žádném případě používána jako omezující, či dokonce „výchovní“ prostředek v reakci na útěk. Doporučuji tyto zásady ctít a důkladně dokumentovat případy, kdy se k podávání zklidňující medikace přistupuje.

104. Formulací standardu, že medikace podaná pro rychlé zklidnění musí mít režim omezovacího prostředku, sice opisují zákon o zdravotních službách (§ 39 odst. 1 písm. f), ovšem vedou mě k tomu zjištění učiněná před jeho účinností.

105. V jedné navštívené psychiatrické nemocnici bylo ve vztahu k dětem aktuální používání síťového lůžka, tedy omezovacího prostředku upraveného § 39 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách. Častější používání bylo v době návštěvy aktuální u jednoho chlapce, který byl ukládán do síťového lůžka v době, kdy děti na daném oddělení uléhaly ke spánku – tedy dvakrát denně. Formálně bylo činěno vše, co předpisy právní i nemocniční vyžadovaly při použití omezovacího prostředku: použití lůžka bylo dokumentováno; u žádného použití nechyběla lékařská ordinace; ne vždy byla zvedána síť – jen v případě nutnosti. Podle mého názoru má použití síťového lůžka u chlapce především funkci prevence – s jeho nemocí souvisely nebezpečné bezděčné pohyby, v minulosti způsobil škody na vybavení a ohrožoval svým jednáním sebe a ostatní. Důvěryhodně působilo, že dle epikriz se s ukládáním do lůžka pracovalo

Síťové lůžko

a zkoušelo se nezvedat síť. Chlapec měl také velmi často přímý dohled personálu. Nebyl masivně medikován.

Z hlediska zacházení v zařízení jsem tedy nedovodil pochybení, ovšem kladu si otázku, jak bude chlapec zvládnutelný v jiném prostředí. V zařízení sociálních služeb používání síťového lůžka není legální. Pro chlapce by tedy bylo velmi přínosné hledat už v době hospitalizace řešení přenosné i do jiného než zdravotnického zařízení. Doporučil jsem tedy v této souvislosti konzultaci s odborníky, kteří pomáhají se zvládnutím problémového chování klientů zařízení sociálních služeb. Co z omezení by bylo možné odbourat samostatným ubytováním, mělo by se řešit takto. A dále by bylo dobré prověřit, jaký efekt by mělo používání alternativ, jako je například stan na spaní.

Psychiatrickým nemocnicím doporučuji trvale zavádět alternativy k síťovému lůžku.

106. V jednom případě jsem kritizoval, že se (podle jejich výpovědí) děti z oddělení dostaly na dohled dítěti, které právě bylo omezeno kurty. V jiném případě jsem kritizoval, že místnost nazvaná „pokoj intenzivního dohledu“ neměla parametry typické pro intenzivní dohled.

Trvám na tom, že pacient v omezení musí být mimo dohled ostatních pacientů i personálu, který v souvislosti s omezením nevykonává nějaké povinnosti; rozhodně musí být mimo dosah ostatních pacientů.

107. Do dvou zařízení jsem adresoval apel, aby vzhled a uspořádání místnosti určené pro používání omezení dále neumocňovaly fakt omezení. Místnost by měla být útulná a sama působit zklidnění. (V zařízeních sociálních služeb se osvědčilo do takových místností pustit hudbu, nebo /podle věku či mentálního vývoje/ pohádku apod.)

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **provádět omezení v soukromí a bezpečí;**
- **prostředí a způsob omezení uzpůsobit tak, aby nebyl umocněn fakt omezení.**

108. Psychiatrická nemocnice má podle § 39 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách povinnost bez zbytečného odkladu informovat zákonného zástupce pacienta o použití některých omezovacích prostředků (a právo být informován má podle § 42 písm. d/ i pěstoun, statutární orgán školského zařízení a další vyjmenované osoby); sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce. (Pokud jde o podpis, zákon neuvádí, kdy k němu má dojít.) Zároveň je explicitně v ustanovení § 39 odst. 3 písm. a) formulována povinnost informovat pacienta (s ohledem na jeho zdravotní stav) srozumitelně o důvodech použití omezovacího prostředku.

S těmito novými povinnostmi nejsou v souladu postupy zjištěné (před účinností zákona) na některých pracovištích. Není například možné „vyřešit“ informování zákonného zástupce tím, že lékař, pokud s ohledem na anamnézu dítěte vyhodnotí použití omezovacího prostředku v průběhu

hospitalizace jako pravděpodobné, informuje o této krajní možnosti rodiče a ti informaci o ní, jakožto součásti léčby, stvrdí podpisem předem. Ve dvou psychiatrických nemocnicích takové předběžné generální souhlasy na začátku hospitalizace dítěte předkládali.

Centrální
evidence

109. Zjišťoval jsem, zda je používání omezovacích prostředků **předmětem kontroly a vyhodnocování**. Základní pomůcku, totiž stručnou centrální evidenci umožňující rychlou orientaci o situaci (zaběhnutém pořádku) na pracovišti, mají v nějaké formě ve všech navštívených psychiatrických nemocnicích, což jsem ocenil. V PN Opava takto sledovali i podání neklidové medikace, což zdůrazňuji proto, že to není ještě všude standardem.

Dobrá praxe z DPN Opařany:

Část záznamů je vedena centrálně, lze je tedy i centrálně vyhodnocovat. Každé oddělení měsíčně vyhotovuje bilanci, jaké omezovací prostředky byly použity. Data vyhodnocuje ustanovená komise. Tento postup zvyšuje transparentnost práce zdravotníků, působí preventivně, a zároveň umožňuje poučení z případných chyb.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **používat evidenci (nebo vhodnou aplikaci elektronického systému) ke sledování používání omezovacích prostředků na daném pracovišti;**
- **sledovat takto i podání psychofarmak za účelem rychlého zklidnění.**

5. Režim a ohledy na soukromí a stud

Pravidla, která panují na oddělení, musí být formulována a sepsána a nesmí být neodůvodněně restriktivní.

Musí být vytvořeny podmínky pro to, aby dítě znalo svoje práva a povinnosti ve zdravotnickém zařízení.

Oblečení dětí má být civilní. Děti mají mít možnost nosit vlastní oblečení. Odnětí vlastního oděvu nesmí být používáno jako trest.

Nemá docházet k nepřírozené separaci chlapců a dívek.

Děti musí mít možnost mít na oddělení své věci, pro jejichž uložení v soukromí a bezpečí musí být vytvořeny podmínky.

Je nezbytné dbát na důstojnost, zejména na přirozený stud dítěte (při prohlídkách, při úkonech hygieny apod.).

Režim a vnitřní řád

110. Zákon o zdravotních službách explicitně vyslovuje v § 3 odst. 3, že režim je součástí individuálního léčebného postupu a rozumí se jím „soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu“. Jako součást lékařem navrženého individuálního léčebného postupu musí být proto režim

předmětem informování pacienta a jeho zákonného zástupce (§ 31 odst. 1 písm. a), a vztahuje se na něj i požadavek na informovaný souhlas. Zároveň režim představuje (v případě lůžkové péče) prostor, ve kterém pacient ve zdravotnickém zařízení žije – má být proto co nejméně omezující (srov. § 28 odst. 3 písm. a/ a k/, § 46 odst. 1 písm. a/ zákona o zdravotních službách).

Část režimových opatření se promítne do vnitřního řádu zařízení (který rovněž získal právní úpravu). Pacient i jeho zákonný zástupce jsou povinni se vnitřním řádem řídit a zákonný zástupce nadto je povinen vytvořit podmínky pro splnění této povinnosti dítětem (§ 41).

Vnitřní řád

111. Podle zákona musí být pacient seznámen se svými právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a s vnitřním řádem (§ 46 odst. 1 písm. a). Trvám na **písemné formě vnitřního řádu**, protože jinak nelze této zákonné povinnosti poskytovatele zdravotních služeb prokazatelně dostát. Pokud pravidla nejsou jednotná a stejným způsobem uplatňovaná všemi zdravotníky, vzniká řada nejasností, např. co je kompetence sester a co lékaře. Neexistenci vnitřního (nebo „domácího“) řádu jsem konstatoval v jednom zařízení, kde situaci na mé doporučení napravili. V jednom zařízení jsem ve vnitřním řádu zaznamenal uvedení zavádějících informací pro rodiče.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím sestavit pro jednotlivá pracoviště vnitřní řád a zveřejnit (vyvěsit) jej tak, aby byl volně dostupný.

112. **Informace musí být podávány způsobem zohledňujícím stav dítěte:** postupně, srozumitelně, opakovaně. V DPN Velká Bíteš jsem zaznamenal dobře formulovaná práva a povinnosti dětí, jež byla spolu s denním režimem vyvěšena na chodbě každého oddělení. V ostatních zařízeních nebyl dětem k dispozici speciální text upravený jejich schopnostem porozumění. Zařízením jsem adresoval doporučení na každém oddělení – vzhledem ke skladbě dětí – vymyslet způsob, jakým nabídnout dětem po dobu hospitalizace informace o jejich nejdůležitějších právech a povinnostech (především o možnosti stěžovat si, nebo sdělit, že zažilo něco, co si nepřálo). Pro nejmenší děti to může být jen informace na nástěnce, že se mohou a mají ptát své skupinové sestry (zaznamenal jsem i obrázky). Děti by ale měly mít alternativu – aby nebyly odkázány jen na sestru, se kterou mohou mít například konflikt.

113. Podrobil jsem kritice postupy personálu, když dítě při rozhovoru vypovědělo, že se v zařízení zaučovalo víceméně samo (muselo samo zjišťovat, „jak to chodí“). Z hlediska režimu, toho co „se smí a nesmí“, je velmi důležité, aby informování nebylo ponecháno na ostatních dětech. V tomto ohledu by měl být přístup personálu k novým dětem systematický, proces nástupu propracován. Jako příklad dobré praxe mohu nabídnout DPN Opařany, kde je standardizováno, s jakými informacemi a kým má být dítě seznámeno.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **pro informování dětí vypracovat speciální pomůcku, a to ve formě jim srozumitelné a dostupné;**
- **důsledně dbát o to, aby seznamování dítěte s pravidly v zařízení obstarávali pracovníci, nikoli ostatní děti.**

Pravidla nesmí
být
neodůvodněně
restriktivní

114. Podle zákona o zdravotních službách (§ 46 odst. 1 písm. a) „vnitřní řád nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná, zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů“. Principem je tedy minimalizace omezení práv. Zatímco omezení práv osob ve školském zařízení, či v zařízeních tvrdé detence, předpisy výslovně upravují, zdravotnické předpisy zásahy do práv pacienta nepředpokládají. Dávají jen relativně vágní možnosti „s ohledem na zdravotní stav“.

115. Ve čtyřech zařízeních bylo zakázáno, aby se dívky líčily; v jednom zařízení bylo připuštěno namalovat se na vycházku ven, v dalším byl stanoven limitní věk ukončení povinné školní docházky. Dívky jsou citlivé na svůj zevnějšek a spojují s jeho úpravou také jisté sebevyjádření. Někteří zdravotníci po diskusi připustili užívání řasenek a jemné líčení, jiní v tom vidí velký problém (prostor pro rozvoj patologických jevů – líčení jako útěk do „dospělosti“, která je dětmi mylně ztotožňována s konzumací návykových látek, sexuálními aktivitami, odmítáním plnit školní povinnosti, potulováním se v nočních hodinách apod.). Zároveň však z vyjádření zdravotníků bylo zřejmé, že tato rizika nejsou přítomna u všech pacientek.

116. Nejistil jsem žádný případ izolace, nebo neodůvodněně a nadměrně dlouhé sociální a režimové restriktce dětí po útěku.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **jako standard umožňovat dětem používat své věci, např. MP3 přehrávače a kosmetiky, včetně přiměřeného líčení;**
- **pokud existuje zdravotní kontraindikace, odůvodňovat ji a zaznamenávat v dokumentaci konkrétního dítěte, aby bylo zřejmé, že výjimky ze standardu mají odůvodnění a směřují vůči konkrétním pacientům (nejsou plošné).**

Oblečení dětí

Pyžamo jako
režimový
nástroj

117. Nošení vlastního oblečení v institucionálním prostředí by mělo být již běžným standardem. Jedná se o prvek sebevyjádření člověka, a tedy související s důstojností (viz § 28 odst. 3 písm. a/ zákona o zdravotních službách). Při návštěvách jsem se nesetkal s používáním oblečení (například pyžama) jako motivačního nástroje, nebo trestu. Považuji však za nezbytné, aby jasně zaznělo, že taková praxe je nepřipustná.

V jednom zařízení jsem se setkal s opatřením pro pacienty v režimu zvýšené péče, totiž že byli stále oblečení v pyžamu. Lze jistě pochopit, že ze zdravotních důvodů není pro dítě vhodný pohyb mimo areál nemocnice, resp. že po nezbytně nutnou dobu nemůže jít na vycházku ani v areálu nemocnice. Celodenní chození v pyžamu však považuji za nežádoucí.

Pyžamo slouží k pobytu v posteli (spánek, somatické důvody), nikoli k nošení během dne pro odlišení režimu pacienta.

Kontakt s dětmi opačného pohlaví

118. Všechna navštívená zařízení slouží pro chlapce i dívky. Pohlaví je ovšem jedno z kritérií určujících vnitřní členění. Za ideální považuji stav, kdy chlapci a dívky nemusejí být separováni. Většinou však nelze (z kapacitních důvodů) děti rozdělovat dle zdravotního stavu do více oddělení, a tak jsou jen dívky, spolu s mladšími chlapci, odděleni od starších chlapců. V DPN Opařany jsou pubescenti odděleni podle pohlaví, mladší děti mají oddělení smíšené. Členění vychází z terapeutických potřeb a nebylo předmětem mého posuzování.

119. Co jsem však ve zprávách komentoval, je napětí, které vzniká, když jsou chlapci a dívky v jednom zařízení a nedostávají se do jiného, než výjimečného kontaktu. V jednom zařízení byl kontakt chlapců a dívek omezen na nejmenší možnou míru, a i ve škole byly některé třídy homogenní (to bylo zjištěno i v dalším zařízení). Pokud ani v rámci odpoledních aktivit nejsou příležitosti k tomu, aby se děti opačného pohlaví setkávaly, pak považuji za nežádoucí, aby např. za posílání psaníček následovalo strhnutí bodů, nebo ve škole poznámka za pokus o bavení se (příčemž hodnocení ze školy má dopad na hodnocení na oddělení v psychiatrické nemocnici). Nemocnice by měla alespoň některé aktivity provádět smíšeně.

Do tří navštívených zařízení jsem adresoval doporučení v této věci. Po vyjasnění, o jaký „kontakt“ se mi jedná (nikoli sexuální), jsem se setkal s příznivou odezvou.

Dobrá praxe z PN Havlíčkův Brod:

Za příklad dobré praxe považuji způsob, jak je v PN Havlíčkův Brod umožněn vzájemný kontakt chlapců a dívek, resp. využit jako motivační faktor: společné trávení večerního volného času, kdy si děti pod dohledem personálu mohou povídat, hrát společenské hry a sledovat televizi, skutečně děti vnímají jako odměnu a vyloučení jako trest.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím tam, kde jsou v zařízení hospitalizováni chlapci i dívky, nevytvářet absolutní izolaci, která zvyšuje napětí mezi dospívajícími. Vytvořit příležitosti pro přirozený společenský kontakt mezi chlapci a děvčaty a netrestat banální prohřešky.

Bezpečné uložení osobních věcí

120. K realizaci možnosti dětí mít na oddělení své věci, a to v soukromí a bezpečí, je třeba, aby k uložení věcí byl vytvořen prostor. Standardem by měla být uzamykatelná skříňka dítěte. Pravidla musí být na oddělení nastavena tak, aby se dítě během dne ke svým věcem dostalo. Tedy skříňka je na oddělení dostupná a dítě, které je schopno se o něj postarat, má od ní klíč. Ostatní děti si mohou o zpřístupnění věcí požádat (klíč od skříňky je deponován na sesterně) a personál takové žádosti pružně, bez zbytečného odkladu vyhoví.

**Uzamyka-
telná
skříňka**

Netrvám na plošném vydávání klíčů všem dětem bez rozdílu. Jsem si vědom toho, že některé děti v důsledku svého postižení nebudou schopny samostatně klíč používat a některým nebude ani možno klíč bez dalšího svěřit.

Pokud nemá pacient uzamykatelnou skříňku, nemůže mít u sebe nic, co považuje za cenné, aniž by to bylo přístupné i ostatním. Mám teď na mysli nejen věci cenné z hlediska finančního, např. mobilní telefon, ale i osobní věci, k nimž má citový vztah, např. dopisy či fotografie blízkých osob. To je při několikaměsíčním pobytu velmi nekomfortní a v důsledcích to vede k dalším omezením (viz nepoužívání mobilních telefonů) a zvýraznění faktu života v instituci.

121. I u dětí s mentálním postižením lze vytvořit podmínky pro to, aby u sebe mohly mít některé své věci; vždy individuálně zohledňovat, zda si to dítě přeje, zda mu na tom záleží.

122. V navštívených psychiatrických nemocnicích děti vesměs měly každé svou skříňku (ve třech nezamykatelnou, anebo aktuálně bez používání klíče). Realizace mých doporučení byla příslibena.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **zajistit dětem vhodný uzamykatelný prostor na jejich věci;**
- **umožnit dětem dostat se ke svým věcem během dne: dítě, které je schopno se o něj postarat, má mít klíč od své skříňky.**

Prohlídky dětí

123. Prováděná šetření se zaměřovala na to, zda při nástupu, v průběhu pobytu, případně při návratu z pobytu mimo psychiatrickou nemocnici, nebo z útěku, nejsou děti podrobovány prohlídkám, které by z nějakého důvodu vnímaly jako ponižující. Neučinil jsem významná zjištění – děti si vesměs nestěžovaly a personál vypovídal velmi nekonzistentně. Považuji za chybu, že pouze v jednom zařízení (DPN Opařany) jsem zaznamenal upravení postupu personálu vnitřním pokynem.

Mohu tedy jen obecně vyslovit požadavek, aby prohlídky dětí byly prováděny jen v odůvodněných případech a důstojným způsobem. Tedy aby byla volena vždy nejšetnější varianta. Aby se dítě nemuselo svlékat v místnosti, kde je více personálu, než je nutné; aby se případně prohlídka spojila se sprchováním, které probíhá v soukromí. V případě, že je třeba u hospitalizovaných dětí prohlédnout končetiny, je standardem sprchování v soukromí (za závěsem), pak prohlídka personálem.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **prohlídky provádět jen v odůvodněných případech a důstojným způsobem;**
- **u starších dětí provádět přímý dohled při sprchování dítěte jen v odůvodněných případech.**

Kamery

124. Používání kamer v prostorách určených pro děti bylo zjištěno pouze v DPN Velká Bíteš, a to v místnosti, kde se provádí omezení ve volném pohybu (kurty). Kamera byla bez záznamu.

6. Možnost stěžovat si

V zařízeních musí být zaveden efektivní stížnostní mechanismus, dostupný i dětem.

125. Možnost dítěte podat stížnost, anebo obecně vyjádřit připomínky k čemukoli, co se ho při pobytu v zařízení týká, souvisí s právem dítěte být slyšeno.⁶⁷ Vzhledem k tomu, že život v uzavřeném zařízení s sebou nese vždy riziko špatného zacházení, je důvěryhodný stížnostní mechanismus nanejvýš vhodným nástrojem prevence a rozkrýví případných incidentů. Proto vždy při systematických návštěvách zkoumám a připomínkuji zavedené stížnostní mechanismy.

Určité podrobnosti stanoví zákon o zdravotních službách v § 93, mj. povinnost vypracovat postup pro vyřizování stížností a zveřejnit jej na internetových stránkách. Já od zařízení vyžaduji, aby dítěti byla pravidla, jak se podávají a jsou vyřizovány stížnosti (nebo i projevy nespokojenosti a strachu), dostupná tak, aby se na ně (pokud možno) nemuselo ptát.

126. V žádném z navštívených zařízení nebyl stav naprosto ideální. Ve třech nebyla stížnostní pravidla vůbec stanovena a spoléhalo se na neformální komunikaci mezi dětmi a personálem, v jednom pak nebyla příliš srozumitelná pro dětského pacienta. Pouze v jednom zařízení byla pravidla vyvěšena. Nepovažuji za dostačující, když se jako prostor pro stížnosti nabízí pouze vystoupení na komunitním setkání, resp. když se předpokládá, že dítě prostě osloví některého pracovníka. Zpravidla si děti sice někoho, ke komu mají více důvěry než k ostatním, najdou. Ovšem je třeba počítat i s případy mimořádně plachých nebo neoblíbených dětí. Proto doporučuji pravidla vždy zveřejnit a nespoléhat na neformální předávání informací. Pokud jde o srozumitelnost pravidel, je třeba vyjít vstříc i malým dětem – pro ně může být postačující například informace, na koho se mají obrátit, když jsou smutné, nebo jim někdo ublížil.

Doporučuji zařízením:

- **dát dítěti k dispozici (vyvěsit na oddělení) srozumitelnou informaci (názorné vyjádření), na koho se má obrátit – na oddělení a mimo ně, když si chce na něco postěžovat;**
- **v rámci těchto pravidel nabídnout i jinou variantu, než vystoupení na společném setkání: musí být stanoveno, za kým má dítě přijít a jaká je bezkontaktní varianta (například schránka na písemné vyjádření);⁶⁸**

⁶⁷ Obecně je právo formulováno v článku 12 Úmluvy o právech dítěte, či jako základní princip uvedeno v Doporučení Rec(2005)5 Výboru ministrů Rady Evropy.

⁶⁸ K ilustraci užitečnosti bezkontaktní možnosti vyjádření uvádím jako paralelu jeden z návodů na řešení šikany ve škole: „Studenti mohou o přestávkách nebo po vyučování napsat řediteli školy

- v rámci pravidel uvést, komu se stížnost dostane do rukou.

Dobrá praxe z PN Velká Bíteš:

Rodičům jsou dávány dotazníky spokojenosti. Děje se tak v průběhu hospitalizace a rodiče mohou dotazníky vracet, kdy chtějí. V praxi je tato zpětná vazba personálem využívána jako podnět ke zlepšení a i jako pochvala.

7. Kontakt s vnějším světem a s rodinou

Prevence
špatného
zacházení

127. Samotný fakt hospitalizace přináší značná omezení ve volnosti pacienta, k čemuž se dále přidává režim zařízení, byť je omezující co nejméně. Při provádění návštěv jsem se zaměřoval na možnosti dítěte udržovat kontakt s rodiči a blízkými osobami a zamýšlel jsem se nad tím, která omezení jsou již za hranicí danou zákonem o zdravotních službách a právy dítěte obecně. Zvláštní zranitelnost dětí je vyjádřena i právem na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, resp. povinností poskytovatele jednodenní nebo lůžkové péče umožnit zákonnému zástupci pobyt společně s hospitalizovaným nezletilým pacientem.⁶⁹ Obecného rázu je požadavek, aby pacient měl možnost kontaktovat někoho vně zařízení, neboť je tím posilována prevence případného špatného zacházení.

a) Návštěvy

Musí být vytvořeny podmínky pro přijímání návštěv a režim návštěv nesmí být nedůvodně restriktivní.

Zákon
neomezuje
okruh
návštěv

128. Zákon o zdravotních službách (nově) obsahuje konkrétní ustanovení (§ 28 odst. 3 písm. i): „Pacient má právo přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to **s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů**, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak.“ Zákon ve vztahu k nezletilým pacientům neuznává okruh osob, které může pacient přijmout jako návštěvu. Jako příklad, kdy „jiný právní předpis stanoví jinak“, mohou uvést soudní zákaz styku rodiče s dítětem,⁷⁰ nebo soudem uložený zákaz styku⁷¹ podle trestního práva. Dovožuji, že jiné omezení okruhu návštěvníků není možné.

129. Návštěvy musí být umožněny kterýkoli den v době, která odpovídá dennímu režimu. Pokud jde o omezení či neumožnění návštěvy, psychiatrická nemocnice má zákonné zmocnění zamezit pacientovi přijmout konkrétní návštěvu, pokud to nedovoluje jeho zdravotní stav.

nebo učitelé jakoukoli žádost. Uvedou téma, o kterém by si chtěli promluvit, a vzkaz hodí do příslušné schránky. Osoba, které je adresován, si ho vyzvedne a studenta kontaktuje. Je možno vymyslet několik variant uvedeného postupu, které určitě stojí za úvahu. Možnost využití schránek povzbudí ty studenty, kteří mají problém mluvit o případu otevřeně. I když to není ideální postup. Mnozí svědkové si troufnou o případu referovat jenom písemně. Někteří svědkové si přejí zůstat v anonymitě, nikdy by bez schránek důvěry svá svědeckví nevydali.“ Dubin, N.: Šikana dětí s poruchami autistického spektra. Portál, Praha 2009, s. 99.

⁶⁹ § 28 odst. 3 písm. e) a § 47 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.

⁷⁰ § 27 odst. 3 zákona o rodině.

⁷¹ § 48 odst. 3 písm. e) zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Pokud tedy v jedné psychiatrické nemocnici návštěvy rodičů stanovuje primář zpravidla dvakrát týdně, lze to chápat pouze jako doporučení lékaře, které však nemůže být použito plošně jako zákaz častějšího navštěvování dítěte. Každá restrikce v tomto směru musí mít jasnou a zdokumentovanou návaznost na zdravotní stav konkrétního pacienta.

130. Pokud jde o osobu návštěvníka, neexistuje žádné paušální omezení. Ani tato problematika však nebyla v navštívených zařízeních zcela v pořádku. Ocenil jsem praxi DPN Opařany, kde jsou umožňovány i návštěvy jiných osob, než z rodiny. Psychiatrická nemocnice při takových požadavcích postupuje obezřetně – nejprve byly návštěvy pod dohledem pracovníka, po osvědčení se byly povoleny bez dohledu v celém areálu nemocnice. Jinak platí, že zákonný zástupce dítěte má uvést, které osoby smějí být k dítěti pouštěny na návštěvu. Návštěvu někoho jiného posoudí především lékař, ovšem návštěvní řád stanoví, že zákonní zástupci mohou návštěvy dalších osob omezit.

Požadavek schválení návštěvy rodiči je v zařízeních nejrozšířenější. Rodiče také vymezují okruh osob, které mohou dětem psát dopisy; pokud není odesílatel rodiči výslovně zmíněn, není dopis dítěti předán a je odevzdán rodičům. Stejně jako v předchozím bodě, i zde odkazují na uvedené ustanovení zákona, které dopadá pouze na přijímání návštěv, nikoli na listovní tajemství. Zásah do práva pacienta je možný pouze s odkazem na zdravotní stav, po zdokumentovaném zdůvodnění a v jasné návaznosti na individuální léčebný postup.

Je samozřejmě možné ve vnitřním řádu⁷² specifikovat podmínky návštěv různých osob a lze také zohledňovat různá rizika, včetně aktuálního zdravotního stavu pacienta, nebo osobnosti návštěvníka (a návštěvu například provést jen pod dohledem). Jakákoli odchylka od standardu práva přijímat návštěvy musí být prokazatelně odůvodněna.

131. Upozorňuji, že zákonný zástupce (stejně jako například orgán sociálně-právní ochrany dětí, nebo vychovatel z dětského domova) může být zdrojem cenných informací o povaze dítěte a také osobě návštěvníka. Z těchto informací nechť zdravotníci vycházejí při přijímání vhodných opatření. Rodiče však nemají neomezené právo určovat, kdo bude dítěti telefonovat, s kým se dítě bude vídat, případně si dopisovat. Především u starších dětí není důvod preferovat bez dalšího názor rodiče před názorem dítěte – udržování telefonického kontaktu, přijímání návštěv, dopisování si s druhou osobou není právní úkon, resp. nejde zde o zastupování dítěte, ale jde o otázku výchovy.

**Souhlas
zákonného
zástupce
s návštěvou**

132. V jednom případě bylo zjištěno, že ředitel školského zařízení mohl zakázat návštěvy dítěte určitými osobami v psychiatrické nemocnici (jeho postoj byl takto uplatňován). Postavení ředitele však není jiné než rodiče či jiné osoby, která dítě dobře zná. Ředitel školského zařízení je oprávněn v zájmu úspěšné výchovy dětí zakázat, nebo přerušit návštěvu osob odpovědných za výchovu, nebo jiných osob ve svém zařízení „v případě

⁷² Který mj. nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů (§ 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách).

jejich nevhodného chování, které by nepříznivě působilo na výchovu dětí“.⁷³ Může tedy zakázat jednotlivou návštěvu, nemůže je zakazovat plošně, a to ani vůči konkrétní osobě. Žádný zákon nedává oprávnění řediteli školského zařízení k tomu, aby zakazoval návštěvy dítěte v nemocnici; stejně tak nemá toto oprávnění ani orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Soukromí
během
návštěv

133. Pokud jde o soukromí při návštěvách, standard vyplývá z práva pacienta „na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb“ (§ 28 odst. 3). Dohled při návštěvě je možný pouze ze zdravotního důvodu, který opět musí být zdokumentován a rozhoduje o něm lékař.

Podmínky pro přijímání návštěv se různí. V jednom případě jsem konstatoval nedostatečnost, když jako „návštěvní místnosti“ sloužily průchozí chodby s tím, že v jednom případě jí procházel v podstatě každý, kdo na oddělení vcházel.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **nezužovat neoprávněně okruh osob, jejichž návštěvu může dítě přijmout;**
- **četnost návštěv, dobu umožnění první návštěvy u pacienta apod. neregulovat plošně, nýbrž ve vztahu ke konkrétnímu dítěti;**
- **vyhradit pouze lékaři rozhodování o omezení práva na přijetí návštěvy, a to pouze s ohledem na zdravotní stav dítěte (příčemž důvodnost i samotný postup lékaře musí být dokumentovány);**
- **standardně umožňovat odbývání návštěv v soukromí a zajistit k tomu důstojné a vhodně vybavené prostory.**

b) Kontakt s rodiči a blízkými

Kontakt dětí s rodiči a osobami blízkými nesmí být neoprávněně omezován.

134. Zvláštní pozornost věnuji tomu, jaké podmínky jsou dány pro kontakt dětí s rodiči (osobami blízkými). Vztah dítě-rodíč má v porovnání s ostatními exkluzivitu, která byla v navštívených zařízeních znát.

135. V jednom případě bylo zjištěno, že kontakt s rodiči ve formě propustek (krátkých pobytů doma) je úzce spojený s hodnocením (bodováním) dítěte. Pokud má špatné hodnocení, nemá dovolenku (nedostane ji, anebo je zrušena) a může se s rodiči setkat pouze při jejich návštěvě psychiatrické nemocnice. Za standardní se dále považuje udělení dovolenky jednou za tři týdny (a poprvé po měsíci od nástupu). V dalším případě bylo zjištěno, že pokárání může být spojeno se zákazem vycházky s rodiči či dovolenky. V jednom zařízení bylo zjištěno uplatňování

Domů za
odměnu

⁷³ Ustanovení § 23 odst. 1 písm. e) zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy.

standardizovaných rozvrhů, po jaké době může být dítě pouštěno na propustku.

Faktem je, a lékaři to připouštějí, že propustky mají motivační efekt, jenž se pokouší využít pro boj s nemocí. Musím však konstatovat, že pouze v DPN Opařany jsem zaznamenal pečlivou dokumentaci tohoto záměru, takže jsem nedovodil neoprávněné omezování kontaktu s rodiči, ani jeho navázání na hodnoticí systém. Pokud taková motivace nefunguje, četnost propustek se zcela odvíjí od možností rodiny.

Motivace
dítěte

Přijímám a nezpochybňuji, že existují orientační standardizované postupy léčby některých onemocnění, které zahrnují i nastavení pevného režimu. Ty se pak aplikují na konkrétní případ a individualizuje se postup. To však neoslabuje mou kritiku paušálního přístupu a jednotných rozvrhů pro všechny děti a navázání na bodování. V těchto případech nelze dohledat návaznost na zdravotní stav konkrétního dítěte

136. Zvláštním limitem kontaktu dětí s rodiči formou propustek bývá někdy obava vedení zařízení z reakce zdravotních pojišťoven, pokud by děti byly na dovolence příliš často. Zde chci zařízení povzbudit: Setkal jsem se již se vstřícností pojišťovny tváří v tvář určitým specialitám, ke kterým při psychiatrických hospitalizacích někdy dochází. Zdravotnické zařízení v tom případě konkrétními argumenty vysvětlilo potřebu zvýšených návštěv doma a pojišťovna to akceptovala. Domnívám se, že v souvislosti s hospitalizací dětí je argument případného porušení práva dítěte na kontakt s rodiči dostatečně silný. V opačném případě doporučuji obrátit se na Ministerstvo zdravotnictví, jehož kontrole zdravotní pojišťovny podléhají.

Zcela jasná (měřitelná) je ekonomická ztráta pro zařízení. Po dobu trvání propustky není totiž zdravotnické zařízení oprávněno účtovat zdravotní pojišťovně náklady za ústavní péči, s výjimkou léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, kterými pojištěnce na dobu trvání propustky vybaví. Děje se tak paušální platbou, která mnohdy neodpovídá reálně vynaložené hodnotě, což znamená nemalý finanční propad, neboť uvolněné lůžko nelze na tak krátkou dobu obsadit jiným „pojištěncem“.

Ztráta pro
nemocnici

Dobrá praxe z DPN Opařany:

Nepříznivé důsledky vzdálenosti od místa bydliště jsou alespoň částečně zmírněny možnosti rodičů získat v zařízení ubytování a stravování, například přes víkend.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- **nespojovat pobyt u rodičů se zásluhami dítěte v rámci hodnocení nastaveného v nemocnici a neuplatňovat standardizované rozvrhy, po jaké době může být dítě pouštěno na propustku; pobyt na propustku vždy vázat pouze na aktuální zdravotní stav dítěte;**
- **pokud lékař pracuje s motivačním efektem propustek, řádně to dokumentovat, včetně efektu (v rámci individuálního léčebného postupu) a vyhodnocovat.**

c) Korespondence dětí, možnost telefonického kontaktu, přístup k internetu

Dětem musí být umožněno telefonovat a vést korespondenci, včetně elektronické, bez neoprávněných zásahů do soukromí.

Přístup na internet má být zajištěn.

Telefonování

137. Pouze v DPN Opařany měly děti s **vlastním mobilním telefonem** příležitost jej používat, a to denně jednu hodinu. Jsou při tom bez přímého dohledu a mohou telefonovat v soukromí. V jednom zařízení bylo jako důvod zákazu používání mobilních telefonů uvedeno, že by si děti telefony kradly a rozbíjely je (v zařízení nebyly uzamykatelné skříňky). Ve dvou psychiatrických nemocnicích bývaly mobily deponovány u sester, které je večer dětem (hromadně) vydávaly. Protože ale děti telefony zneužívaly (fotily se nahé a snímky umísťovaly na internet, provolávaly si navzájem kredit), byly mobily zakázány. V PN Opava na mé doporučení sice rychle situaci změnili, ale vyjádřili obdobné obavy. Také PN Havlíčkův Brod namítla, že užívání vlastního mobilního telefonu během hospitalizace s sebou nese velké riziko zneužití.

138. V zákoně o zdravotních službách nenajdeme konkrétní pravidlo týkající se používání (mobilního) telefonu.⁷⁴ Zákon však obecně stanoví (§ 28 odst. 3 písm. k), že pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí, při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

S ohledem na to jsem psychiatrickým nemocnicím sdělil, že nemají oprávnění zakazovat dětem a priori používání vlastního mobilního telefonu. Jednak zde jde o právo nakládat se svou věcí, a jednak o alternativu k návštěvám, jako kontaktu s blízkými, které jsou výslovně zákonem zakotveny jako právo pacienta. Jestliže nelze, krom výjimek, omezit přímý kontakt pacienta s třetími osobami, tím spíše nelze omezovat kontakt zprostředkovaný.

Používání vlastního mobilního telefonu předpokládá jeho bezpečné uložení, takže je zde zapotřebí i organizační zajištění ze strany psychiatrické nemocnice (viz bod 120). Tedy umožnění nabíjet, deponovat vlastní mobilní telefony na bezpečném místě a umožnění přístupu k nim ve vymezenou dobu, aby měly časový prostor i soukromí pro telefonování.

Na úrovni vnitřního řádu předpokládám stanovení podrobností, kdy a jak se telefonování odbývá (například přísným požadavkem dodržování soukromí lze zabránit vzájemnému filmování).

139. Pokud jde o možnost přijímat telefonát od blízkých na **telefon nemocnice**, shledal jsem následující omezení: V jedné psychiatrické nemocnici bylo umožňováno přijetí jednoho předem domluveného

⁷⁴ Naopak, výslovné zmocnění k možnosti výjimečného zákazu použití telefonu pacientem s uloženým ochranným léčením obsahuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

a lékařem schváleného hovoru týdně, a to v trvání 5 minut; aby volalo dítě, bylo umožňováno výjimečně. Telefonátu byla vždy přítomna sestra a poslouchala, což působilo i jako limit (dohled při častějších telefonátech by nebylo možné z kapacitních důvodů zajistit). Zazněl i argument, že není dobré, aby děti telefonovaly, protože jiné jim pak závidí. V jiném zařízení byl dětem k dispozici k přijímání hovorů jeden aparát na stanici, a to po dobu 90 minut večer (takže bylo permanentně obsazeno). Za uspokojivou považuji situaci ve dvou zařízeních: k dispozici bylo několik aparátů pevné telefonní linky (ne všechny v sesterně); považuji to za dobré z hlediska vytvoření podmínek pro kontakt dítěte s blízkými. Rodiče mohou na pevnou linku zavolat kdykoli. Doba, kdy jsou umožněny příchozí hovory, tedy není neodůvodněně omezena (odůvodněnost platí například pro pobyt ve škole, na terapii, vizitě, při stolování, užívání léků, v klidové době).

140. V případě nemožnosti návštěv rodiče v psychiatrické nemocnici představuje telefonní rozhovor nejběžnější alternativu kontaktu. V obecné rovině by dítě mělo mít možnost denně mluvit s rodiči, byť třeba po omezenou dobu.

141. Problematická je situace dětí, které nemají u sebe vlastní mobil a kterým blízcí netelefonují. Vesměs totiž bylo zjištěno, že se dětem umožňuje telefonovat z ústavního telefonu výjimečně, zcela podle uvážení personálu. Doporučil jsem psychiatrickým nemocnicím, aby v nějaké míře bylo i těmto dětem umožněno telefonovat (osoba volaného záleží na situaci dítěte – rodič, sourozenec, vychovatel školského zařízení apod.), pokud si to přejí.⁷⁵

142. Setkal jsem se i s omezováním okruhu osob, se kterými může dítě telefonovat. Zde nevidím rozdílnou situaci od režimu přijímání návštěv, proto odkazuji na bod 130.

143. Dobré podmínky pro možnost **telefonovat v soukromí** byly zjištěny v DPN Velká Bíteš, Opařany a PN Havlíčkův Brod. V PN Opava pořídili pro posílení soukromí bezdrátovou „ručku“, takže dohled sestry zůstává pouze u přístroje v sesterně. V DPN Louny byl ještě při třetí návštěvě zařízení k dispozici jediný aparát pevné linky na oddělení v sesterně, kde logicky nemůže dítě zůstat samo.

Trvám na standardní míře soukromí telefonátu (z pevné linky i mobilního telefonu), tj. dítě může být například na dohled, ale není odposloucháváno. Možnost přímého dohledu nad dítětem při telefonování (včetně naslouchání) ze zdravotních důvodů dovozují pomocí analogie k ustanovení zákona o zdravotních službách o právu na přijímání návštěv. Má-li být přistoupeno v konkrétním případě k tomuto zásahu do soukromí dítěte, musí být odůvodněn skutečně vážným terapeutickým zájmem.

⁷⁵ Ve [Zprávě ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy](#) v bodě 169 uvádím: „Pravidla pro používání pevné telefonní linky za účelem udržování kontaktu s osobami odpovědnými za výchovu a dalšími blízkými osobami musí být vstřícná. V odůvodněných případech je nezbytné umožnit dítěti používání pevné linky bezplatně.“

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- umožnit dětem denně používat vlastní mobilní telefon a jeho bezpečné uložení ve vlastních skříňkách či u personálu;
- aktivně umožňovat telefonický kontakt dětí s blízkými osobami;
- vytvořit pro telefonování podmínky umožňující běžnou míru soukromí; děti při telefonování nedozorovat (leđa v konkrétních případech, kdy to stanoví a odůvodní lékař).

Korespondence

Kontroly
korespon-
dence

144. V jednom případě jsem se setkal s tím, že dítě mělo povinnost sdělit a ukázat, kdo mu dopis posílá. Personál dopis nečetl, nicméně šlo o to, že pokud by rodiče vyjádřili přání, aby byl sledován obsah korespondence, personál by tak (dle svého vyjádření) činil. Ve dvou zařízeních bylo zjištěno, že pokud by si rodiče přáli, aby dítěti nebyly doručovány dopisy od konkrétního odesílatele, dopis by dítěti nebyl předán a personál by ho předal rodičům, a to bez ohledu na věk dítěte, tedy i v případě dítěte blízkého zletilosti. V jednom zařízení bylo zjištěno, že korespondence dětí byla kontrolována. Stran elektronické pošty bylo v jednom případě zjištěno, že lékař rozhoduje o omezení elektronické komunikace dítěte se závadnou partou, a to na přání rodičů.

Elektronická
pošta

145. Pro **zásah do listovního tajemství** neexistuje v současné době žádné zákonné zmocnění (na rozdíl od situace při uvěznění). České právo nedává vychovateli ani lékaři žádnou možnost prolomit listovní tajemství proti vůli osoby. Nemocnice tedy nemá zmocnění k tomu, aby zjišťovala, kdo je odesílatelem dopisu, natož pak, aby byl dopis od odesílatele, označeného rodiči za nežádoucího, zadržen a předán rodičům a ne dítěti. Stejně tak nemůže psychiatrická nemocnice plnit přání rodičů a číst dopisy adresované dětem. Jedná se o nepřípustný zásah do soukromí dětí. Nevylučuji však vtažení korespondenčního kontaktu například do individuální psychoterapie, nebo rozhovoru mezi dítětem a terapeutem.

Elektronická korespondence má stejný právní režim jako klasická, a tedy požívá stejné ochrany z hlediska listovního tajemství a možnosti zásahu. Pokud má dítě přístup na internet, pak není právní podklad pro omezování pošty.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím obsah psaní kontrolovat pouze v konkrétních, odůvodněných případech (stanoví lékař nebo psycholog), a to jen tehdy, kdy s tím dítě souhlasí.

Přístup na internet

146. Praxe je na jednotlivých pracovištích různá, častěji přístup na internet umožněn nebyl. Ve vyjádření z PN Havlíčkův Brod vysvětlili, že jde o finančně podmíněnou záležitost a v porovnání s jinými potřebami se nejedná o investiční prioritu. V DPN Opařany mají děti možnost přístupu na internet na oddělení, přičemž nemocnice omezuje účel jeho používání, blokuje některé stránky a provádí diskrétní dohled (tedy nikoli například kontrolu obsahu elektronické pošty). Takový režim považuji za vhodný.

Jsem toho názoru, že dnes je internet natolik běžnou součástí života (a levnou možností kontaktovat své blízké), že by měl být dětem přístup k němu umožněn. Samozřejmě ve vymezenou dobu a jen těm, pro něž je to z hlediska léčebného možné. Psychiatrická nemocnice zcela jistě může přístup na některé stránky blokovat. Zároveň by přístup k internetu mohl sloužit jako motivační nástroj.

Doporučuji zařízením umožnit dětem, pro něž je to z hlediska léčebného možné, přístup na bezpečný internet.

8. Personál

Počet personálu a jeho složení musí odpovídat individuálním, specifickým potřebám dětí.

147. Zjištění týkající se personálního zajištění péče byla dostatečně komentována v předchozím textu. Odkazují zejména na pojednání o nedostatku lékařů a sociálních pracovníků (bod 31), či nedostatku personálu u dětí s mentálním postižením, které mají speciální potřeby (bod 84).

IV. Závěr

148. **Návštěvy odhalily jen několik málo případů, které jsem hodnotil jako špatné zacházení.** Měly podobu

- nedostatku soukromí při konání potřeby a osobní hygieny,
- plošné kontroly obsahu korespondence a telefonátů dítěte,
- omezování kontaktu dítěte s rodinou,
- nepřiměřeně krátké doby vyhrazená pro telefonování,
- režimu celodenního nošení pyžama u pacientů u několikatýdenního detoxikačního režimu,
- držení dětí v zanedbaném-neterapeutickém až nedůstojném prostředí,
- zanedbání povinné zdravotnické dokumentace,
- nezajištění základních předpokladů pro bezpečnost personálu i dětí na pracovišti.

Tam, kde tato praxe byla zjištěna, jsem trval na jejím odstranění, provedl jsem kontrolu formou následné návštěvy a obdržel přísliby nápravy.

149. Ze strany personálu jsem se nejčastěji setkal s pěkným přístupem k dětem, jenž byl někde limitován organizačními či systémovými nedostatky. Co se zacházení týká, nejčastěji jsem kritizoval a k nápravě doporučoval:

- chyby při udělování informovaného souhlasu s hospitalizací i s léčbou,
- nedostatečné předpoklady (materiální, organizační) pro zachování určitého standardu soukromí dítěte,
- nejednotný a netransparentní přístup k hodnocení chování dítěte,
- příliš restriktivní režim v některých ohledech, neposílení personálu v případě péče o dítě s mentálním postižením a s problematickým chováním,
- dlouhodobé pobyty dětí, u kterých nebylo zajištěno vhodné prostředí, kam by se mohly po ukončení pobytu v psychiatrické nemocnici vrátit.

Současně se ve zprávě snažím nabízet i příklady dobré praxe, se kterými jsem se setkal.

150. Mým úkolem, jako národního preventivního mechanismu, není vstupovat do odborné debaty nad jednotlivými tématy léčby a výchovy. Vyjadřuji se k nim pouze tam, kde přímo souvisí s otázkami právními. Rovněž není mým úkolem nahrazovat činnost státních orgánů odpovědných za úsek zdravotnictví. K tématům koncepčním přináším jasná zjištění o

- kritickém nedostatku lékařů specializovaných v dětské a dorostové psychiatrii, především v ambulancích,
- neplnění Konceptce oboru psychiatrie při zajištění systému péče tak, aby byla dostupná a nikoli koncentrovaná, převážně v podobě lůžkové péče, a to v několika zařízeních v republice.

Kombinace těchto problémů způsobuje značné zásahy do práv dětí.

V tomto smyslu se tedy obracím na Ministerstvo zdravotnictví, stejně jako se dvěma legislativními doporučeními, jež se týkají používání omezovacích prostředků.

151. Návštěvy dětských psychiatrických nemocnic jsem provedl v letech 2011 a 2012, v časové souvislosti s několika desítkami návštěv jiných typů zařízení, kam jsou v České republice umisťovány děti. Proto jsem mohl postavení ohrožených dětí a jejich rodin vnímat komplexně. V tomto směru upozorňuji na

- nedostatek preventivně výchovné péče, jenž způsobuje tlak na hospitalizování dětí v psychiatrických nemocnicích,
- nedostatečné provázání všech aktérů péče o ohrožené dítě a rodinu, jež v konkrétních případech mělo a má za následek dlouhé hospitalizace „nepropustitelných“ dětí,
- nedostatek vhodných sociálních služeb pro děti s poruchami autistického spektra a s mentálním postižením s přidruženým duševním onemocněním,

V několika případech prodlužované pobyty dětí v psychiatrických nemocnicích hodnotím jako špatné zacházení, které sice nepřipisují na vrub přímo nemocnicím, nicméně jsou velmi znepokojující.

V. Použité zdroje

1. Literatura

Dubin, N.: Šikana dětí s poruchami autistického spektra. Portál, Praha 2009.

Hrušáková, M. a kol.: Zákon o rodině. Zákon o registrovaném partnerství. Komentář. 4. vydání. Praha: C. H. Beck, 2009.

Lukasová, M.: Zpráva o aktuálních problémech společných dětské a dorostové psychiatrii a institucionální výchově, Česká a slovenská psychiatrie. 2013, č. 1.

2. Právní předpisy

Mezinárodní právní akty

Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině.

Sdělení č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte.

Sdělení č. 209/1992 Sb., o Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod.

Vnitrostátní právní předpisy

Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

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.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

3. Právně nezávazné dokumenty

Důvodová zpráva k zákonu č. 66/2013 Sb.

Psychiatrická společnost ČLS Jana Evangelisty Purkyně: *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008* [on-line]. Dostupné z:

<http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40>.

Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky, Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví zn. 37800/2009, Věstník MZ č. 7/2009

Valné shromáždění OSN: *Směrnice o náhradní péči o děti*, přijatá rezolucí č. A/RES/64/142 [on-line]. Dostupné z: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/470/35/PDF/N0947035.pdf?OpenElement>>.

Český překlad dostupný z: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/smernice-o-nahradni-peci-o-deti>>.

Výbor ministrů Rady Evropy: *Doporučení Rec (2005)5 Výboru ministrů členskými státy ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních* [on-line], 2005.

Dostupné z:

<[http://www.coe.int/t/dg3/children/childrenincare/Rec\(2005\)5%20Czech.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/children/childrenincare/Rec(2005)5%20Czech.pdf)>.

4. Judikatura

Nález Ústavního soudu ze dne 2. července 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

Nález Ústavního soudu ze dne 2. dubna 2009, sp. zn. ÚS 1945/08.

Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 18. října 2012 ve věci Lukáš Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08

5. On-line zdroje

JAŘAB, J.: *Deinstitutionalizace z perspektivy lidských práv* [on-line], příspěvek na konferenci Deinstitutionalizace: cesty vpřed. Dostupné z:

<http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=61704&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=DetailFolder&pst=DetailFolder&p1=OID_INT_6462&p2=RoundPanel_BOOL_True&acode=91815924>.

Veřejný ochránce práv: *Ochrana osob omezených na svobodě. Zařízení ústavní a ochranné výchovy* [on-line]. Dostupné z: <<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-ustavni-a-ochranne-vychovy/>>.

Veřejný ochránce práv: *Standardy péče o ohrožené děti a jejich rodiny* [on-line].

Dostupné z:

<http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/Standardy_aktualizace.pdf>.

Veřejný ochránce práv: *Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy 2011* [on-line]. Dostupné z:

<<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/zpravy-z-navstev-zarizeni/>>.

Veřejný ochránce práv: *Zpráva z návštěv středisek výchovné péče 2013* [on-line].

Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2013/NZ-27_2012-strediska-vychovne-pece.pdf>.

Veřejný ochránce práv: *Zápis z kulatého stolu Nad společnými problémy dětské a dorostové psychiatrie a institucionální výchovy* [on-line]. Dostupné z:

<http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2012/Kulaty-stul-DPL-a-skolska-zar_zapis.pdf>.

VI. Přílohy

1. Přehled formulovaných standardů a doporučení

Dítě jako pacient

Politika státu musí aktivně podporovat rodinný život, přičemž zvláštní podpory a pomoci se musí dostat ohroženým rodinám tak, aby prioritou bylo setrvání dítěte v rodině.

Stát je povinen zajistit dostatečnou síť podpůrných služeb pro ohrožené rodiny, aby bylo možno překonat nepříznivou situaci především za využití terénních a ambulantních služeb.

Dětem, které z důvodu svého postižení nebo nemoci vyžadují zvláštní péči, musí být tato péče dostupná.

Dětská a dorostová psychiatrie v České republice

Služby ambulantní i lůžkové psychiatrie by měly být dětem a jejich rodinám dostupné a nebyť nahrazovány péčí ústavní.

Poskytnutí psychiatrické péče dítěti nemůže být podmiňováno ochotou či možností rodičů zaplatit regulační poplatek.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- zintenzívnit při terapii dítěte práci s rodinou, standardně požadovat účast rodičů;
- spolupracovat s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, zvláště pokud se neuspokojivé vztahy a poměry v rodině negativně odrážejí na úspěchu léčby.

Doporučuji Ministerstvu zdravotnictví

- zvážit změnu právní úpravy, která by dětskou a dorostovou psychiatrii učinila základním oborem specializačního vzdělávání lékařů;
- přijmout potřebná opatření pro transformaci institucionální péče v souladu s článkem 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kromě jiného i realizací doporučení obsažených v kapitole 11 Koncepce psychiatrické péče.

Hospitalizace dítěte

Děti (tj. pacienti do 18 let) by měly být mezi dospělé umisťovány pouze na základě odborných kritérií.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- odmítat přijetí dětí, jimž „postačí“ preventivně výchovná péče v diagnostickém ústavu nebo středisku výchovné péče.

Doporučuji všeobecným psychiatrickým nemocnicím

- pacienty starší 15 let umisťovat na oddělení pro dospělé pouze tehdy, pokud jim nelze poskytnout adekvátní péči na dětském oddělení. Důvody umístění na oddělení pro dospělé vždy uvádět do dokumentace pacienta.

Jedná-li se o hospitalizaci „se souhlasem“, musí souhlas udělit osoba k tomu oprávněná, a to správným způsobem.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- nespokojovat se se souhlasem s hospitalizací poskytnutým ředitelem zařízení, leda by se jednalo o situaci nebezpečí z prodlení, jež by byla řádně zdokumentována;
- postupovat tak, aby souhlas zákonného zástupce dítěte, které přichází z péče jiné instituce, byl skutečně svobodný a informovaný;
- je-li použita jedna dokumentační pomůcka pro více prohlášení, strukturovat ji tak, aby se dalo vyznačit, s čím oprávněná osoba souhlasí a s čím případně ne;
- zohledňovat názor dítěte vzhledem k jeho věku a stupni rozumové a volní vyspělosti.

K hospitalizaci dítěte má být přistupováno až v krajním případě. Zdravotnické zařízení nemá nahrazovat preventivně výchovnou péči. Hospitalizace na psychiatrii nemá být označována jako letní tábor.

Psychiatrickým nemocnicím, které chtějí pořádat speciálně zaměřené (letní, prázdninové) pobyty, doporučuji

- vypracovat koncepci takového pobytu;
- neprezentovat navenek pobyt jako letní tábor;
- děti k tomuto pobytu přijímat na základě skutečně informovaného souhlasu rodičů – tedy souhlasu uděleného právě pro prázdninový pobyt (nikoli časově neomezený);
- průběh hospitalizace dokumentovat tak, aby zacházení s dítětem, jeho chování a léčba byly průkazné a aby byla zřejmá provázanost s koncepcí pobytu.

Materiální podmínky

Prostředí psychiatrické nemocnice má být terapeutické a přizpůsobené dětem (dostatek prostoru a pomůcek pro hru, studium a odpočinek). Musí být vytvořeny podmínky pro oddělování dětí tak, aby se vzájemně nerušily nebo nedráždily.

Musí být zajištěno soukromí na toaletě a při úkonech hygieny.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- při malování interiérů volit veselé a příjemné barvy ložnic dětí;
- postupně vybavovat pokoje novým nábytkem;
- usilovat o moderní bezpečnostní úpravu oken a odbourání používání mříží a visacích zámků;
- zajistit, aby sprchy měly závěsy, toalety dveře a funkční kliky; do prostorů, kde osoba činí úkony osobní hygieny, aby nebylo vidět z chodby;
- zajistit, aby byly podmínky pro soukromí na toaletě – instalováním háčků nebo zámků, které lze z důvodu bezpečnosti odemknout i zvenčí.

Péče

Jde-li o péči „se souhlasem“, musí být poskytována po vyslovení souhlasu oprávněnou osobou.

Dítě má vědět, proč a jak je léčeno. Je třeba usilovat o jeho souhlas.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- rozlišovat mezi souhlasem s hospitalizací a souhlasem se zákrokem/péčí;
- pracovat se souhlasem svobodnými a informovanými;
- zajistit informování dítěte o onemocnění a navrženém individuálním léčebném postupu;
- zajistit dostupnost lékaře pro otázky dítěte nebo rozhovor.

Práce ošetřovatelského personálu má být řízená a sledovaná.

Záznamy ve zdravotnické dokumentaci musí být informativní a věcné.

Hodnocení chování dětí – je-li uplatňováno – musí být průkazné, dětem dostupné a srozumitelné. Nesmí být používány nepřiměřené či nedůstojné tresty.

Péče a bezpečnost musí být dostatečně zajištěny i v noci.

Situace, kdy vzniká možné riziko pro zdraví a majetek pacientů nebo personálu, nebo střet zájmů mezi personálem a pacientem, musí být sledovány a vyhodnocovány.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- kde nepůsobí sestry specializované, schvalovat program volnočasových aktivit lékařem nebo psychologem;
- práci s medikací v dokumentaci komentovat, změny zdůvodňovat;

- průkazně dokumentovat průběh péče a odůvodněnost trvání hospitalizace;
- dbát na jednotnost hodnocení a pravidla hodnocení mít dostupná také v písemné formě;
- cíleně vzdělávat a vést ošetrovatelský personál, aby dětem mohl poskytovat nejen dohled a hodnocení, ale i vhodné podněty (i s ohledem na specifika dětí s mentálním postižením a autismem);
- výchovné aspekty v hodnocení dítěte a v péči konzultovat (v některé z uvedených forem) s odborníky;
- definovat a sledovat situace různého ohrožení života nebo zdraví osob nebo majetku;
- zavést pracovní postupy pro činnosti, kde je zvýšené riziko chyby nebo zásahu do práv osob (například pro použití omezovacích prostředků);
- zajistit odbornou podporu personálu, pokud jde o komunikaci s dětmi se zdravotním postižením;
- zajistit personální posílení, pokud je přijato dítě se speciálními potřebami.

Psychiatrická nemocnice má být aktivní, co se týká vhodnosti prostředí, kam se dítě po ukončení hospitalizace vrátí. Zabývat se adekvátností péče, kterou nabízí prostředí, kam se má dítě vrátit; případně i upozornit na nevhodnost stávajícího školského zařízení.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- zabývat se adekvátností péče, kterou může nabídnout prostředí, kam se má dítě vrátit;
- tam, kde vyvstávají důvodné pochybnosti o schopnosti osob pečujících o dítě zohledňovat specifika jeho zdravotního stavu (problémy ve výchovném prostředí), informovat orgán sociálně-právní ochrany dětí; to se týká i případné nevhodnosti stávajícího typu školského zařízení;
- v případě dítěte, které se po ukončení hospitalizace nebude moci vrátit do prostředí, ze kterého hospitalizaci nastoupilo, zalarmovat včas orgán sociálně-právní ochrany dětí; návaznost péče řešit ještě před 18. narozeninami, pokud možno nikoli jen provizorně.

Psychiatrická nemocnice má vtaňovat rodiče a osoby, kterým je dítě svěřeno, do zajištění správné péče o dítě a vhodně je edukovat.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- být aktivní, co se týká edukace a doporučení pro pečující osoby. Od školských a sociálních zařízení proto žádat dokumentaci, která se týká zacházení s dítětem, a dbát na předání doporučení pro další práci s dítětem v zařízení (program rozvoje osobnosti ve školských zařízeních, individuální plán v zařízení sociálních služeb).

Omezovací prostředky

Omezovací prostředek smí být použit pouze v situaci bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti a pouze po dobu, po kterou tento důvod trvá. Indikovat jej zásadně musí lékař.

Medikace podaná pro rychlé zklidnění musí mít režim omezovacího prostředku.

Způsob aplikace omezovacího prostředku musí být bezpečný a šetrný k důstojnosti pacienta.

O použití zákonem specifikovaných omezovacích prostředků musí být vyrozuměn zákonný zástupce dítěte.

Používání omezovacích prostředků musí být předmětem pravidelné kontroly a vyhodnocování vedoucími pracovníky.

Doporučuji Ministerstvu zdravotnictví iniciovat legislativní změny tak, aby byla zákonem zakotvena

- subsidiarita použití omezovacích prostředků;
- povinnost vést evidenci použití omezovacích prostředků.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- vytvořit takové podmínky pro poskytování péče, aby nebylo nutné používat omezovací prostředky preventivně;
- trvale zavádět alternativy k sítovému lůžku;
- pravidla a dostupnost lékařů nastavit tak, aby indikace jiným pracovníkem, než lékařem byla skutečnou výjimkou; pokud k takové situaci dojde, lékař následně potvrdí odůvodněnost omezení osobně, nikoli po telefonu;
- popsat používání omezovacích prostředků a kompetence jednotlivých členů personálu ve vnitřním předpisu, který bude mj. definovat povahu a četnost kontrol pacienta v omezení;
- provádět omezení v soukromí a bezpečí;
- prostředí a způsob omezení uzpůsobit tak, aby nebyl umocněn fakt omezení;
- používat evidenci (nebo vhodnou aplikaci elektronického systému) ke sledování používání omezovacích prostředků na daném pracovišti;
- sledovat takto i podání psychofarmak za účelem rychlého zklidnění.

Režim a ohledy na soukromí a stud

Pravidla, která panují na oddělení, musí být formulována a sepsána a nesmí být neodůvodněně restriktivní.

Musí být vytvořeny podmínky pro to, aby dítě znalo svoje práva a povinnosti ve zdravotnickém zařízení.

Oblečení dětí má být civilní. Děti mají mít možnost nosit vlastní oblečení. Odnětí vlastního oděvu nesmí být používáno jako trest.

Nemá docházet k nepřírozené separaci chlapců a dívek.

Děti musí mít možnost mít na oddělení své věci, pro jejichž uložení v soukromí a bezpečí musí být vytvořeny podmínky.

Je nezbytné dbát na důstojnost, zejména na přirozený stud dítěte (při prohlídkách, při úkonech hygieny apod.).

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- sestavit pro jednotlivá pracoviště vnitřní řád a zveřejnit (vyvěsit) jej tak, aby byl volně dostupný;
- pro informování dětí vypracovat speciální pomůcku, a to ve formě jim srozumitelné a dostupné;
- důsledně dbát o to, aby seznamování dítěte s pravidly v zařízení obstarávali pracovníci, nikoli ostatní děti;
- jako standard umožňovat dětem používat své věci, např. MP3 přehrávače a kosmetiky, včetně přiměřeného líčení;
- pokud existuje zdravotní kontraindikace, odůvodňovat ji a zaznamenávat v dokumentaci konkrétního dítěte, aby bylo zřejmé, že výjimky ze standardu mají odůvodnění a směřují vůči konkrétním pacientům (nejsou plošné);
- tam, kde jsou v zařízení hospitalizováni chlapci i dívky, nevytvářet absolutní izolaci, která zvyšuje napětí mezi dospívajícími; vytvořit příležitosti pro přirozený společenský kontakt mezi chlapci a děvčaty a netrestat banální prohřešky;
- zajistit dětem vhodný uzamykatelný prostor na jejich věci;
- umožnit dětem dostat se ke svým věcem během dne: dítě, které je schopno se o něj postarat, má mít klíč od své skříňky;
- prohlídky provádět jen v odůvodněných případech a důstojným způsobem;
- u starších dětí provádět přímý dohled při sprchování dítěte jen v odůvodněných případech.

Možnost stěžovat si

V zařízeních musí být zaveden efektivní stížnostní mechanismus, dostupný i dětem.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- dát dítěti k dispozici (vyvěsit na oddělení) srozumitelnou informaci (názorné vyjádření), na koho se má obrátit – na oddělení a mimo ně, když si chce na něco postěžovat;
- v rámci těchto pravidel nabídnout i jinou variantu, než vystoupení na společném setkání: musí být stanoveno, za kým má dítě přijít a jaká je bezkontaktní varianta (například schránka na písemné vyjádření);
- v rámci pravidel uvést, komu se stížnost dostane do rukou.

Kontakt s vnějším světem a rodinou

Musí být vytvořeny podmínky pro přijímání návštěv a režim návštěv nesmí být nedůvodně restriktivní.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- nezužovat neoprávněně okruh osob, jejichž návštěvu může dítě přijmout;
- četnost návštěv, dobu umožnění první návštěvy u pacienta apod. neregulovat plošně, nýbrž ve vztahu ke konkrétnímu dítěti;
- vyhradit pouze lékaři rozhodování o omezení práva na přijetí návštěvy, a to pouze s ohledem na zdravotní stav dítěte (přičemž důvodnost i samotný postup lékaře však musí být dokumentovány);
- standardně umožňovat odbývání návštěv v soukromí a zajistit k tomu důstojně a vhodné vybavené prostory.

Kontakt dětí s rodiči a osobami blízkými nesmí být neoprávněně omezován.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- nespojovat pobyt u rodičů se zásluhami dítěte v rámci hodnocení nastaveného v nemocnici a neuplatňovat standardizované rozvrhy, po jaké době může být dítě pouštěno na propustku; pobyt na propustku vždy vázat pouze na aktuální zdravotní stav dítěte;
- pokud lékař pracuje s motivačním efektem propustek, řádně to dokumentovat, včetně efektu (v rámci individuálního léčebného postupu) a vyhodnocovat.

Dětem musí být umožněno telefonovat a vést korespondenci, včetně elektronické, bez neoprávněných zásahů do soukromí.

Přístup na internet má být zajištěn.

Doporučuji psychiatrickým nemocnicím

- umožnit dětem denně používat vlastní mobilní telefon a jeho bezpečné uložení ve vlastních skříňkách či u personálu;
- aktivně umožňovat telefonický kontakt dětí s blízkými osobami;
- vytvořit pro telefonování podmínky umožňující běžnou míru soukromí; děti při telefonování nedozorovat (leđa v konkrétních případech, kdy to stanoví a odůvodní lékař);
- obsah psaní kontrolovat pouze v konkrétních, odůvodněných případech (stanoví lékař nebo psycholog), a to jen tehdy, kdy s tím dítě souhlasí;
- umožnit dětem, pro něž je to z hlediska léčebného možné, přístup na bezpečný internet.

Personál

Počet personálu a jeho složení musí odpovídat individuálním, případně specifickým potřebám dětí.

2. Kazuistiky

a) Zajištění návazné péče pro dítě s postižením, případ Růžena

Situace: Růženě je 17 a půl roku, má mentální postižení na dolní hranici lehkého stupně, je velmi odkázaná na péči druhých. Před nástupem hospitalizace (její důvod není v této souvislosti podstatný) žila v pěstounské rodině, ale už se tam nechce vrátit a rodina podala návrh na nařízení ústavní výchovy. Soud návrhu v průběhu pobytu Růženy v psychiatrické nemocnici vyhověl. Neexistuje žádné rozhodnutí, které by určilo rodinu či zařízení, školské či sociální, kam by měla dívka nastoupit. Růžena by nejraději do nějakého chráněného bydlení, nebo domova pro osoby se zdravotním postižením. Ačkoli má trvalé bydliště na Severní Moravě, nemá tam už nikoho kromě orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Růžena má ještě matku, ale ta není schopna zajistit péči o ni a léta se nestýkají. Když ošetřující lékař psychiatrické nemocnice vzhledem k příznivému vývoji zdravotního stavu dívky začíná plánovat ukončení hospitalizace, zjišťuje, že orgán sociálně-právní ochrany dětí dosud nemá vůbec představu, jak bude o dívku postaráno. Za půl roku je již dívka propustitelná, ovšem nedošlo k žádnému posunu. Orgán sociálně-právní ochrany dětí oslovil již asi 20 zařízení sociálních služeb v kraji i v ostatních částech ČR, ale všude odpovídají, že dítě s psychiatrickou diagnózou nespadá do jejich cílové skupiny. Když se obrátil na příslušný diagnostický ústav, bylo sděleno, že u dívky stupeň postižení vylučuje umístění do školského zařízení (dle § 2 odst. 12 zákona č. 109/2002 Sb.⁷⁶).

Problém: Dítě s nařízenou ústavní výchovou (u něhož tedy existuje závazek státu stran zajištění adekvátní péče) nemá zajištěnu žádnou péči a je prodlužována jeho hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Zdravotní postižení dítěte činí velmi rizikovým pro jeho zdraví umístění do prostředí, které není náležitě připraveno a kde není zajištěna odbornost a dostatek personálu. Ačkoli dívka nemá agresivní projevy vůči ostatním, mívá „pouze“ snadno zlost a někdy autoagresivní projevy, je její psychiatrická diagnóza podávána jako důvod pro odmítnutí při neformálním vyjednávání sociální služby. Jako bez významu se v tomto případě jeví ustanovení § 88 písm. j) zákona o sociálních službách, které stanoví poskytovateli služby domov pro osoby se zdravotním postižením povinnost přednostně poskytnout sociální službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova nebo předběžné opatření. Až dívka dosáhne zletilosti, ztratí sociálně-právní ochranu, jež je podle současné právní úpravy garantována pouze dětem.

Možné řešení: V případě člověka s postižením není dobré žádné řešení, které nezahrnuje zajištění adekvátní péče, tedy péče přihlížející k individuálním potřebám člověka s postižením. V rámci postupu lze použít tyto nástroje:

⁷⁶ „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 zařízení sociálních služeb, nebo do specializovaného zdravotnického zařízení. Pro tyto děti zařízení zajistí 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 a zdravotní péče, (dále jen "registrující lékař"). Dále zajistí 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 zdravotní péči.“

- Nechat pro dítě vypracovat zdravotní hodnocení, které jazykem, který používají sociální služby, popíše její potřeby, a zároveň nepřipustí zjednodušení „psychiatrická diagnóza = agresivita“.
- Podat písemnou žádost o sociální službu do předem vytipovaného zařízení a potom trvat na přednostním uspokojení, jak to plyne z ustanovení § 88 písm. j) zákona o sociálních službách. Někteří poskytovatelé při neformálním kontaktu odmítají žadatele, u kterých očekávají náročnost nebo specifika, přičemž jejich postup není prokazatelný. Trvat na písemném kontaktu a přesném vyhodnocení psychického stavu žadatele (jako případné kontraindikace pro přijetí).⁷⁷
- Obrátit se na soud s návrhem na vydání předběžného opatření, tedy aby soud nařídil, aby bylo na nezbytně nutnou dobu dítě umístěno ve vhodném prostředí, které v usnesení označí. Neboť v momentě propuštění z psychiatrické péče by se dítě, jako Růžena, ocitlo bez jakékoli péče. Tedy postupovat ve smyslu § 16 zákona o sociálně-právní ochraně dětí a § 76a občanského soudního řádu, a v návrhu podanému k soudu označit vytipované zařízení.
- Hledání návazného řešení započít v dostatečném předstihu před očekávaným ukončením hospitalizace.

Přitom je třeba hledat řešení, které neskončí se zletilostí dítěte, nebo provizorium, které by při nezvládnutí Růženy vedlo k opětovné hospitalizaci. Vzhledem k neukotvenosti Růženy není rozhodující, v které části republiky se zařízení bude nacházet.

Systémové aspekty: Orgán sociálně-právní ochrany dětí se v zájmu Růženy obrátil na Krajský úřad Moravskoslezského kraje.

Ukazuje se, že když si poskytovatelé sociálních služeb v rámci řízení o registraci sociální služby sami nastavují cílovou skupinu služby, mohou být někteří lidé s postižením tzv. neumístitelní. Podle mých zkušeností ani poskytovatelé zřizovaní veřejnoprávními korporacemi (kraje) nemusí reagovat na poptávku v daném regionu, respektive jejich zřizovatelé na ně neuplatňují vliv stran zaměření služby. Argument poskytovatele, že žadatele nemůže přijmout, neboť by nedodržením cílové skupiny porušil standardy poskytování sociálních služeb, je pouze zástupný, „technický“ v případě, že je poskytovatel zřizován subjektem typu kraj, který má dle § 95 písm. g) zákona o sociálních službách zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.

⁷⁷ Zákon o sociálních službách (§ 91 odst. 7) přímo zakládá povinnost poskytovateli služby: „Jestliže poskytovatel sociálních služeb odmítne uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v odstavci 3, vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí uzavření smlouvy.“

b) Nevhodné zařazení v rámci systému školských zařízení, případ Filip a Jakub

Situace: Sourozenci Filip a Jakub (v roce 2011 ve věku 9 a 7 let) s nařízenou ústavní výchovou jsou v péči dětského domova. Opakovaně jsou kvůli poruchám chování posíláni ambulantním psychiatrem (nikoli pedopsychiatrem) do dětské psychiatrické nemocnice, kde se pobyty vždy prodlouží na mnohaměsíční. Dětský domov nepřizpůsobuje žádným doložitelným způsobem péči o ně, není patrná žádná hlubší spolupráce s psychiatrem. Ředitelka hodnotí děti jako nevhodné pro umístění v dětském domově, stejně jako ostatní pracovníci domova. Přesto další postup spočívá v navržení letního pobytu v dětské psychiatrické nemocnici, bez dalšího.⁷⁸ Následuje další hospitalizace, takže ve výsledku nejsou děti rok a půl téměř vůbec mimo zdravotnické zařízení.

Problém: Chlapci zcela vypadli z „normálního“ života a nejsou činěny žádné kroky k tomu, aby se vytvořilo uzpůsobené prostředí, kde budou moci žít, aniž by se opět vyhrotila situace. Ani orgán sociálně-právní ochrany dětí, ani dětský domov nenavrhuje rediagnostiku v dětském diagnostickém ústavu, nebo přemístění dětí do jiného zařízení. Do zásahu veřejného ochránce práv nejsou činěny žádné kroky k zajištění odpovídající náhradní péče. Řešením problémů v dětském domově bylo vždy jen iniciování pobytu v DPN. Domnívám se, že chlapcům nebyla v rámci ústavní výchovy zajištěna adekvátní péče, a považuji to za příklad špatné praxe.⁷⁹

Možné řešení: Obrátil jsem se na příslušný dětský diagnostický ústav a specializovaný dětský domov se školou. Pro chlapce bylo rezervováno místo a v časové návaznosti na ukončení hospitalizace byly podniknuty kroky vedoucí k přemístění sourozenců.

Přemístit dítě do jiného zařízení může diagnostický ústav na základě vlastního podnětu. Diagnostický ústav má rovněž zajišťovat metodické vedení zařízení, jež jsou v jeho síti. I poskytovatel zdravotních služeb může vhodným způsobem informovat diagnostický ústav o tom, jak (ne)zajištěná se mu jeví návaznost péče o pacienta a (ne)vhodný přístup například dětského domova.

Systémové aspekty: V České republice je nedostatek školských zařízení, která by se alespoň blížila výchovně-léčebnému režimu. Na zařízení typu dětský domov není vyvíjen tlak, aby přizpůsobovala poskytovanou péči zdravotnímu postižení dítěte, byť lehčího stupně. V některých regionech není dostupná dostatečná péče ambulantního dětského a dorostového psychiatra.

Upozorňuji, že dítě, pokud již bylo s odkazem na jeho nejlepší zájem odděleno od rodičů, má právo na náhradní péči s tím, že je nutno zajistit kontinuitu ve výchově a zohlednit jeho případná zdravotní znevýhodnění.⁸⁰ To se odráží v zákoně o výkonu ústavní a ochranné výchovy tím, že je kladen důraz na zajišťování specifických výchovných a vzdělávacích potřeb (§ 2 odst. 10). Dále zákon

⁷⁸ Tato zjištění jsem učinil související systematickou návštěvou daného dětského domova. Chlapci byli předmětem šetření v průběhu celkem tří systematických návštěv.

⁷⁹ Viz [Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy](#), bod 282 a násl.

⁸⁰ Ustanovení čl. 20 a čl. 23 Úmluvy o právech dítěte.

předepisuje, že posouzení dítěte z hlediska specifických výchovných a vzdělávací potřeb „se provede v součinnosti s odborným pracovníkem (diagnostického ústavu; § 8 odst. 2) nejméně jedenkrát v kalendářním roce“, přičemž poprvé to činí během diagnostického pobytu diagnostický ústav. Dále je povinností zařízení zpracovávat v návaznosti na to (a v součinnosti s odborným pracovníkem diagnostického ústavu) program rozvoje osobnosti dítěte. A dále řediteli zákon v ustanovení § 24 odst. 1 písm. m) ukládá uskutečňovat program rozvoje osobnosti dítěte a záznamy o jeho plnění. Toto nebylo provedeno kvalitně, jestliže reakcí na opakující se psychiatrické hospitalizace chlapců pro poruchy chování neučinil domov kroky k přemístění, ani nekonzultoval případ s odbornými pracovníky diagnostického ústavu.

c) Speciální potřeby dítěte s poruchou autistického spektra, případ Ondřej

Situace: Ondřejovi je 12 let a je v péči své rodiny, totiž matky a jejího manžela. Od tří let je podchycen pedopsychiatrickou ambulancí pro hyperkinetickou poruchu chování. Od počátku školní docházky je opakovaně hospitalizován v DPN pro nezvládnutelné poruchy chování při základní diagnóze autismu. Jeho chování je neúnosné ve škole i doma. Diagnóza byla potvrzena podrobným pedopsychiatrickým vyšetřením v devíti letech. Chlapec nemá významně snížený intelekt. Situace se vyvinula tak, že chlapec dlouhodobě pobývá v psychiatrické nemocnici. I přes velmi individuálně vedenou komplexní psychiatrickou léčbu zůstává významněji neovlivněn, není patrný pokrok ve vývoji sociálního a emočního chování, čas od času je nutné přistoupit k omezení ve volném pohybu včetně podání medikace rychlého zklidnění. Pokusy o resocializaci v rodině jsou opakovaně neúspěšné, matka je po krátké době vyčerpaná jeho chováním. Po několika letech společného úsilí s matkou dítěte nemocnice uzavírá, že se jedná o mimořádně náročného pacienta, vyžadujícího zcela specifický, individuální přístup, který není schopen běžného zapojení v rodině a kmenové škole. Matka s dítětem udržuje pravidelný a intenzivní kontakt, přestože Ondřej svými projevy vlastně představuje hrozbu pro celou rodinu (ohrožuje mladšího sourozence).

Problémy: Ondřejův stav nevychází s léčbou ovlivnitelného onemocnění, nýbrž ze zdravotního postižení, jež ho indikuje pro náležitě upravenou sociální službu. Postižení dítěte bylo zachyceno a diagnostikováno včas. V konkrétním případě dosahuje takové intenzity, že se vymyká možnostem běžných sociálních služeb. Matka nemá k dispozici jinou odbornou pomoc, než dětskou psychiatrickou nemocnici. Dítě však nemůže v nemocnici zůstat natrvalo. Potřebuje vysoce specializovanou sociální službu poskytovanou v pobytovém zařízení, která však v daném regionu není zřízena. Chlapci tak není umožněno žít mimo ústavní podmínky.

Matka zvažuje podání návrhu na nařízení ústavní výchovy, neboť doufá, že pak by jejímu dítěti byla služba dostupnější. Takový krok je nepřijatelný s ohledem na právo obou na soukromý a rodinný život – ústavní výchova vytrhující dítě z péče rodičů je dle všech současných principů i platného práva až krajním řešením,⁸¹ jež má nastoupit, až pokud rodinné prostředí dítěte selhává. V systému školských zařízení, jež slouží k péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, navíc není zařízení, které by typově bylo schopno se o chlapce s tak specifickým zdravotním postižením postarat. I z toho důvodu **není nařízení ústavní výchovy řešením.**

Do zásahu veřejného ochránce práv příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí Ondřeje neznal. Bez ohledu na to, že je v řádné péči rodičů, spadá pro své postižení do rizikové skupiny ohrožených dětí a má tedy nárok na sociálně-právní ochranu.⁸² Veškerá snaha o řešení situace tedy připadala na matku dítěte.

⁸¹ Ustanovení § 46 zákona o rodině; k dalšímu komentáři viz [Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy](#), bod 10 a násl.

⁸² Okruh dětí, na které se sociálně-právní ochrana vztahuje, je vymezen zákonem o sociálně-právní ochraně dětí (§ 6), přičemž vymezení je pouze demonstrativní, a to zejména proto, že existuje mnoho situací, do kterých se děti s rodiči dostávají a které nelze taxativním způsobem v zákoně vyjádřit.

Matka oslovila všechna myslitelná zařízení, dokonce i na druhém konci republiky. Žádné vhodné se nenašlo. Ovšem jak by bylo možné zajistit dítěti kontakt s rodinou, pokud by vzdálenost byla tak velká? Jednalo by se o rozpor s článkem 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, který požaduje, aby účinnými a odpovídajícími opatřeními bylo dosaženo toho, aby osoba se zdravotním postižením měla možnost si zvolit místo pobytu, nebyla nucena žít ve specifickém prostředí a měla přístup ke službám, které jsou nezbytné pro začlenění do společnosti a zabránění izolaci nebo segregaci.

Jedním z argumentů, proč byl chlapec oslovenými zařízeními odmítán, bylo to, že nemá poškozen intelekt, zatímco domovy pro osoby se zdravotním postižením se specializují na osoby s mentálním postižením. **Tento argument buď vycházel z neznalosti, anebo ilustroval to, že sociální služby se v České republice specializují pouze na některé skupiny potřebných a ostatní jsou zcela opomíjeny.** Služby domov pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionář jsou v zákoně o sociálních službách definovány tak, že jsou pro osoby se sníženou soběstačností, mj. z důvodu zdravotního postižení, pokud jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. **Není pravda, že pokud dítě nemá „mentální retardaci“, není indikováno pro zařízení poskytující sociální péči.** Zdravotní postižení je mnohem širší pojem.

Možné řešení představuje sociální služba v podobě, jakou předpokládá zákon o sociálních službách: podpora a pomoc za účelem sociálního začlenění, nebo prevence sociálního vyloučení. Její typ záleží podle aktuálního posouzení potřeb dítěte. Může se jednat o typ domov pro osoby se zdravotním postižením, nebo týdenní stacionář, nebo osobní asistence. V případě Ondřeje se následně sešla případová konference, na které hledali jeho matka, pedopsychiatr, pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a krajského úřadu nejvhodnější řešení. Bylo shledáno v sociální službě s celoročním provozem, ideálně v místě, odkud by bylo snadné dostat se ke zdravotní péči – v tomto případě pedopsychiatrické – a ke škole připravené na speciální potřeby dítěte. Protože aktuálně žádné takové zařízení dostupné není, je provizorně zvoleno řešení týdenního stacionáře vzdáleného asi 40 km od bydliště rodiny, i přesto, že je úspěch adaptace v tomto typu zařízení velmi nejistý a rodinu velmi zatíží nutnost zajistit péči o Ondřeje každý víkend.

Zároveň je o situaci zpraven krajský úřad,⁸³ respektive kraj.⁸⁴ To jsou subjekty, u kterých lze konstatovat nejkonkrétnější povinnosti při zajišťování dostupnosti sociálních služeb. Vždy má smysl obracet se na tyto orgány, informovat je o potřebách dětí na daném území a žádat zřízení příslušné sociální služby.

Aktuálně dostupné řešení klade stále vysoké nároky na rodinu dítěte s postižením a neskýtá záruky zajištění všech potřeb dítěte.

Systémové aspekty: V České republice je nedostatek zařízení zaměřených na sice (z hlediska zastoupení) marginální postižení, ovšem vyskytující se ve všech krajích. Podrobněji o tom ve [Zprávě ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy](#), body 292 a násl. a 21 a násl.

⁸³ Tedy subjekt, který podle § 93 písm. c) zákona o sociálních službách „na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje a koordinuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob“.

⁸⁴ Jako subjekt, který podle § 95 písm. g) zákona o sociálních službách „zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb“.

d) Speciální potřeby dítěte s poruchou autistického spektra, případ Petr

Situace: Petrovi je 13 let. Od svých šesti let má nařízenou ústavní výchovu, protože matka výchovu a péči nezvládala a otec byl ve výkonu trestu; Petr byl od narození zanedbávaný. V osmi letech byl spolu s bratrem umístěn do dětského domova (zřízeného krajem). Sourozenců má více, ale s tímto bratrem si jsou blízko, vzájemně se podporují a mají se rádi. Ještě z dřívějšíka má v dokumentaci zmínky o nezvladatelném chování, pro které nenavštěvoval mateřskou školu. V dětském domově začal navštěvovat logopedickou třídu mateřské školy. V domově byl spolu s dalšími dětmi v rodinné skupině, kde snížili, pokud možno, počet dětí (ze zákona je minimum šest, aniž by bylo nutné vyřídít výjimku). Už po měsíci se začala u chlapce projevovat agresivita. Do logopedické školky chodil proto, že potřeboval logopedickou péči a v této třídě bylo méně dětí, čímž se dařilo zajistit mu větší dohled. Záhy byl zaveden u místního pedopsychiatra – byl diagnostikován slabší intelekt, hyperaktivita, bez neurotických a psychotických projevů a dostal klidnicí léky, jejichž dávka byla postupně navyšována. V sedmi letech začal chodit do praktické školy, po dvou letech byl přeřazen na pomocnou školu. Byl podchycen v místní pedagogicko-psychologické poradně. K lékaři byl voděn s tím, že agresivita stále roste („bije děti, neklidný, dělá schválnosti, bere dětem věci, močí do odpadkového koše, mluví hlouposti“). Taková hodnocení měl mj. i ze školy, kde hodnotili jeho chování jako agresivní a nezvladatelné. Nikdy neměl ve škole asistenta, ale ve třídě pro šest dětí u jiného dítěte asistent působil. První pobyt v dětské psychiatrické nemocnici přišel v osmi letech a měl opakování. V deseti letech nastoupil hospitalizaci („v dětském domově napadl snad každé dítě a vychovatele, kromě svého bratra“), jež trvala s malou přestávkou více než tři roky. Dětský domov projevoval vůči chlapci vstřícnost a pochopení, zároveň si nedovedl představit jeho návrat do zařízení.

Až v Petrových téměř 11 letech jsou v nemocnici diagnózy lehká až střední mentální retardace, významná porucha chování vyžadující pozornost anebo léčbu a hyperkinetická porucha, doplněny o diagnózu pervazivní vývojová porucha – dětský autismus (dále také PAS). Chování v psychiatrické nemocnici bylo bez projevů agrese a bez větších výkyvů; v základní škole při nemocnici byl chlapec zařazen do třídy pro děti s autismem. Po práci na diagnostice a nalezení vhodné a racionální medikace mohla být hospitalizace ukončena, ovšem vhodné návazné zařízení nebylo zajištěno. Dětský domov hledal jiné vhodné zařízení – domov pro osoby se zdravotním postižením, což se dělo bez úspěchu dva roky: oslovená zařízení odpovídala, že chlapec nespadá do jejich klientely, případně jej zařazovala na čekací listinu.

Orgán sociálně-právní ochrany dětí z podnětu dětského domova oslovil některá zařízení, ovšem to až po dvou letech neúspěšného hledání domovem; jinak dítě průběžně navštěvoval. Rodiče jsou stále zákonnými zástupci dítěte, ačkoli se s ním dva a půl roku neviděli a není reálné, že by se o ně mohli starat (nestarají se ani o další sourozence bez postižení).

Problémy:

1. Dětský autismus byl rozpoznán až v 11 letech. Chlapec sice byl pedopsychiatricky podchycen záhy. Ovšem experti vysvětlují, že projevy mentálního postižení mohou PAS překrýt a i obecně lze říci, že diagnostika PAS je velmi složitá a v některých případech může být kompletní až po spolupráci s psychologem a osobami, které o dítě pečují.
2. Chlapec nikdy neměl ve škole asistenta.
3. V domácím prostředí (dětský domov) byl Petr ve standardní skupině dětí, bez osobního asistenta, nebo s jinou významnější úpravou podmínek. Je zcela v souladu se zákonem o výkonu ústavní a ochranné výchovy umisťovat děti se zdravotním postižením do dětských domovů (§ 2 odst. 12).⁸⁵ **Zákon ovšem počítá s tím, že domov zajistí vhodné podmínky úpravou denního režimu a vybaveností zařízení a zajistí 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 specializovanou péčí i specializovanou zdravotní péčí. V Petrově případě osobního asistenta nepovolil (cestou nepřidělení finančních prostředků) zřizovatel domova, cesta příspěvku na péči a sociální služby nebyla vyzkoušena.
4. Nedařilo se operativně získat místo v alternativním zařízení – domov pro osoby se zdravotním postižením, což prodlužovalo hospitalizaci o čas v řádu let. Zvažována byla i zařízení na druhém konci republiky, daleko od bratra chlapce, který představuje zbytek jeho rodiny. Zvažováno bylo i zařízení bez individualizované péče (pouze pro muže od 3 do 80 let, s kapacitou přes 100 osob).
5. Dětská psychiatrická nemocnice po určité době chlapce propustí (musí tak učinit v případě, že další pobyt není indikován) – ať už to bude do dětského domova, nebo jinam. Pokud návazná péče neodpovídá specifickým potřebám dítěte, nastane brzy rehospitalizace. Těžko „kvantifikovat“ emoční a vývojové důsledky pro dítě.
6. Je otázkou, zda je v zájmu dítěte cesta uzpůsobení podmínek v dětském domově, který ale v 18 letech bude muset chlapec opustit, nebo cesta umístění rovnou do zařízení sociálních služeb, kde však vzhledem k současnému stavu sociálních služeb dojde k další institucionalizaci a oddělení od běžného života společnosti.
7. Dítě je jako zájemce o službu odmítáno, ačkoli podle zákona o sociálních službách (§ 88 písm. j) by v přístupu ke službě domov pro osoby se zdravotním postižením mělo mít přednost.

⁸⁵ „Do zařízení jsou umisťovány 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 zajistí vhodné podmínky úpravou denního režimu a vybaveností 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 a o poskytování zdravotní péče (dále jen "registrující lékař"). Dále zajistí 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 péčí i specializovanou zdravotní péčí.“

8. Orgán sociálně-právní ochrany dětí se do hledání vhodného zařízení vkládá až po dvou letech.
9. Zákonným zástupcem Petra jsou rodiče, tedy osoby, které nejsou snadno dosažitelné při péči o dítě a v řádu let již nevystupují v životě dítěte.

Možné řešení:

Při hledání možného řešení je třeba mít na zřeteli nejlepší zájem dítěte. Právní požadavek maximálního respektu k právu dítěte na soukromý a rodinný život vyžaduje zohlednit vztah Petra k bratrovi, který je nyní jeho nejbližší osobou z příbuzenstva (rozdělení sourozenců tento vztah ohrožuje). Dále má Petr právo na zvláštní péči vycházející z povahy jeho postižení, a to v takové formě, která mu umožní žít v komunitě (tj. bude podporovat jeho začlenění do společnosti a bránit izolaci nebo segregaci).⁸⁶

1. Začít s řešením včas: Pokud se jedná o dítě, které je již dlouho v psychiatrické nemocnici a u kterého je patrné, že stávající uspořádání (školské zařízení) nebude v takové podobě možné, je vhodné, aby psychiatrická nemocnice prokazatelně informovala orgán sociálně-právní ochrany dětí, zákonné zástupce a ředitele zařízení spolu s informací, v jakém časovém horizontu může dojít k propuštění dítěte (nebo že to nelze předvídat).
2. Provázat jednotlivé odborníky: Ideálním nástrojem pro koordinaci práce jednotlivých odborníků a subjektů, například pokud je třeba rozhodnout o dalším směřování dítěte, aby nebylo zjevně jen provizorní, je případová konference. Konferenci standardně iniciuje orgán sociálně-právní ochrany dětí.⁸⁷ Jsou zohledněny i poznatky poskytovatele zdravotních služeb. Velmi náročné je posouzení, zda dítě směřovat do zařízení sociálních služeb, či do zařízení školského.
3. Prověřit možnost návratu do dětského domova (školského zařízení): Dětský domov je základní typ školského zařízení a je určen i pro děti s postižením. Zřizovatel nesmí bránit tomu, aby byly v zařízení v souladu se zákonem upraveny denní režim a vybavenost. Při personálních požadavcích lze argumentovat právem dítěte se zdravotním postižením na život v komunitě, pokud posílení personálu a individuálnější přístup jsou podmínkou setrvání dítěte v zařízení. Lékař dítěte, a to i pedopsychiatr, může odborně zaštitit požadavek na posílení personálu a zajištění odpovídajícího vzdělávacího, terapeutického a sociálně rehabilitačního programu. Argumenty rovněž může dodat diagnostický ústav, který „zajišťuje podle potřeby, nejméně však dvakrát v kalendářním roce, činnost odborného pracovníka diagnostického ústavu v zařízeních ve svém územním obvodu za účelem metodického vedení, koordinace a ověřování účelnosti postupu a výsledků výchovné péče“.⁸⁸ Dále je třeba zažádat o příspěvek na péči, kterým lze hradit například práci osobního asistenta. Zřizovatel může

⁸⁶ Článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

⁸⁷ Ustanovení § 10 odst. 3 písm. e) zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

⁸⁸ Ustanovení § 8 odst. 2 zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy. A dále odstavce 3: „Diagnostický ústav vypracovává pro ministerstvo návrhy potřebných změn u zařízení umístěných ve svém územním obvodu a upozorňuje ministerstvo na situace vyžadující zásah zřizovatele.“

v odůvodněných případech stanovit nižší počet dětí v rodinné skupině, než je zákonem předepsáno (tj. 6-8 dětí).⁸⁹

Jako standard pro školská zařízení jsem vyslovil:⁹⁰

Nároky na péči vyplývající ze zdravotních specifíků dětí musí být zohledňovány při personálním zajištění a při sestavení rodinných či výchovných skupin.

Zařízení musí aktivně pracovat na zohlednění výchovných a zdravotních potřeb dítěte ve spolupráci s odborníky (ambulantní pedopsychiatr, diagnostický ústav, středisko výchovné péče).

Pokud se ukáže být daný typ školského zařízení pro dítě nevhodný, je nutné podat návrh na přemístění dítěte, nikoli pouze opakovat pobyty v psychiatrické nemocnici.

4. Hledání zařízení sociálních služeb: Podle ustanovení § 88 písm. j) zákona o sociálních službách jsou poskytovatelé sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením povinni poskytnout sociální službu přednostně dítěti s nařízenou ústavní výchovou, nebo předběžným opatřením. Pokud se hledá umístění pro takové dítě, zákonný zástupce, doposud pečující zařízení (dětský domov), a orgán sociálně-právní ochrany dětí vyberou nejvhodnější zařízení – z hlediska vzdálenosti od osob dítěti blízkých a z hlediska způsobu poskytování služby v zařízení – a tam podají žádost. (Při tom je třeba zohledňovat i reálné podmínky pro plnění povinné školní docházky – bohužel současná situace je taková, že v případě řady domovů pro osoby se zdravotním postižením je individuální plán dětí nastaven tak, že výuka sestává např. ze dvou hodin týdně, tj. vzdálenost od školy způsobuje snižování požadavků na školu.) Orgán sociálně-právní ochrany dětí a zákonný zástupce pohlídají, aby první uvolněné místo na pracovišti poskytovatele, které je pro dítě vhodné, bylo přiděleno právě dítěti s ústavní výchovou. Pokud v relativní blízkosti bydliště dítěte (nebo jeho osob blízkých) není žádné vhodné zařízení, obrátí se orgán sociálně-právní ochrany dětí nebo zákonný zástupce na místně příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností⁹¹ a kraj⁹².

Možnosti podpory a pomoci dítěti s autismem:⁹³

Dítě s PAS potřebuje provázanost práce školy a pečujících osob, které mají dále záštitu kvalitní ambulantní zdravotní péče a sociální služby. Pečující osoby musí dostat kvalitní informace o problematice autismu (existují veřejně dostupné, případně vyžádat supervizi Asociace pomáhající lidem s autismem).

- a) Vzdělávání dítěte má dostat podporu kompetentního školského poradenského zařízení pracujícího na platformě metodiky strukturovaného učení (například

⁸⁹ „A to za předpokladu, že uhradí zvýšené výdaje na činnost zařízení“ (§ 4 odst. 6 zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy).

⁹⁰ [Standardy péče o ohrožené děti a jejich rodiny.](#)

⁹¹ Dle § 92 písm. a) zákona o sociálních službách „Obecní úřad obce s rozšířenou působností zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby, nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu; místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu osoby“.

⁹² Má určité povinnosti dle ustanovení § 95 zákona o sociálních službách.

⁹³ Čerpáno z poznámek přizvaného experta z oboru speciální pedagogika pracujícího s klienty s PAS.

některá speciálně pedagogická centra mají na tuto problematiku specializované pracovníky, je snaha mít kontaktní osobu v každém kraji).

- b) Petr by měl být nejlépe zařazen ve třídě pro žáky s autismem základní školy speciální, kde se dá očekávat nejvyšší efektivita jeho vzdělávání. Jinak je nutné (vedle proškolení pedagogů), aby bylo vzdělávání průběžně vyhodnocováno za spolupráce kompetentního školského poradenského zařízení.
- c) Jaký je potenciál vzdělávání pro Petra? Bude-li škola kvalitní tak, jak některé školy v Česku jsou, může rodina (či pečující instituce) přebírat naučené strategie, rozvíjet v praxi Petrovy získané dovednosti. Bude-li škola nekvalitní a formální, tak jak některé školy v Česku jsou, bude pro Petra pouze frustrací, v lepším případě ztrátou času. Pro pečující osoby tak bude pouze odpočinkovým časem, v horším případě zdrojem problémů a dekompenzace zdravotního stavu. Kvalitní vzdělávání může pro Petra mít výrazně prospěšnou, až „terapeutickou“ hodnotu.
- d) V případě Petra by byla klíčová přítomnost služby osobní asistence v domově (stejně jako u jiného dítěte v rodině). Existence této podpory může být zásadní podmínkou setrvání dítěte v domácím prostředí.
- e) U osob se středně funkčním autismem je problémové chování při dodržování obecných principů práce s lidmi s autismem často zvladatelné. Petr potřebuje vstřícné a informované lidi kolem sebe, kteří mu poskytnou individualizovanou péči se strukturovanou a vizualizovanou podporou. Pro domácí prostředí (i dětský domov) tedy platí nutnost jeho individualizace ve smyslu vstřícnosti, srozumitelnosti a předvídatelnosti. Dá se předpokládat úspěšné využití denních režimů, pracovních a procesuálních schémat, motivačního systému.⁹⁴
- f) U Petra je – dle informací ošetřující lékařky psychiatrické nemocnice – nervozita dobře rozpoznatelná. Je tedy třeba, aby personál nebo rodina tyto signály znali a měli definovaný postup, jak na ně efektivně zareagovat. Znamená to tedy, že je třeba zajistit, aby v případě, že je Petr v zátěžové situaci (pracovní, sociální, nebo při zhoršeném zdravotním stavu), byla na blízku informovaná osoba, která je tyto stavy schopná rozpoznat a řešit (rodina, pedagogové, osobní asistent, nebo asistent pedagoga). Problematické situace je třeba písemně zaznamenat a pravidelně s kompetentní osobou zhodnotit. Paralelně je třeba zvyšovat dovednosti dospělých, které jsou nutné pro úspěšné zvládnutí těchto situací (např. pracovní a komunikační dovednosti). Personál a rodina by měli být proškoleni, jak v těchto případech postupovat.

„Dělení osobnosti na autistickou a s mentálním postižením nepovažuji v konkrétním případě za smysluplnou. Petr je výslednicí osobnostních charakteristik, životní zkušenosti, vývojově profilovaných oblastí a míry autismu. Nechová se v jednu chvíli autisticky a jindy pod vlivem mentálního postižení. Plyne to i z psychologického vyšetření, kde je spojení intelektuálního postižení s autismem zastřešeno pojmem středně funkční autismus. (...) Pokud by byly dostupné v dostatečné míře a kvalitě terénní sociální služby (v tomto případě osobní asistence) a adekvátní poradenský

⁹⁴ Čadilová, V., Žampachová, Z.: Strukturované učení, Portál, Praha 2008.

system (zde školský i sociální), domnívám se, že by Petr spokojeně pobýval v dětském domově a chodil do školy.⁹⁵

Když se u dítěte (s intelektovým postižením, či bez něj) objeví podezření na PAS, mělo by být zachyceno pediatrem, nebo pedagogicko-psychologickou poradnou v předškolním věku. Pediatr má pečující osoby směřovat na odborná vyšetření (pedopsychiatr, ORL, neurologie), poradna pak při podezření na pervazivní vývojovou poruchu na příslušné krajské pracoviště, většinou speciálně pedagogické centrum, které je pro danou problematiku kompetentní. Doba trvání a kvalita diagnostického procesu se liší v jednotlivých krajích. Může to být rozpětí měsíce až jednoho roku. Diagnózu poruchy autistického spektra stanovuje pedopsychiatr za pomoci klinického psychologa. Doporučení ke vzdělávání stanovuje školské poradenské zařízení.

Nejčastějšími důvody, pro které rodiče autistických dětí vyhledávají odbornou pomoc, jsou problémy ve vývoji řeči (dítě nemluví, nebo mluví zvláště oproti vrstevníkům), nebo výchovné problémy (dítě je výchovně špatně usměrnitelné). Pediatr nebo psycholog jsou tedy ti, na které se rodiče obracejí jako první. Na jejich odborné způsobilosti a informovanosti pak záleží, zda se dítěti dostane rané intervence, či nikoli. Je-li včas stanovena diagnóza, výrazně se zvyšuje šance na maximální efektivní kompenzaci postižení.

Varující projevy v raném věku:⁹⁶

- chybí spontánní odložená imitace (nenapodobuje po čase činnosti a akce, které pozoruje ve svém okolí),
- nesdílí pozornost (nemá zájem o sledování činností druhé osoby, nenosí předměty na ukázkou, nepochlubí se, nenabízí),
- neukazuje, aby upozornil na něco zajímavého („hele“), nezkoordinuje ukazování s očním kontaktem s osobou, které se snaží zajímavost ukázat,
- nemá zájem sdílet pozornost skrz oční kontakt a snažit se odhadnout záměr druhé osoby,
- slabší sociální kontakt, ač se dítě může mazlit,
- méně živý komunikační oční kontakt, ač do očí se může dívat,
- fixace na předměty, zvláštní hra, nezájem o hru, stereotypní zájmy,
- neschopnost symbolického uvažování (dítě nedokáže předstírat, že kostka je autíčko, banán, telefon apod.),
- opožděný rozvoj řeči, neporozumění řeči, reakce na pokyny s velkými výkyvy,
- obtížná usměrnitelnost, nepřiměřená nebo žádná reakce na běžné výchovné postupy,

⁹⁵ Z poznámek přizvaného experta z oboru speciální pedagogika pracujícího s klienty s PAS.

⁹⁶ Tyto projevy indikují specializované vyšetření. V různých variantách jsou uváděny na portálech věnujících se autismu, zde dle PhDr. Kateřiny Thorové, Ph.D.

- nepřiměřená emoční reaktivita, labilita, záchvaty vzteku, masivní úzkostnost, nebo nedostatek strachu,
- dítě celkově málo a/či nepružně vnímá různé podněty (zrakové, sluchové),
- dítě přecitlivěle reaguje na některé podněty (bolest, hluk, specifické zvuky, dotek),
- nedostatečná neverbální (mimoslovní) komunikace (mimika, gestika, postura, oční kontakt),
- snížená schopnost okamžité nápodoby, obzvláště ve skupině,
- odlišný kontakt s vrstevníky (agresivita, osamělost, pasivita, provokování, nevhodné chování, infantilita),
- malá či žádná schopnost zapojit se do kolektivních her a činností, obtíže s chápáním pravidel.

Významnou pomoc, především v sociální oblasti (raná péče, osobní asistence, respitní péče, sociální poradenství...) mohou poskytnout neziskové organizace zaměřující se na podporu rodin dětí s autismem. Pro další informace je dobré se obrátit na portál www.apla.cz, kde je také rozcestník na regionální sdružení Asociace pomáhající lidem s autismem.⁹⁷

Důležité je rozlišení osobní a pedagogické asistence. Žádost o osobního asistenta adresuje rodič poskytovateli sociální služby osobní asistence, což jsou většinou neziskové organizace, které se specializují na pomoc lidem s autismem. Tuto službu rodič platí. Do značné míry spolurozhoduje o jejím průběhu formou stanovení cílů služby při jejím plánování. Doporučení ke zřízení asistenta pedagoga dává příslušné školské poradenské pracoviště na základě svého vyšetření. Hlavními činnostmi asistenta pedagoga je spolupodílení se na výchovné práci zaměřené na rozvoj a zkvalitnění společenského chování, pomáhá žákovi při komunikaci se spolužáky a pedagogy a při přizpůsobování se školnímu prostředí. Pozoruje a vyhodnocuje žákovu chování. Přizpůsobuje a upravuje žákovi učební látku a konkrétní úkoly. Úzce spolupracuje se zákonnými zástupci a pedagogy školy. Je to zaměstnanec školy a je tedy také školou placený. Jeho kompetence stanoví individuální vzdělávací plán a v konečném důsledku ředitel školy.

Systémové aspekty:

Specializovaných zařízení sociálních služeb či školských zařízení je v České republice nedostatek. Je třeba vyvíjet soustavný tlak na odpovědné orgány. V linii školských zařízení lze využít zákonné ustanovení o tom, že diagnostický ústav vypracovává pro Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy návrhy potřebných změn u zařízení umístěných ve svém územním obvodu a upozorňuje ministerstvo na situace vyžadující zásah zřizovatele.⁹⁸ V oblasti sociálních služeb je třeba tlačit na kraje jakožto majoritní zřizovatele sociálních služeb – pro zřízení nových služeb, či specializaci těch stávajících. Vše je zcela v souladu s programovými dokumenty, které Česká republika vyhlásila.⁹⁹

⁹⁷ <http://www.apla.cz/radni-clenove/obsah/clenove-organizace/clenske-organizace>

⁹⁸ Dle § 8 odst. 3 zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy.

⁹⁹ Priorita D: Zajištění kvality života pro děti a rodiny. MPSV: *Národní strategie ochrany práv dětí - „Právo na dětství“*. Dostupné z: <<http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?70,572>> . Národní strategie byla přijata usnesením vlády ČR ze dne 4. ledna 2012 č. 4 o Národní strategii ochrany práv dětí.