

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Dětské centrum Veská v historii a současnosti

Ivona Truncová

**Bakalářská práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivona Truncová**
Osobní číslo: **Z10087**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Dětské centrum Veská v historii a současnosti**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium odborné literatury, interních norem a dokumentace DC.
2. Zmapování historie dětského zdravotnického zařízení ve Veské.
3. Charakteristika současného Dětského centra Veská.
4. Problematika navazujících změn v poskytování služeb v kojeneckých ústavech a dětských centrech.
5. Zjišťování postojů vtipovaných respondentů k připravované transformaci zařízení metodou řízeného rozhovoru.
6. Zhodnocení, význam Dětského centra pro současnost.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. FISCHER, Slavomil; ŠKODA Jiří. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
2. ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ Dana. Dětská klinická psychologie. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
3. MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
4. LENDEROVÁ, Milena., RÝDL Karel. Radostné dětství? Dítě v Čechách devatenáctého století. 1.vyd. Praha: Paseka, 2006. ISBN 80-7185-647-9.
5. ZEZULOVÁ, Dagmar. Pěstounská péče a adopce. 1.vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0065-9.

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Drahomíra Peřinová
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. dubna 2013

Ivona Truncová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr. Drahomíře Peřinové za cenné rady a podnětné připomínky, manželům Kalábovým za spolupráci a pomoc při získávání historických dat.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá historií a současností Dětského centra Veská. V úvodní části jsou popsána tři důležitá historická období. Pozornost je dále věnována transformaci náhradní rodinné péče a novele zákona o sociálně právní ochraně dítěte. V praktické části jsou zaznamenány a vyhodnoceny řízené rozhovory, které mapují aktuální situaci v problematice náhradní rodinné péče.

Klíčová slova

Dětské centrum, sociálně právní ochrana dítěte, transformace, náhradní rodinná péče, pěstounská péče

Annotation

Bachelor Thesis is focused on history and current situation in Children Centre Veská. In introductory section are described three important historical periods. Attention is paid to transformation of alternative care and the social and legal protection of child. There are guided interviews registered and evaluated in the practical part, they are mapping current situation in problematics of alternative care.

Key words

Children Centre, social and legal protection of child, transformation, alternative care, foster care

Obsah

ÚVOD	9
CÍL	10
1. HISTORIE DĚTSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ VE VESKÉ	11
1.1 HISTORIE OBCE VESKÁ.....	11
1.2 OBDOBÍ 1926 – 1956 ZDRAVOTNÍ OSADA	12
1.3 OBDOBÍ 1956 – 1992 KOJENECKÝ ÚSTAV VE VESKÉ.....	16
1.4 OBDOBÍ 1992 – 2012 DĚTSKÉ CENTRUM VESKÁ	20
2. SOUČASNOST V DĚTSKÉM CENTRUM VESKÁ – PROBLEMATIKA NASTUPUJÍCÍCH ZMĚN V SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANĚ DÍTĚTE	25
2.1 NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN K TRANSFORMACI A SJEDNOCENÍ SYSTÉMU PÉČE O OHROŽENÉ DĚTI.....	25
2.2 DC VESKÁ JAKO ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC	26
2.3 DĚTSKÉ CENTRUM VESKÁ VERSUS PĚSTOUNSKÁ PÉČE	27
2.4 ÚSPĚCHY A ZMĚNY V DĚTSKÉM CENTRU VESKÁ.....	28
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3.2 METODOLOGIE VÝZKUMU	31
3.3 PRAKTICKÁ ČÁST	33
3.4 ROZHOVORY JEDNOTLIVÉ HODNOCENÍ.....	43
3.5 ROZHOVORY - CEKOVÉ HODNOCENÍ.....	49
DISKUZE	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	68
PŘÍLOHA A: ROZHOVORY S RESPONDENTY	69
PŘÍLOHA B: ZDROJOVÉ TABULKY	92

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala Dětské centrum Veská v Pardubickém kraji. Jeho hlavní činností je péče o děti, které se dostanou do problémové životní situace, jsou nechtěné nebo se závažnou rodinnou anamnézou. Toto zařízení má bohatou i zajímavou historii a poskytuje široké spektrum služeb.

Náhradní rodinná péče měla v České republice i před jejím vznikem vždy své nezastupitelné místo. Nyní je aktuální otázkou, jakou formou bude i nadále poskytována. Prioritním úkolem všech odborníků v péči o děti, které nemohou z různých důvodů vyrůstat v rodině, je jejich minimální citová deprivace. Je důležité si uvědomit, že tyto děti často nemají nikoho jiného, než personál pobytových zařízení. Jejich postavení se řeší náhradní rodinnou péčí (adopce a pěstounská péče) a je pro ně východiskem v obtížné životní situaci.

Státem avízaná profesionalizace pěstounské péče s sebou nese - kromě nesporného významu rodinného zázemí - také řadu otázek, např. problém s finančním ohodnocením pěstounů, výběrem vhodných kandidátů pro tuto práci, jaké děti se budou umísťovat do těchto rodin, citové strádání pěstounů při odchodu dítěte, které jim bylo svěřeno do náhradní rodinné péče a zatím i legislativní problémy.

Od roku 2013 se zásadním způsobem začne měnit péče o ohrožené děti dle novely zákona o sociálně právní ochraně dítěte. Tato transformace v systému ústavní péče je v současné době velmi aktuální a rozděluje širokou laickou i odbornou veřejnost na zastánce a odpůrce těchto nových strategií. Základem dobré péče o dítě je rodina, ale když nefunguje, není finančně zajištěná, má problémy s bydlením, pak se to odráží na dětech. Ty pak mohou skončit v ústavěch, pokud se nenajde možnost, jak rodinu podpořit za pomoci služeb nebo širší rodiny. Další možností je pěstounská péče na přechodnou dobu.

Snahou Dětského centra je jít vstříc změnám a snažit se přijmout nové úkoly, které by z transformace vyplývaly.

CÍL

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit význam Dětského centra Veská, seznámit s historií tohoto zařízení a nastínit nastupující změny, které se týkají zajištění péče o ohrožené děti. V neposlední řadě se pokusím vyzdvihnout úlohu Dětského centra pro současnost i budoucnost naší společnosti v kontextu s transformací v systému ústavní péče o ohrožené děti.

Záměrem praktické části je zjistit statistické ukazatele v různých oblastech za dobu existence Dětského centra Veská a informovanost a názory vytipovaných respondentů v otázce poskytování služeb a rozsahu péče v kojeneckých ústavech, dětských centrech a v pěstounské péči. Dále mě zajímaly postoje k připravované transformaci dětských center a ke změnám v sociálně právních normách.

Pro realizaci praktické části jsem si vybrala studium interních norem a zpracování statistických dat a dále jsem použila metodu řízeného rozhovoru. Oslovila jsem šest respondentů, abych zajistila adekvátní srovnání jejich výpovědí. Společným pojítkem mezi nimi je vysokoškolské vzdělání. Pokusila jsem se dát do určitého kontextu výsledky statistických ukazatelů a výpovědi ve standardizovaných rozhovorech.

Ke zpracování zadané tematiky jsem využila odbornou literaturu, historické zdroje, interních normy, statistiky a vlastní řízené rozhovory.

1. HISTORIE DĚTSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ VE VESKÉ

1.1 Historie obce Veská

Veská je místní část města Sezemice nedaleko Pardubic. Nachází se asi 2,5 km jižně od Sezemice.

Veská (Weskadorf), dříve též Veska nebo Nová Veska, byla založena v roce 1780 na vysušených rybnících Strejček a Novočernský na základě pozemkové reformy pardubického panství, kterou Marie Terezie řešila špatnou hospodářskou situaci a nesmírnou bídu venkovského obyvatelstva, způsobenou neustálými válkami, neúrodu a hlad v letech 1771 – 1772 a následek selského povstání v r. 1775.

Od roku 1778 vzniklo na pardubickém panství 35 nových vsí, osad a míst, které byly obydleny především domácími osadníky. Do některých z nich přišli mezi lety 1780 až 1788 i emigranti z Kladska a Slezska.

Kladští emigranti byli usídleni v 11 čistě německých obcích a v dvanácté obci smíšené (Spojil, místní část Pardubic). Na území dnešní Veské tehdy přišlo 13 rodin, celkem 44 osob. Sedm nových obcí vzniklých na vysušených rybnících bylo osazeno českým obyvatelstvem. Noví osadníci byli svobodní, osvobození od roboty, neplatili dávky a daně.

K počestění kolonistů nedošlo příliš rychle. V roce 1801 se obyvatelé Veské hlásili výhradně k německému jazyku a až do konce 19. století měla Veská německou školu, kterou navštěvovaly i děti ze Staročenska a Lánů.

Na konci 19. století se do historie obce Veská významně zapsal Emanuel Antonín Meliš, narozen 14. října 1831 v obci Zminné, dnešní Zminný u Dašic. Do školy chodil do obecných škol v Lánech u Dašic a ve Veské, pokračoval na německém gymnáziu v Hradci Králové. Po jeho ukončení chtěl pokračovat v právnických studiích. Rodinné poměry však změnil jeho plány, proto začal navštěvovat Lumbovy přednášky o

zemědělství. Od roku 1851 přispíval svými články do „Zlatých klasů“, „Pražských novin“ a později do „Lumíra“. Od roku 1858 založil a redigoval hudební časopis „Dalibor“.

Po zániku „Dalibora“ obrátil Meliš svoji pozornost převážně na polní a národní hospodářství. Roku 1876 byl zvolen tajemníkem „Průmyslové jednoty“ v Praze. Na radu lékařů opustil Prahu a přestěhoval se poblíž svého rodiště do Veské, kde zřídil hospodářsko - výzkumnou stanici a vydával časopis pro venkovský lid Rozhled (později Melišův Rozhled). [Sakař: 1920]

V roce 1907 se přestěhoval do Vršovic a věnoval se psaní praktických spisů. Svou stanici prodal Meliš inspektorovi pojišťovny Skolaudimu, který vystavěl na dvoře Melišovky nové hospodářské stavení.

Emanuel Antonín Meliš zemřel roku 1916 v Praze. Od té doby se majitelé bývalé Melišovky často střídali, čímž se také měnil vzhled bývalé stanice.

1.2 Období 1926 – 1956 Zdravotní osada

Následující fakta o vzniku a trvání Zdravotní osady jsem čerpala z Pamětní knihy zdravotní osady ve Veské, t.č. uložené u paní Macasové, bytem Veská.

„Účelem zdravotní osady ve Veské je dáti dětem vedle posílení těla základ zdravotní výchovy a příklad správného života. Je zde patrný rozdíl od prázdninových kolonií, v nichž jde jen o pouhé zotavení pobytém na čerstvém vzduchu“. [Zdravotní osada: 1952]

Na své schůzi dne 23. listopadu 1922 se výbor Spolku Československého Červeného kříže v Pardubicích usnesl na koupi hospodářského objektu „Melišovka“. V prosinci 1922 koupil statek za vydatné finanční pomoci Spolku Československého Červeného kříže v Praze rozsáhlou zahradu se dvěma hospodářskými budovami. Za statek bylo zapláceno 85.000,- Kč. Tehdejší místopředseda Československého Červeného kříže a bývalý ministr veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy MUDr. L. P. Procházka naznačil směrnice pro stavbu potřebných budov, podle nichž vypracoval plány inž. V. Kadlec. V březnu 1923 uznala komise k žádosti výboru o povolení stavby místo za velmi způsobilé a navrhla některé změny v plánech. Přepracované plány byly pak zemskou zdravotní radou schváleny, načež pak v prosinci 1923 bylo zemskou

politickou správou povoleno zřízení zdravotní osady a školy v přírodě. Rozpočet na přestavbu přesahující částku 300.000,- Kč byl nad síly Spolku Československého Červeného kříže, a proto Spolek požádal o finanční pomoc ministerstvo veřejného zdravotnictví (50.000,- Kč), zastupitelstvo města Pardubic (30.000,- Kč) a okresní správní komisi (10.000,- Kč). [Zdravotní osada: 1952]

Ani s takovým finančním příspěvím nebyl schopen Spolek tuto přestavbu realizovat, na schůzi výboru dne 21. června 1926 se proto rozhodl zprovoznit alespoň dočasnou zdravotní osadu a postavit pro ni potřebné místnosti. V srpnu 1926 svěřil výbor provedení stavby V. L. Hořeňovskému, ten vyčíslil cenu stavby na 174.494,06 Kč.

Budova zdravotní osady byla situována uprostřed zahrady. Měla dvě prostorné, vzdušné ložnice, k nimž přiléhaly dvě koupelny a pokoje pro ošetřovatelky. V budově bylo zavedeno elektrické osvětlení a vodovod. Zařízení místností bylo jednoduché, ale vkusné. Do zdravotní osady se přijímaly děti tělesně oslabené nebo náchylné k nemocem ze všech vrstev obyvatelstva, především však z Pardubicka. Děti nakažené tuberkulózou a jinými nakažlivými nemocemi nebyly do osady přijímány. Zdravotní dozor vedl lékař, výchovu řídil učitel, asistovaly dvě ošetřovatelky, které nepřetržitě dohlížely na chovance. Osadu spravovalo kuratorium, jež tvořil výbor spolku rozšířený o zástupce ministerstva veřejného zdravotnictví, města, okresu a lékaře poradny „Našim dětem“.

Zařízení bylo v provozu každý rok od května do září. K zajištění „živého“ zdroje příjmů sloužil spolku biograf „Národní dům“ v Pardubicích (činnost zahájil městský biograf roku 1913, pozdější kino Jas), k jehož provozu obdržel Spolek biografickou licenci. Zdravotní osada se stala nutným doplňkem poradny „Našim dětem“ a spolu s ostatními zařízeními tvořila síť sociálně zdravotní péče o mládež v Pardubicích. [Zdravotní osada: 1952]

Dne 2. července 1927 přišlo do osady prvních 37 dětí. Spolek čl. Červeného kříže v Pardubicích s pomocí jiných spolků a jednotlivců pořídil nejen budovu, ale i veškeré zařízení. Hlavním úkolem tehdy bylo dobudování školy u hlavní budovy, pro

případ celoroční výuky a tím by byla naplněna původní myšlenka vybudování „stálé zdravotní osady spojené se školou v přírodě“ [Zdravotní osada: 1952].

V průběhu léta toho roku se v osadě vystřídal celkem 54 dětí včetně dvou ze zahraničí. Život dětí v osadě byl upraven tak, aby se dodržovala správná životospráva i hygiena. Pozornost se věnovala i tělesné výchově. Administrativu a správu osady vykonával učitel Josef Sláma, kterého určilo kuratorium ústavu. Současně konal i pedagogický dozor.

Průměrný denní náklad na jedno dítě byl tehdy 10.78 Kč.

Na základě příznivých výsledků prvního pobytu dětí v osadě rozhodlo kuratorium o zahájení následující sezóny již v květnu příštího roku.

V následujících sezónách se postupně zvyšoval počet umístěných dětí (až cca 110). Do osady nebyly přijímány děti ze širšího okolí, ale i dalších okresů i ciziny. Místní občané všemožně podporovali snahy výboru spolku – dodávali do ústavu mléko, máslo, vejce. Maso a uzenářské zboží dodával od počátků trvání osady pan Josef Horáček z Pardubic, koloniální zboží a potraviny dodával pan W. Mrázek z Pardubic, chléb a mouku dováželo Rolnické družstvo [Zdravotní osada: 1952].

Děti byly průběžně podrobovány pravidelným týdenním lékařským prohlídkám, které na začátku 30. let prováděl MUDr. Gutwirth. Výsledky pobytu dětí byly příznivé, dle vedoucího lékaře poradny „Našim dětem“ se zdravotní stav všech dětí značně zlepšil.

Vedoucí osady, Josef Sláma, se v červnu 1930 zúčastnil kurzu v Camp Allenu¹, který pořádalo Ústřední ředitelství čsl. Červeného kříže v Praze pro vedoucí osady.

Zaměstnání dětí spočívalo v mnohostrannosti hravé práce. Za nepříznivého počasí byly děti v jídelnách, kde kreslily, psaly a zhotovovaly různé výrobky ze šišek, žaludů a brambor. Z darů byla zřízena i žakovská knihovna (110 vázaných knih).

¹ Camp Allen - tábor založil v létě roku 1921 na Sylvan Bay v Texasu Dr. Edward Allen, ředitel školy Perkins pro nevidomé. Dr. Allen věřil, že mladé slepé dívky by měly mít stejné příležitosti pro outdoorové zážitky a zábavu jako ostatní děti. Tato základní filozofie pokračuje dodnes.

V srpnu 1930 byla v osadě zřízena přípojka elektrického vedení ze sousední obce Koloděje.

V první polovině 30. let byla ČSR postižena světovou hospodářskou krizí, osada přesto fungovala, i když měla problém s financováním. V roce 1932 museli rodiče dětí na pobyt přispívat. Aby ozdravovna plnila své poslání, propůjčil ji spolek Červeného kříže pardubické poradně „Našim dětem“.

Po roce 1936 se finanční situace spolku výrazně zlepšila a bylo rozhodnuto o rozšíření ozdravovny. Dostavba společenské místnosti (dnešní jídelna pro zaměstnance), kryté lékárny a dalších prostor byla dokončena a předána 18. 9. 1938.

V srpnu roku 1940 zabavilo Gestapo budovu i vybavení. Děti musely opustit budovu, členové vedení Červeného kříže byli zatčeni, spisy odcizeny, skladiště i ozdravovna vykradeny. Ozdravovna zůstala uzavřena až do roku 1943. 20. září 1943 se do zařízení nastěhoval chorobinec. Do června 1945 zde o nemocné pečovaly řádové sestry Nejsvětější svátosti oltářní.

Spolek převzal ozdravovnu zpět do své správy na konci války. Po dobu rekonstrukce byly děti dočasně umístěny v zámečku v Rábech a 15. 5. 1945 byla osada znovu otevřena. Již v roce 1946 se začalo uvažovat o dostavbě hospodářských budov, aby ozdravovna mohla provozovat svoji činnost celoročně. Plány dostavby byly ministerstvem sociální péče potvrzeny zařazením do pětiletého stavebního plánu pro rok 1950.

V letech 1950 – 1952 našly ve Veské dočasný domov děti uprchlíků a emigrantů z Řecka, kde probíhala občanská válka. Další dva roky potom fungoval areál jako internát pro učnice státního podniku Tesla. Mládež každý den vozila autobusová doprava do továrny a zpět, na pobyt dohlížel pedagogický personál.

Červený kříž v polovině 50. let věnoval celou budovu i s přílehlými pozemky Československé republice a tím nově vznikajícímu Kojeneckému ústavu.

1.3 Období 1956 – 1991 Kojenecký ústav

Na podzim roku 1956, po částečné přestavbě objektu podmíněné novými požadavky, byl ústav otevřen jako moderní centrum pro 70 dětí. Sloužil zpočátku i pro nedonošené děti a jejich matky. Přijímaly se sem děti nezralé, děti rodičů s aktivní tuberkulózou, sirotci, děti nechtěné i děti se závažnými onemocněními. V roce 1962 pak byla stanice pro nedonošené děti zrušena. V 60. letech se nejvíce přijímaly děti opuštěné. [Kojenecký ústav: 1964]

Od 60. do 80. let 20. stol. zařízení fungovalo jako Kojenecký ústav pro děti, které z jakéhokoliv důvodu nemohly vyrůstat doma. Poskytovalo komplexní péči dětem ohroženým a postiženým s věkovou hranicí 3 roky. Péče spočívala v zajištění léčebně – preventivní, výchovné, sociálně právní, pedagogicko-psychologické, rehabilitační a poradenské činnosti dětem ohroženým zdravotními či sociálními problémy.

Přijetí dítěte ze zdravotních důvodů:

- dítě s vývojovými vadami
- dítě předčasně narozené s následky perinatálního onemocnění
- dítě v rekonvalescenci
- dítě s neurologickým postižením k rehabilitaci
- dítě s kombinovanými vadami

Přijetí dítěte ze sociálně-zdravotních důvodů:

- dítě rodičů neschopných zajistit řádnou výchovnou péči
- dítě rodičů se špatnými bytovými podmínkami
- dítě rodičů ve výkonu trestu odnětí svobody
- dítě opuštěné nebo týrané

[Kojenecký ústav: 1960-1980]

Kojenecký ústav přijímal také těhotné ženy, které nebyly v době těhotenství sledovány, kojící matky dětí s vývojovými vadami, matky s nižším IQ k osvojení návyků k ošetřování dětí, matky k zácviku rehabilitace či speciální ošetřovatelské péče.

Dalšími kandidáty přijetí byli i budoucí osvojitelé či pěstouni k seznámení s dítětem a zvládnutí jeho eventuálních zdravotních obtíží.

Zásady provozu

Kojenecký ústav se řídil provozním řádem. Provoz jednotlivých oddělení byl zabezpečený stanoveným harmonogramem, který vycházel z potřeb dítěte. V ústavu se navzájem pojila léčebně preventivní činnost s péčí výchovnou, nedílnou součástí byla péče v sociální oblasti.

Ústav spolupracoval s orgánem péče o děti příslušných okresních a městských úřadů, dále se soudy, dětskými poradnami, aktivem pro náhradní rodinnou péči a ostatními institucemi dle potřeby. Pravidelně prováděl odborné semináře pro pracovníky ústavu k dané problematice. [Kojenecký ústav: 1983]

Personál

V čele ústavu působil ředitel – vedoucí lékař, dále lékaři dle počtu lůžek, vedoucí sestra, výchovná sestra, dětské sestry, sociální pracovníce, rehabilitační pracovníce, administrativní pracovníce, kuchařka, hygienické pracovníce, sanitárka, švadlena, topič, údržbář.

Členění ústavu

Ústav disponoval 70 lůžky pro děti a 2 lůžky pro matky. Byl rozdělen na tři oddělení. Každé oddělení mělo služební místnost pro sestry, která byla umístěna tak, aby průhledem přes skleněné stěny měla sestra informativní přehled o dětech. Na každém oddělení byly herny pro děti, vybavené výchovnými pomůckami, odpovídající věkové kategorii.

Oddělení č.3 mělo vybavený box první pomoci se základními resuscitačními pomůckami a brašnou první pomoci.

K ústavu patřila kompletní mléčná kuchyň včetně sterilizátoru, který byl zakoupen v roce 1972 z firmy Chirana Brno. [Kojenecký ústav: 1973].

Mateřský pokoj se 2 lůžky pro matky a dětskými postýlkami byl umístěn v 1. patře budovy. Matky měly k dispozici vlastní kuchyňku, která sloužila k přípravě stravy hlavně pro dítě.

Původní dvě hospodářské budovy byly využívány jako sklady, služební byt a místnost k přespání sestřiček. Nebyly však příliš udržovány a chátraly.

Příjem dětí a matek

Do ústavu byly přijímány děti na základě doporučení zdravotnických zařízení, odborů péče o děti, na žádost rodičů samých, často také na základě rozhodnutí soudu, a to převážně v režimu předběžného opatření či nařízení ústavní výchovy. O přijetí do ústavu rozhodoval ředitel, po pečlivém zvážení všech okolností včetně sociálních, které přehléřovala sociální pracovnice. Matky byly přijímány na základě prakticky stejných doporučení.

Vnitřní směrnice [Kojenecký ústav: 1979] doporučovala, aby při příjmu dítěte byli přítomni dle možností i rodiče. V indikovaných případech sociální pracovnice navštěvovali rodiče ještě před příjmem dítěte.

Léčení a ošetřování

V Kojeneckém ústavu se ve všední dny prováděly lékařské prohlídky všech dětí, aby se zjistily počáteční příznaky choroby a tím se zabránilo jejímu dalšímu vývoji, případně šíření přenosné nemoci. Onemocnělo-li dítě, ihned se zahájila příslušná léčba, v indikovaných případech se dítě izolovalo, při závažných stavech se přeložilo na dětské oddělení do Okresní nemocnice v Pardubicích nebo na Kliniku dětských nemocí do Fakultní nemocnice v Hradci Králové. V 80. letech jezdil konziliář (neurolog a ortoped) za dětmi do ústavu.

Skladba přijímaných dětí vyžaduje časté konziliární vyšetření – neurologické, oční, kardiologické, genetické, ortopedické. Tyto služby byly zajištěny lékaři nemocnice v Pardubicích, ev. nemocnicí Hradec Králové, případně pražskými klinikami.

Nedílnou součástí služeb byla péče o správný duševní vývoj všech přijatých dětí včetně hendikepovaných. Cílenou výchovnou péči řídila výchovná sestra ve spolupráci s lékaři ústavu.

Přijaté matky byly vždy vyšetřeny lékařem. Hlavní důraz se kladl na péči o dítě, zacvičení v případné rehabilitaci či speciální ošetrovatelské technice. Za zdárný průběh odpovídala staniční sestra, sociální a rehabilitační pracovnice. Matky dodržovaly stanovený režim, zaměstnání bylo dovoleno jen při řádném plnění svých povinností a dle zdravotního stavu dítěte. [Kojenecký ústav: 1979-1988]

Návštěvy

Rodiče přijatých dětí byli písemně informováni o návštěvních dnech, které mohli využít k návštěvě a k získání informací od lékařů. Návštěvní den byl pouze jeden den v týdnu. Dle stavu a zdravotního postižení dítěte se návštěva realizovala v návštěvní místnosti, na oddělení či v areálu ústavu.

Při eventuálním přeložení dítěte do jiného zdravotního zařízení byli rodiče neprodleně informováni písemně či telegramem.

Propuštění dětí a matek

O propuštění dítěte a matky rozhodoval ředitel v případě, že pominuly důvody pro pobyt v ústavu, byla-li zrušena ústavní výchova nařízena soudem, pokud si matka osvojila základní ošetrovatelské postupy či se zacvičila v rehabilitaci.

Dítě se propouštělo s kompletní propouštěcí zprávou, se záznamem o psychomotorickém vývoji, rehabilitaci a sociální zprávou. Před propuštěním bylo informováno příslušné oddělení péče o děti, obvodní dětský lékař, případně bylo předáno do péče dětského neurologa, do pohybové či jiné speciální poradny.

Zemřelo-li dítě v ústavu, byla nařízena pitva na patologickém oddělení za přítomnosti lékaře z ústavu. [Kojenecký ústav: 1986]

Dokumentace

Každému přijatému dítěti byla založena osobní složka, ve které byl příjmový list, list laboratorní a každodenní zdravotní záznamy s ordinacemi. Nedílnou součástí byl záznam o psychomotorickém vývoji dítěte s pravidelným měsíčním hodnocením sestry a výchovným plánem na další období. Sociální pracovnice vedla agendu o každém dítěti

s pečlivými záznamy o korespondenci, návštěvách a jednáních s příslušnými institucemi.

Současně byl veden záznam o úhradě nákladů za péči v ústavu, která se rodičům stanovovala dle vyhlášky č.124/67 Sb.

„Podstatná část umístěných dětí v ústavu /37%-40%/ je hendikepovaných. Proto jsme vypracovali návrh na zřízení Dětského centra pro ohrožené děti a postižené děti Pardubicka pro KÚ ve Veské, na které by navazoval DD v Holicích.

Dětské centrum bude poskytovat péči dětem ohroženým a postiženým a jejich rodinám od nejtítlejšího věku pro zachování funkce této rodiny, spolupráce s ní, zaučení rodiny do úplné péče o hendikepované dítě. Dalším cílem je péče o zanedbané a týrané dítě s následným řešením situace. Současně chceme navázat na zkušenosti v osvojování dětí ve všech formách náhradní rodinné péče a zaměřeni se na vyhledávání osvojitelských a pěstounských párů pro dítě osamělé a hendikepované s následnou poradní službou.

Rozpracovaný návrh na zřízení Dětského centra je na Okresním úřadě odboru sociálních věcí a zdravotnictví /JUDr. Čičko, vedoucí odboru zdravotnictví a sociálních věcí/.

Kojenecký ústav ve Veské přijímá děti z pěti okresů, je proto potřebné vstoupit do jednání s příslušnými okresními úřady a informovat je o stavu KÚ a nabízených službách, včetně návrhu na zřízení Dětského centra“. [Dětské centrum: 1992]

1.4 Období 1992 – současnost Dětské centrum

Dětské centrum Veská, jako nástupnická organizace Kojeneckého ústavu, vzniklo 1.1.1992 jako příspěvková organizace Okresního úřadu Pardubice s vlastní právní subjektivitou delimitací tehdejšího Okresního ústavu národního zdraví Pardubice.

Zařízení je určeno pro děti se syndromem CAN², děti opuštěné, hendikepované i děti s nařízenou ústavní výchovou. [Dětské centrum: 1992]. V zařízení jsou ubytováni i rodiče dětí, zejména matky, pokud to vyžaduje jejich problémová zdravotní nebo sociální situace. Ubytovací kapacita se později rozšířila i o azylové bydlení.

²Child Abuse and Neglect - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

V 90. letech zařízení přijímalo i vážně nemocné děti na žádost rodičů, respitní péče³ se rozvinula až kolem roku 2000. V současné době jsou přijímány hendikepované děti, kdy je často zdravotní postižení velice závažné a v Dětském centru je takovým dětem poskytována komplexní péče.

Mezi další klienty Dětské centra patří v současné době také nezletilé matky, které jsou zde vedeny pod odborným dohledem zdravotních sester k péči o svoje dítě a také jim je umožněno navštěvovat odborné učiliště v Pardubicích a tím si připravit podmínky k budoucímu samostatnému životu. Mají k dispozici velmi dobře vybavenou a zmodernizovanou kuchyň, kde se učí připravovat stravu pro sebe i dítě.

Důvody k přijetí dítěte do zařízení

„Klasické rozdělení na důvody zdravotní, zdravotně sociální a sociální je v určitých případech těžké rozlišit, neboť děti původně přijaté ze sociálních důvodů po prostudování příslušné dokumentace skrývají těžké zdravotní problémy. Velice často jde o kombinaci těchto dvou jednotek a také dochází ke změně důvodů přijetí během pobytu dítěte do zařízení“. [DC Veská: 2012]

Důvody, proč je dítě do DC přijímáno, jsou velice podobné od samého vzniku Dětského centra ve Veské. Většinou převažují zdravotní důvody a velice často se důvody zdravotní a sociální prolínají a nelze přesně určit jednoznačný závěr [DC Veská: 2012].

Mezi nejčastější zdravotní diagnózy přijímaných dětí patří dětská mozková obrna s těžkou psychomotorickou retardací, mnohočetné vývojové anomálie, děti s chromozomálními odchylkami, po neuroinfekci s následným postižením CNS, děti s trvalými následky po porodní asfyxii, novorozenecký abstinenci syndrom. Tyto děti jsou vždy vážně hendikepované a vyžadují komplexní lékařskou, ošetrovatelskou, rehabilitační i výchovnou péči s použitím technického vybavení.

³ Jedná se o soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech zdravotního stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Je výsledkem zejména úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. [Hanušová: 2006, 6]

Propouštění dětí

Důležitým ukazatelem, který Dětské centrum Veská sleduje, je umístování dětí do následné péče. Nejvíce dětí je umístováno zpět do vlastní nebo náhradní rodiny. Děti odcházejí i do jiných zařízení, např. zdravotnických, ústavů sociální péče, do azylových domů společně s matkou, do dětských domovů.

„Český právní slovník používá na místo pojmu adopce termín osvojení. Jedná se o specifický typ náhradní rodinné péče. Při osvojení přijímají manželé, či jednotlivci opuštěné dítě za vlastní a mají k němu stejná práva i povinnosti, jako by byli jeho rodiči. Osvojením tedy mezi osvojitelem a dítětem vzniká stejný vztah, jako mezi biologickými rodiči a vlastními dětmi. Vztahy dítěte k jeho původním rodičům zanikají. Osvojené dítě získává příjmení svých nových rodičů. Pokud je jeho věk ještě hodně nízký, může mu být na základě rozhodnutí osvojitelů změněno i křestní jméno.“ [Šanderová: 2011, 13]

„Pěstounská péče je jakousi formou smlouvy mezi státem, který převzal dohled nad výchovou dítěte, a rodinou, jež toto dítě do výchovy přijímá. Pěstouni nemají rodičovská práva a také nemají vůči dítěti vyživovací povinnost, tato práva a povinnosti zůstávají v biologickým rodičům. Pěstounská péče může být individuální v rodinách nebo skupinová v SOS vesničkách a podobných zařízeních. Podle platného zákona existuje i pěstounská péče na přechodnou dobu, v praxi se ale využívá zcela ojediněle. V současné době je však velký tlak na změnu legislativy, která by umožnila větší volnost při využívání různých forem pěstounské péče.“ [Zezulová: 2012, 16]

Pěstounská péče je v současnosti individuální, skupinová potom pouze v SOS vesničkách. Nově pak vzniká institut pěstounské péče na přechodnou dobu.

Členění DC Veská

Budova Dětského centra Veská je patrová, rozdělená na levé a pravé křídlo. V pravé části prvního poschodí se nacházejí dvě rodinné buňky (Žlutý a Zelený korálek), které zahájily svoji činnost v únoru roku 2010. Děti se v takovém prostředí cítí velmi dobře a lépe snášejí pobyt bez rodičů, než když byly přijímány na klasická oddělení. Buňky jsou samostatné jednotky, každá z nich má dvě ložnice pro 4 – 5 dětí a obývací pokoj. Samozřejmostí je moderně vybavená kuchyň i koupelna s pračkou i sušičkou a děti zde vnímají jednotlivé činnosti tak, jako by byly prováděny v domácím prostředí.

V centrální části budovy je ředitelna, rehabilitace a pokoj pro dvě matky s dětmi. V levém křídle prvního poschodí je oddělení novorozenců a těžce postižených dětí, laboratoř, kancelář výchovné sestry, kuchyň matek a kartotéka.

V přízemí vlevo najdeme oddělení starších dětí, ekonoma zařízení a hospodářku, mléčnou kuchyň, kde se připravuje strava pro nejmenší děti. V pravém křídle je zázemí pro personál, velká kuchyň pro zaměstnance a velké děti, místnost pro švadlenu, kanceláře vedoucí sestry, sociální a personální pracovnice.

Rodinnou buňku (Červený korálek) najdeme v samostatné budově. Tyto prostory byly zrekonstruovány a otevřeny 1. 2. 2006 a odstartovaly budování „minibytů“ v DC. Buňka má kapacitu 5 dětí a také zde je poskytována odborná ošetrovatelská péče.

V další samostatné budově jsme na začátku roku 2008 zahájili provoz Domova pro matky s dětmi – Trojlístek. Je zde možno umístit až 6 matek s jejich dětmi. Toto zařízení využíváme také při krátkodobých pobytech náhradních rodičů, kterým je svěřeno dítě do pěstounské péče nebo adopce. Rodiče mají možnost sžít se s novým dítětem a zároveň mají jistotu pomoci ošetřujícího personálu.

Nedílnou složkou Dětského centra je i ambulantní péče pro děti se speciálními potřebami a pro děti v náhradních rodinách. Zařízení jim poskytuje poradenskou činnost, zejména v oblasti sociálně-právní, zdravotní, fyzioterapeutické i pedagogicko-výchovné.

Dětské centrum Veská také poskytuje svým klientům řadu dalších služeb - hiporehabilitaci, canisterapii, snoezelen⁴ místnost, bazální stimulaci. Pro starší děti je v DC denní stacionář – Veselý domeček, kde je s dětmi rozvíjena rozumová, tělesná, výtvarná i hudební činnost a jehož kapacita je 10 dětí. [DC Veská: 2002]

⁴Pojem snoezelen vznikl kombinací slov z holandského „snuffelen“ (čichat) a „doezelen“ (dřímat). Takto zařízená místnost dává za cíl rozvoj všech smyslů, a to pomocí např. barevných a pohyblivých světelných efektů pro zrak, relaxační hudby pro sluch, aromaterapie pro čich, vodní postele pro rozvoj uvědomování si vlastního těla atd. Tuto terapii využívají děti s vývojovými vadami, děti matek závislých na návykových látkách včetně kouření, děti s obtížným adaptačním procesem. [RVP: 2011]

Způsob financování Dětského centra Veská

Zákon přesně definuje financování provozu a služeb poskytovaných dětskými centry. Toto financování je vícezdrojové a zahrnuje:

- finanční prostředky od zřizovatele (Pardubický kraj)
- dávky státní sociální podpory na dítě
- příspěvek rodičů na respitní nebo denní pobyt
- příspěvek rodičů na péči o dítě, umístěné v DC
- příspěvek budoucích osvojitelů při zácvikovém pobytu
- dary od sponzorů

Chtěla bych se zastavit u dalšího důležitého zdroje financování – sponzorských darů. Přijímáme je od firem i od fyzických osob, jsou materiální i finanční. Výše finančních darů se pohybuje od minimálních částek až po statisícové příspěvky.

Všechny dary jsou evidovány a bývají použité na provozní záležitosti, jako např. rekonstrukci mléčné kuchyně, úpravu zahrady, vybudování nových rodinných buněk. V současné době se finanční dary soustřeďují na jeden účet, ze kterého bude již brzy financována rekonstrukce prvního oddělení. Vznikne tak nové zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Budou vybudovány dvě samostatné bytové jednotky, ve kterých bude ubytováno maximálně 10 dětí. Celkem zde bude pracovat 4-5 pracovníků v nepřetržitém provozu v jedné samostatné buňce. Výrazně tím snížíme riziko citové deprivace dětí.

„Konkrétní situace, za nichž dochází nejčastěji k psychické deprivaci dítěte, mohou být velmi rozmanité a složité. Vedle vlastního nedostatku příležitosti k ukojení základních potřeb uplatňují se v nich různou měrou i určité formy hygienického, výživového a sociálního zanedbání, abnormální traumatizující postoje dospělých, různé konfliktní situace apod.“
[Langmajer a Matějček: 2011, 73]

2. SOUČASNOST V DĚTSKÉM CENTRUM VESKÁ – PROBLEMATIKA NASTUPUJÍCÍCH ZMĚN V SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANĚ DÍTĚTE

2.1 Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti

Dne 19. ledna 2009 projednala vláda materiál „Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti – základní principy“. Tento materiál byl dalším krokem v procesu sjednocování systému práce s ohroženými dětmi a rodinami a je dílčím naplněním úkolů uložených Analýzou současného stavu institucionálního zajištění péče o ohrožené děti. [MPSV: 2009]

Cílem transformace kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do tří let, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, diagnostických ústavů a výchovných ústavů je rozšíření poskytovaných služeb směrem k poskytování komplexní, ucelené péče o dítě, podpora péče rodinného typu a podpora práce s rodinou dítěte umístěného v zařízení. Celá reforma vychází z Národního akčního plánu (NAP), který byl Vládou České republiky schválený v červenci roku 2010. Jednotlivá opatření vyplývající z NAP se ověřovala Olomouckém, Karlovarském, Zlínském a Pardubickém kraji. Výsledky analýzy posloužily pro zavedení nového systému řízení ochrany ohrožených dětí a také pro Národní akční plán na další období 2012 – 2013, který, mimo jiné, zahrnuje zrušení ústavní péče do konce roku 2013 u dětí do tří let [MPSV: 2009].

Vědecká rada České lékařské komory přesto nesouhlasí:

„Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let, případně dětská centra, jsou odbornými zdravotnickými zařízeními a nelze je obratem změnit na zařízení sociálně-právní ochrany, tedy například na zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Tím by došlo k výraznému zhoršení lékařské a ošetrovatelské péče, neboť zařízení sociálně-právní ochrany nejsou – na rozdíl od zařízení zdravotnických – vybavena lékaři, klinickými psychology, fyzioterapeuty a dalšími odborníky z řad ošetrujícího zdravotnického personálu.“ [Zdravotnické noviny: 2012]

Z mého pohledu musím souhlasit s Vědeckou radou ČLK. V praxi jsem se setkala s těžce hendikepovanými dětmi, které vyžadují 24hodinovou intenzivní péči, zajištěnou odborným personálem. Tracheostomie, perkutánní endoskopická gastrostomie, těžké formy DMO, fetální alkoholový syndrom a jiné závažné diagnózy

téměř neumožňují umístit dítě do pěstounských rodin. Oponenti ale tvrdí, že nemocné dítě patří do nemocnice. Realita je však taková, že nemocnice si ponechá na akutním lůžku takto problémové dítě jen po nejnutnější dobu, kdy se stabilizuje jeho aktuální problém.

2.2 DC Veská jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

S rokem 2013 přichází řada změn, které se týkají problematiky poskytování služeb v kojeneckých ústavech a dětských centrech. V souladu s novelou Zákona o sociálně právní ochraně dítěte, která je platná od 1. 1. 2013 podalo naše zařízení během měsíce února žádost na Krajský úřad Pardubice o oficiální schválení Dětského centra Veská jako Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále jen ZDVOP). Již od roku 2006 jsme děti na ZDVOP přijímali, ale v souladu se zákonem jde nyní o oficiální přiznání statutu zařízení na základě vydání pověření k výkonu sociálně-právní ochrany dítěte.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) připravilo novelu zákona o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Tato novela vešla v platnost od 1. 1. 2013. V rámci této novely se upravují zařízení sociálně-právní ochrany, mezi které patří:

- a) zařízení odborného poradenství pro péči o děti,
- b) zařízení sociálně výchovné činnosti,
- c) zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
- d) výchovně rekreační tábory pro děti.

„Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku (§ 15), jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobné nutné péči.“ [Zákon č. 401/2012 Sb.]

ZDVOP se řídí již zmiňovaným zákonem o sociálně-právní ochraně dítěte. Proto v DC Veská dojde k několika změnám - abychom legislativu respektovali a naplnili. Naší prioritou bude vybudovat další rodinné buňky, které budou určené pouze pro ZDVOP. Kapacitu budou mít 10 lůžek pro děti od novorozeneckého věku a 4 lůžka pro děti s matkami. Na 4 děti ve ZDVOP bude zajišťovat osobní péči 1 zaměstnanec, proto je nutné navýšení personálních kapacit. Musíme být připraveni na různou věkovou skupinu dětí (dětí do 18 let věku), abychom jim zajistili komplexní odbornou i pedagogickou péči.

2.3 Dětské centrum Veská a pěstounská péče

Hlavním cílem novely o sociálně – právní ochraně dítěte je umožnit, aby děti vyrůstaly v prostředí, které se co nejvíce přiblíží rodinnému zázemí. Novela by také měla posílit ochranu před zneužíváním, týráním a zanedbáváním dětí. V neposlední řadě se v novele odráží nové podmínky pro pěstounskou péči.

„MPSV připravilo návrh, který upraví zákon o rodině a umožní tak svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu, jako alternativu k péči ústavní. Podmínkou k umístění dítěte do této péče by měl být fakt, že se dítě vrátí zpět ke svým rodičům nebo příbuzným, nebo bude svěřeno do péče náhradních rodičů. Hlavním kritériem, které umožní pěstounskou péči na přechodnou dobu, bude zdravotní stav dítěte. Vzhledem k tomu, že do pěstounské péče budou moci být svěřovány i děti krátce po narození, počítá novela také s tím, že pěstouni, kteří se budou o dítě starat, budou muset splňovat odborné předpoklady (vzdělání a odborná praxe)“.
[MPSV: 2004]

Na tomto místě uvádím názor většiny zaměstnanců DC Veská, že dítě patří do rodiny. Také z historie je patrné, že toto zdravotnické zařízení prioritně umísťovalo děti do rodin, ať již biologických nebo náhradních. Ale pěstounská péče na přechodnou dobu nebo profesionální pěstounská péče, o které se v současnosti hovoří, nemusí vždy znamenat pozitivum pro dítě. Je mnoho nezodpovězených otázek, na které reaguje jak laická tak i odborná veřejnost:

- Nebudou se profesionální pěstouni rekrutovat z řad nezaměstnaných, kteří budou mít motivaci finanční, nikoliv z přesvědčení?
- Najde se dostatek profesionálních pěstounů?

- Nebudou některé děti končit na ulici, když budou problémové a pěstounům nebudou vyhovovat?
- Jak se pěstoun smíří s faktem, že dítě, jemu svěřené do péče, po několika týdnech nebo měsících odejde do definitivní rodiny? A jak se s tímto vyrovná dítě?
- Pokud by dítě nemělo příliš citově přilnou k pěstounům, jak jsem v březnu letošního roku slyšela od jednoho existujícího pěstouna, nebylo by lepší, kdyby zůstalo několik málo týdnů ve zdravotnickém zařízení typu dětského centra, kde by mu byla provedena diagnostická vyšetření a pak by se zdravotním doporučením odcházelo?
- Přijmou profesionální pěstounské rodiny hendikepované dítě?
- Přijmou profesionální pěstounské rodiny dítě jiného etnika?

Je řada dalších otázek, které se staví do protikladu s profesionální pěstounskou péčí.

Již nyní osm až devět procent pěstounů selhává, a to hlavně vinou špatného výběru a mizivé podpory zvenčí. Krachu by měla zabránit pečlivější příprava, ovšem text schválené novely nic takového nezaručuje.

„Z novely vymizela možnost, aby organizace pověřené k výkonu sociálně-právní ochrany dětí mohly samy organizovat vyhledávání žadatelů, vytvořit dobrý výcvikový program a žadatele vyškolit a vycvičit. Tuto povinnost zákon ponechává jen na krajských úřadech, jak tomu bylo dosud. Nyní je však příprava a vyhodnocení žadatelů na velmi nízké úrovni“,

kritizuje ředitelka Institutu náhradní rodinné péče Petra Vrtbovská, která jinak novelu považuje za nutnou a vítanou. [Šperkerová: 2012, 35]

2.4 Úspěchy a změny v Dětském centru Veská

Personální změny

Za dobu existence DC se navýšil počet rehabilitační pracovníků o jednu sílu, přijal se dětský psycholog, dvě sestry se vyčlenily pro práci na Veselém domečku. Přijala se druhá sociální pracovníce, jejíž pracovní náplní je péče o matky.

Přístrojové vybavení

Vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu přijímaných dětí s těžkým hendikepem jsme vybavili DC odsávačkami, oxymetry, nebulizátory, BP lampou, zvlhčovači vzduchu, monitory dechu. Zakoupili se přístroje k diagnostice – CRP, glukometr. Pro lepší péči hendikepovaných dětí slouží velká polohovací lůžka a vozíky pro tyto děti.

Materiálové vybavení

Na všech odděleních došlo k pořízení spotřebních předmětů, které usnadňují každodenní činnost sester. Z větších věcí bych mohla jmenovat shoz prádla, výtah na jídlo, bazén s míčky, vodní bazén na 1. oddělení. V roce 2012 jsme od Krajského úřadu Pardubice převzali zrekonstruovanou digitalizovanou kotelnu na hlavní budově.

Vznik nových pracovišť

Mezi pracoviště nově vybudované patří denní stacionář Veselý domeček, rodinné buňky (Korálky), ambulance, azylové ubytování (Trojlístek).

Nové ošetřovatelské trendy

S přijímáním hendikepovaných dětí si personál DC Veská musel osvojit nové ošetřovatelské postupy podle současných zásad medicíny. Péče se dotýká ošetřování dětí s tracheostomií, perkutální endoskopickou gastrostomií, diabetes 1. typu, polyvalentní potravinovou alergií, DMO, dermorespiračním syndromem včetně bronchiálního astmatu a také péče o děti s V-P shuntem.

Nové služby a aktivity pro děti a rodiny s dětmi

Návštěvy v DC Veská nejsou omezeny, pro naše děti pořádáme dvakrát ročně ozdravné pobyty, máme k dispozici hiporehabilitaci, canisterapii, muzikoterapii, bazální stimulaci, metodu Snoezlen.

DC Veská otevřené široké veřejnosti

Velmi vyhledávané jsou Pohádkové pochody – denní a noční, kterých se zúčastní pravidelně kolem dvou stovek dětí z Pardubicka se svými rodiči a příbuznými. V létě zveme děti na dětský den, spolupracujeme se mateřskou školou v Sezemicích a společně s nimi pořádáme akci Hledání velikonočního zajíčka nebo drakiádu. Naše děti se těší z každoročního karnevalu a výletů do okolí. Pro pěstouny pořádáme Den pro pěstouny, širokou veřejnost zveme na Dny otevřených dveří a Posezení u vánočního stromu.

Nesmím zapomenout na výuku praktikantů a stážistů ze středních škol se zaměřením na sociální a zdravotní oblast, z Univerzity Pardubice, Univerzity Hradec Králové, Masarykovy univerzity v Brně, Univerzity sociálních studií z Olomouce a mnohých dalších. [Výroční zprávy DC Veská z let 1992-2012]

3. PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkum v bakalářské práci jsem rozdělila na část popisné statistiky, která přiblíží počty přijímaných a propuštěných dětí a jejich důvody, a také počty umístěných matek. Tuto část použiji k výzkumu, zda bude popisná statistika korespondovat s názory respondentů.

V druhé části bakalářské práce si kladu za cíl zjistit postoje veřejnosti, zastoupené 6 respondenty. Za úkol jsem si kladla zjistit informovanost účastníků šetření, zda budou názory na danou problematiku rozdílné nebo shodné a do jaké míry. Pozornost jsem zaměřila na otázky pěstounské péče, existence dětských center a kojeneckých ústavů.

3.1 Výzkumné otázky

Otázka 1.: Odrazily by se změny v sociální pomoci slabším rodinám v počtech přijímaných dětí ze sociálních důvodů?

Otázka 2.: Bude dostatek pěstounů i pro množství přijímaných dětí ze zdravotních důvodů?

Otázka 3.: Dá se ze zjištěného počtu propuštěných dětí do různého prostředí zjistit, zda bude pěstounská péče přínosem?

Otázka 4.: Přáli by si oslovení účastníci rušení Kojeneckých ústavů a Dětských center?

Otázka 5.: Vnímají respondenti pozitivně profesionalizaci pěstounů?

Otázka 6.: Mohu na základě získaných dat a poskytnutých rozhovorů vyvodit kladný závěr o prospěšnosti setrvání Dětského centra Veská?

3.2 Metodologie výzkumu

K dosažení cíle závěrečné práce a ověření stanovených otázek jsem vybrala tyto postupy a metody:

Část – popisná statistika:

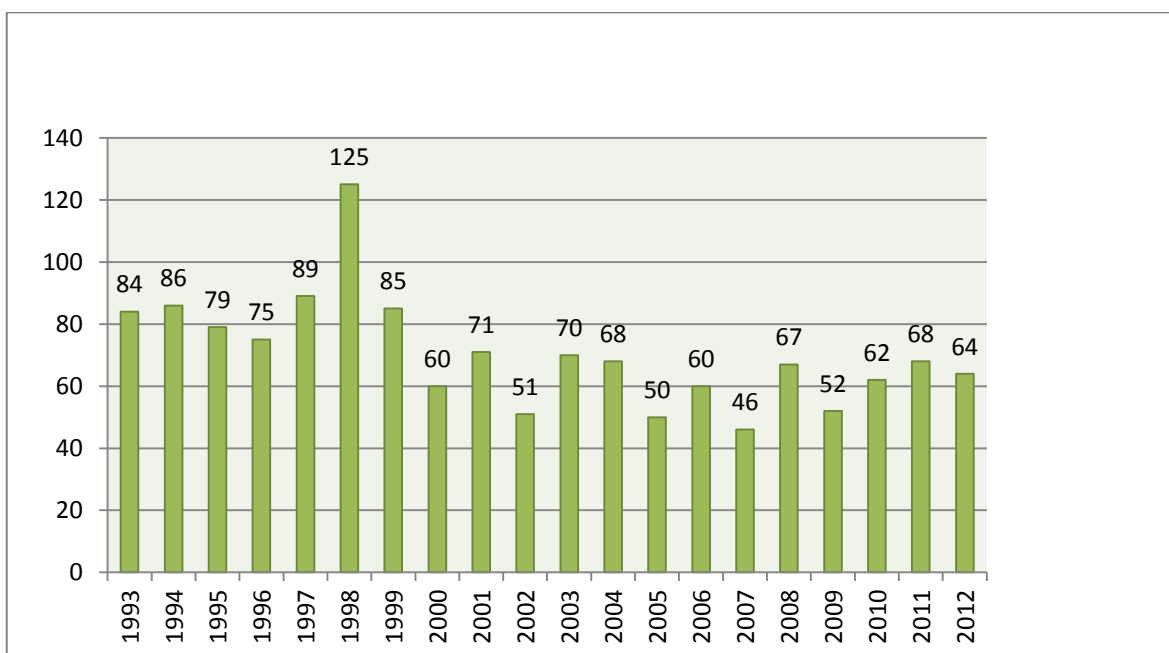
- stanovení cíle
- studium interních norem, směrnic a zpráv Dětského centra Veská, jejich zpracování

Část – standardizovaný rozhovor:

- stanovení cíle
- formulace otázek
- sběr informací pomocí standardizovaného (řízeného) rozhovoru individuální formou
- analýza získaných informací, zpracování a zhodnocení rozhovorů
- zhodnocení, zda bude popisná statistika korespondovat s názory oslovených účastníků rozhovoru, odpověď na výzkumné otázky.

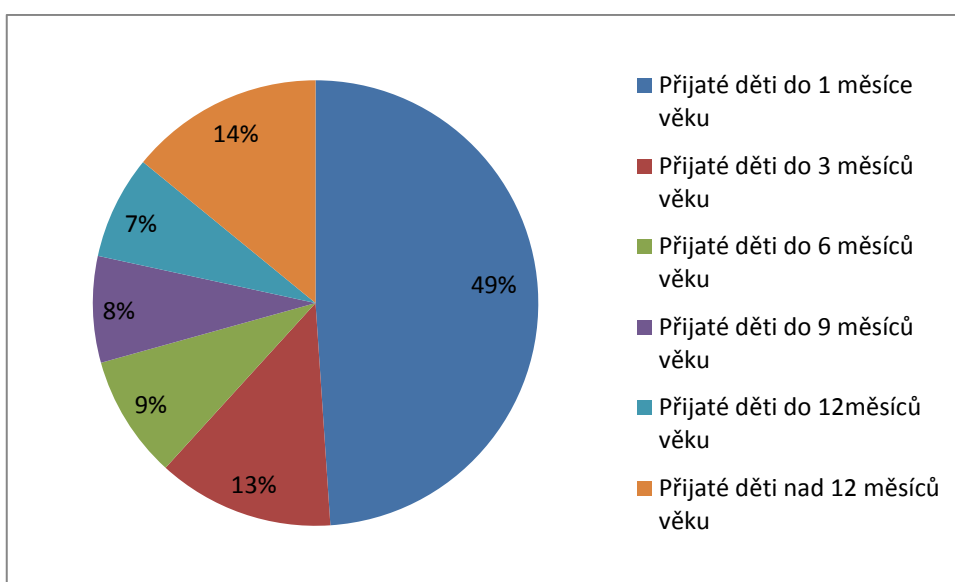
V praktické části jsem se zaměřila na sběr informací, které jsem vyhledala z různých interních zdrojů Dětského centra Veská. Dále jsem oslovila 6 lidí s různou mírou vztahu k Dětskému centru Veská, abych zjistila, co si o problematice kojeneckých ústavů, dětských center, pěstounských rodin i novele zákona o sociálně právní ochraně dítěte myslí. Pojítkem mezi nimi bylo vysokoškolské vzdělání, abych zajistila adekvátní srovnání jejich výpovědí.

3.3 Praktická část



Obr. 1 Graf celkového počtu přijímaných dětí (Příloha B, zdrojová tabulka č. 5)

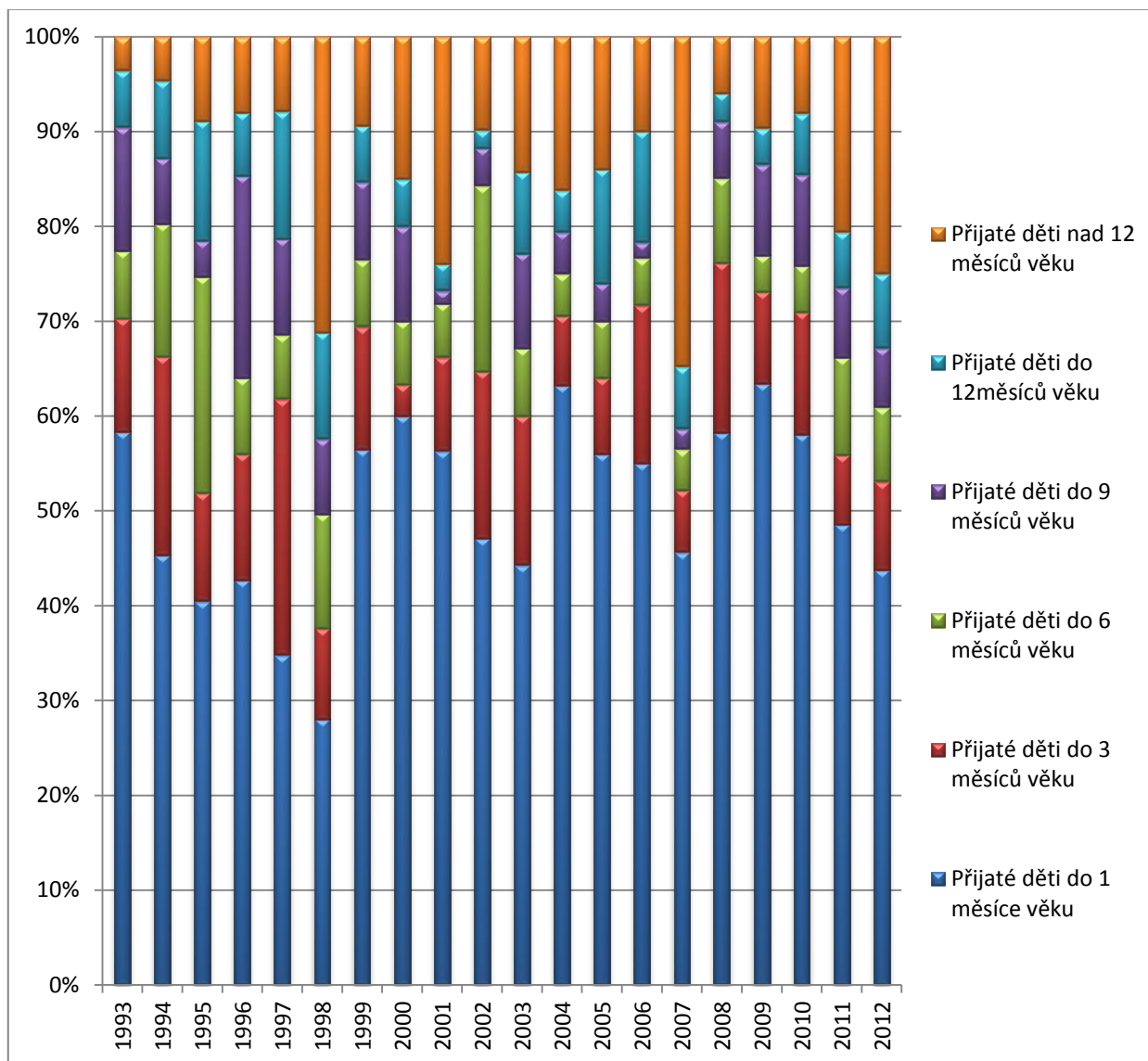
Z grafu na obr. 1 je patrná lehce se snižující tendence počtu přijímaných od roku 2000. V posledních 10 letech je počet přijímaných dětí stabilní.



Obr. 2 Graf věkového složení přijímaných dětí (Příloha B, zdrojová tabulka č. 4)

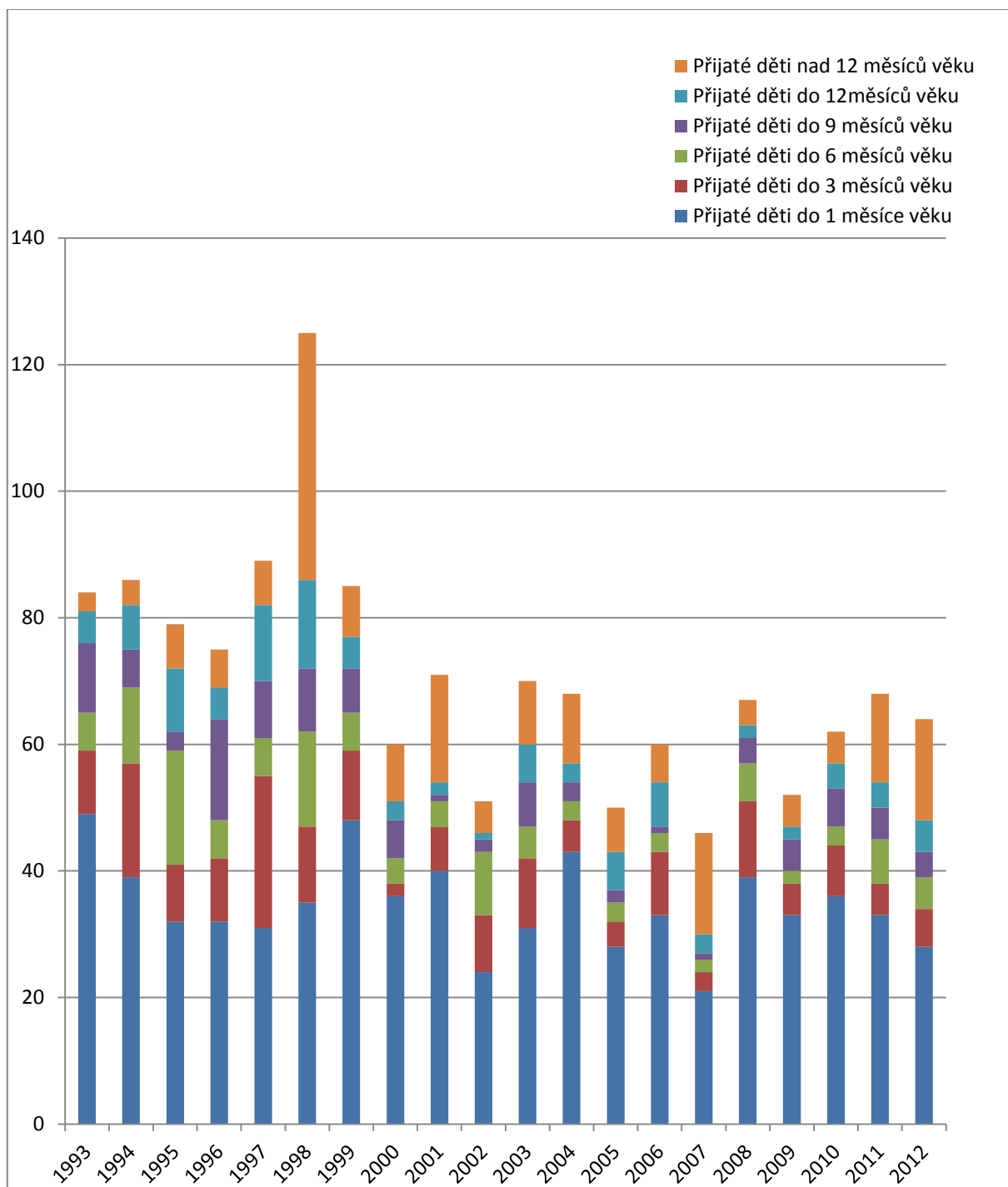
Graf na obr. 2 znázorňuje věkové složení přijatých dětí za celé období existence Dětského centra Veská.

Téměř polovinu tvoří děti do 1 měsíce věku, pak následují děti nad 12 měsíců, dále děti do 3 měsíců věku. Naopak nejméně početnou skupinou jsou děti ve věku do 12 měsíců.



Obr.č.3 Graf věkového složení přijímaných dětí v jednotlivých letech (Příloha B, zdrojová tabulka č. 4)

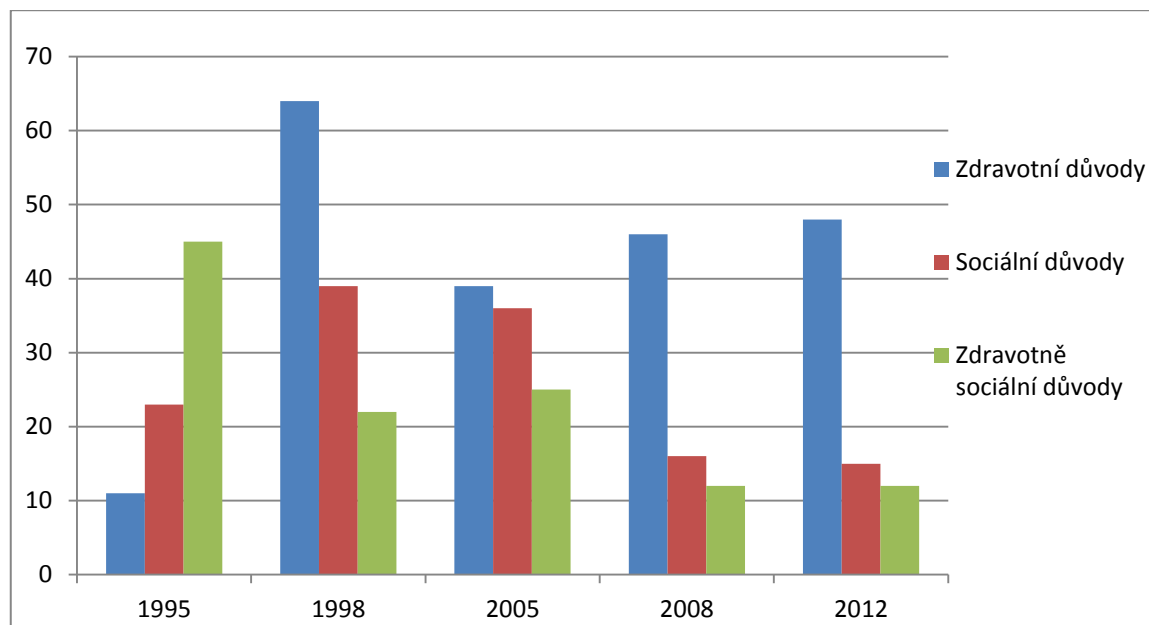
Z grafu na obr. 3 je patrné, že za 20 let existence Dětského centra Veská jsou nejčastější kategorií přijímaných dětí do 1 měsíce věku. Významným ukazatelem je rostoucí množství přijímaných dětí nad 12 měsíců věku.



Obr. 4 Graf počtu přijímaných dětí – věkové rozložení (Příloha B, zdrojová tabulka č. 4)

Graf na obr. 4 nám zachycuje, kolik dětí bylo přijímáno v jednotlivých letech a současně děti kategorizuje dle věku. Např. v roce 1998 bylo přijato celkem 125 dětí,

nejvíce bylo dětí do 1 měsíce věku a nad 1 rok. Nejméně dětí bylo přijato v roce 2007, opět nejpočetnější skupinou byly děti do 1 měsíce věku.



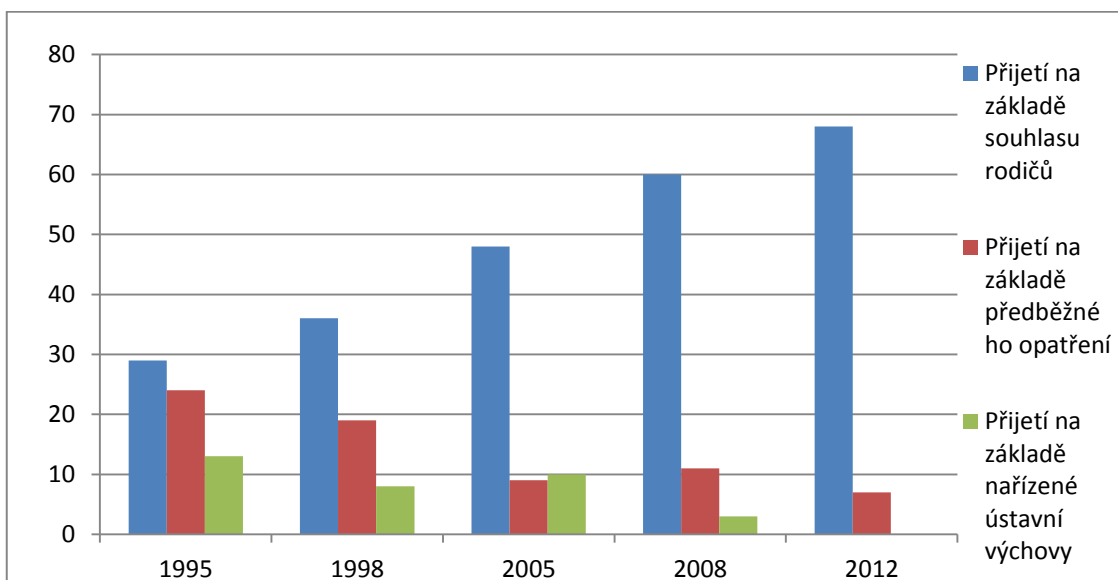
Obr. 5 Graf počtu přijímaných dětí podle důvodů přijetí (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 1*)

Graf na obr. 5 znázorňuje v dynamice času nejčastější důvody, pro které jsou děti přijímány do DC Veská v jednotlivých letech. Téměř vždy převažují důvody zdravotní. V roce 1995 jsme zaznamenali pokles dětí se zdravotní indikací. Od roku 2008 jsou sociální a zdravotně sociální důvody téměř na stejné úrovni. Dle metodiky ÚZIS jsou přesně stanovené důvody přijetí, ty ale mnohdy splývají, nelze je jednoznačně rozdělit. V grafu jsou patrné konkrétní počty přijímaných dětí. Tento graf koresponduje s otázkou rozhovoru č. 6, kdy největší shoda odpovědí byla v umístování dětí ze zdravotních důvodů a v otázce č. 10 jednoznačně respondenti odpověděli, že nelze zrušit tato zařízení z důvodu absence péče o hendikepované děti.



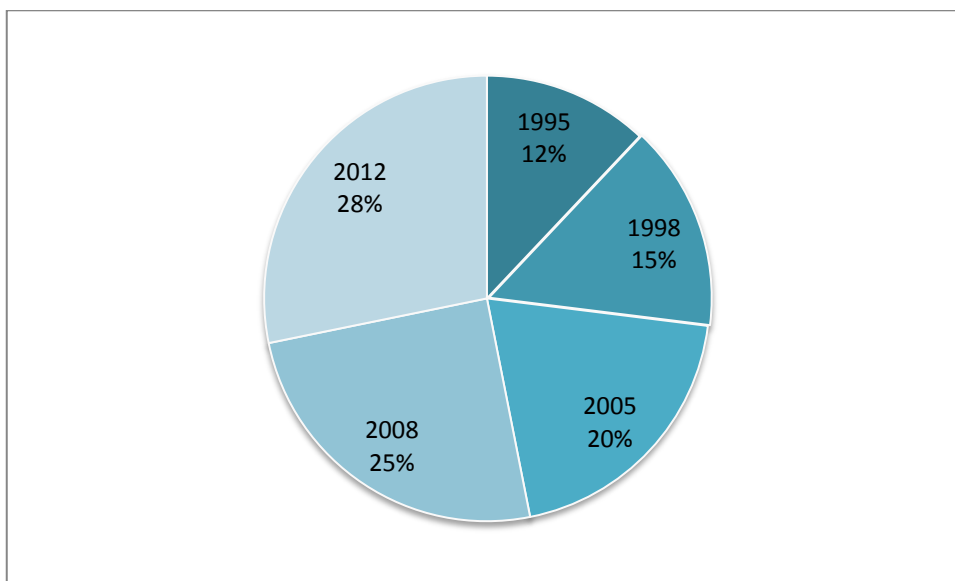
Obr. 6 Graf rozdělení přijímaných podle důvodů přijetí (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 1*)

Graf na obr. 6 znázorňuje rozdělení přijímaných dětí dle důvodů přijetí ve vytipovaných letech. Zatímco zdravotní důvody byly v roce 1995 jen těsně nad 10 %, od roku 2008 jsou nad 60 %.



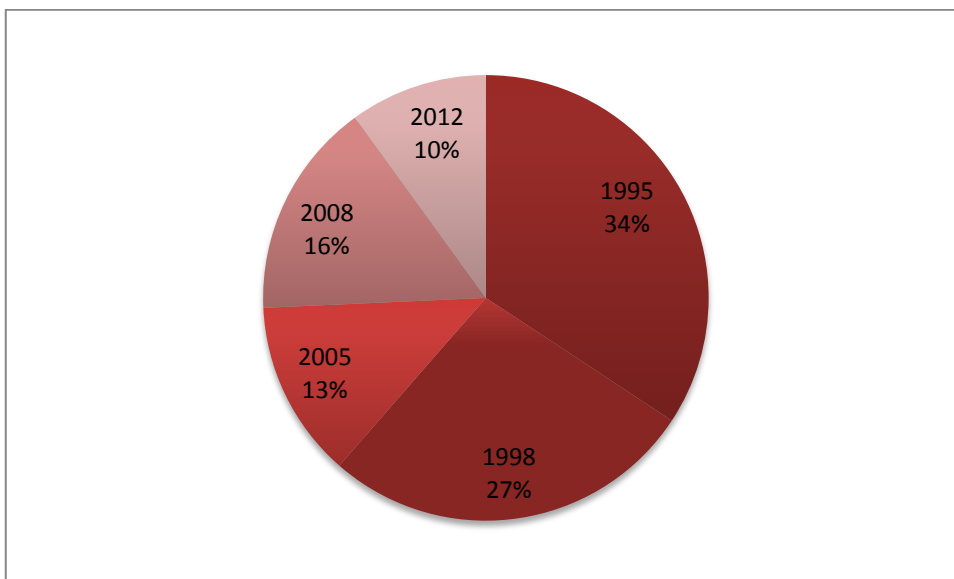
Obr. 7 Graf přijetí dětí na základě různých rozhodnutí (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 2*)

Na přehledovém grafu na obr. 7 je patrný poměr přijetí na základě různých rozhodnutí. V roce 2012 bylo téměř 70 dětí umístěno v DC Veská se souhlasem vlastních rodičů. Tato skutečnost by se mohla podchytit při umísťování dětí do pěstounských rodin, což koresponduje s otázkou rozhovoru č. 15. Dále i otázku č. 17 a č. 18 bych spojila s tímto grafem, neboť dlouhodobá podpora sociálně slabých rodin a sanace rodin by jistě přispěla k řešení problémů v rodinách a tak by se děti nemusely umístit v DC nebo KÚ.



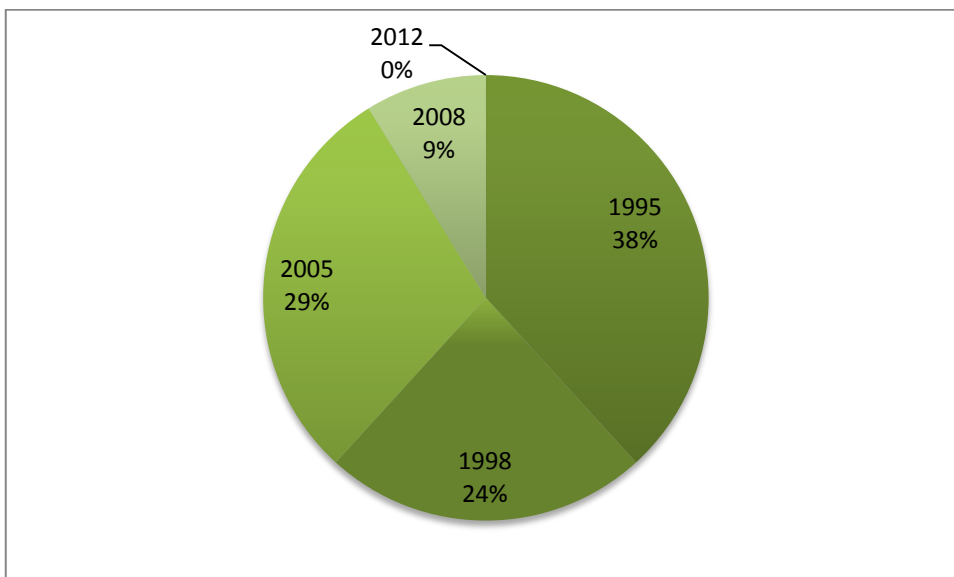
Obr.8 Graf přijatých na základě souhlasu rodičů (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 2*)

Graf na obr. 8 procentuálně znázorňuje přijetí se souhlasem rodičů. Od roku 1995 narůstá procento přijatých dětí, jejichž rodiče si jsou sami vědomi problémové situace.



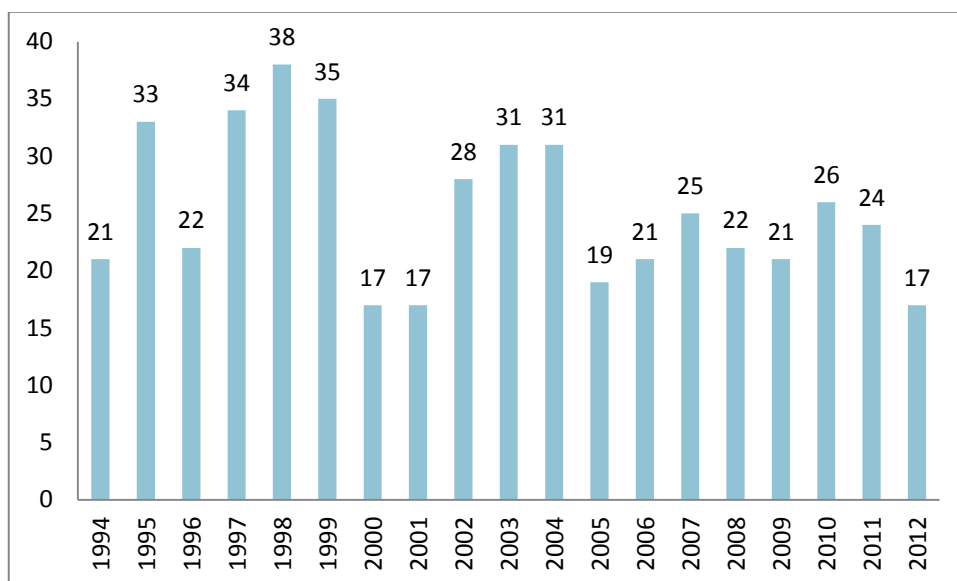
Obr. 9 Graf přijatých na základě předběžného opatření (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 2*)

Je velmi zajímavé, jakou část v roce 1995 tyto děti tvořily (obr. 9). Předběžné opatření je rozhodnutí soudu nebo správního orgánu v České republice, kterým jsou dočasně řešeny určité poměry, než je vydáno definitivní rozhodnutí. V roce 2012 tyto děti tvořily jen 10 %.



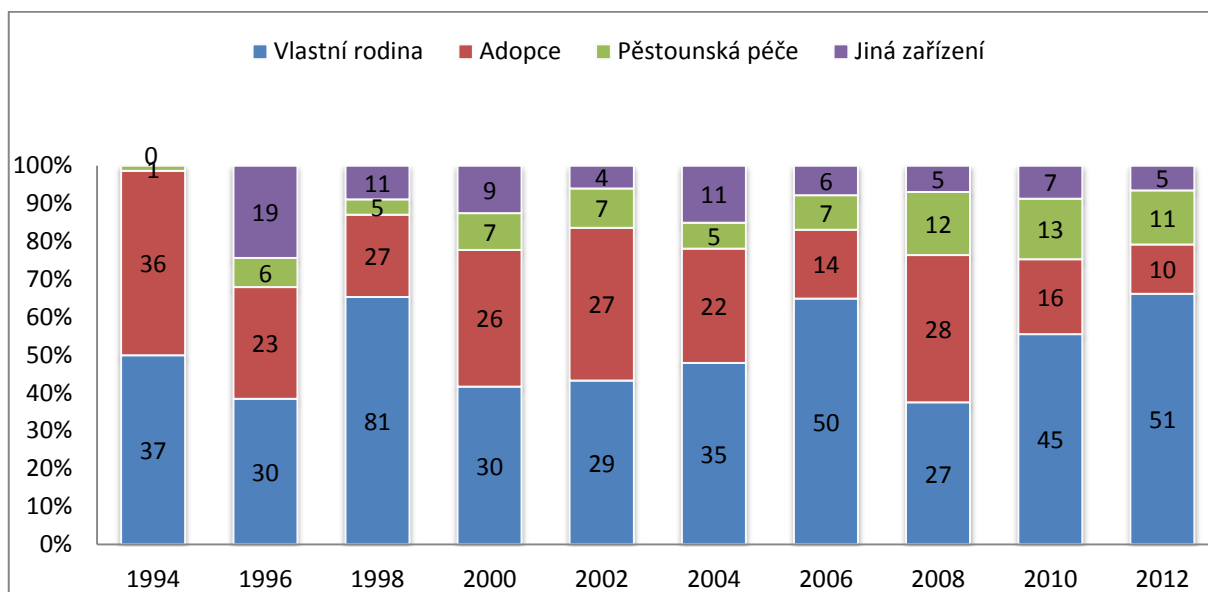
Obr. 10 Graf přijatých na základě nařízené ústavní výchovy (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 2*)

Pokud je výchova dítěte ohrožená nebo narušená, je nařízená ústavní výchova rozhodnutím soudu (obr. 10). V roce 2012 nebyl ani jeden případ nařízené ústavní výchovy v DC Veská a od roku 1995 dochází k poklesu tohoto nařízení. Z toho by se dalo usuzovat na zlepšení sociální politiky a pomoci sociálně slabým rodinám.



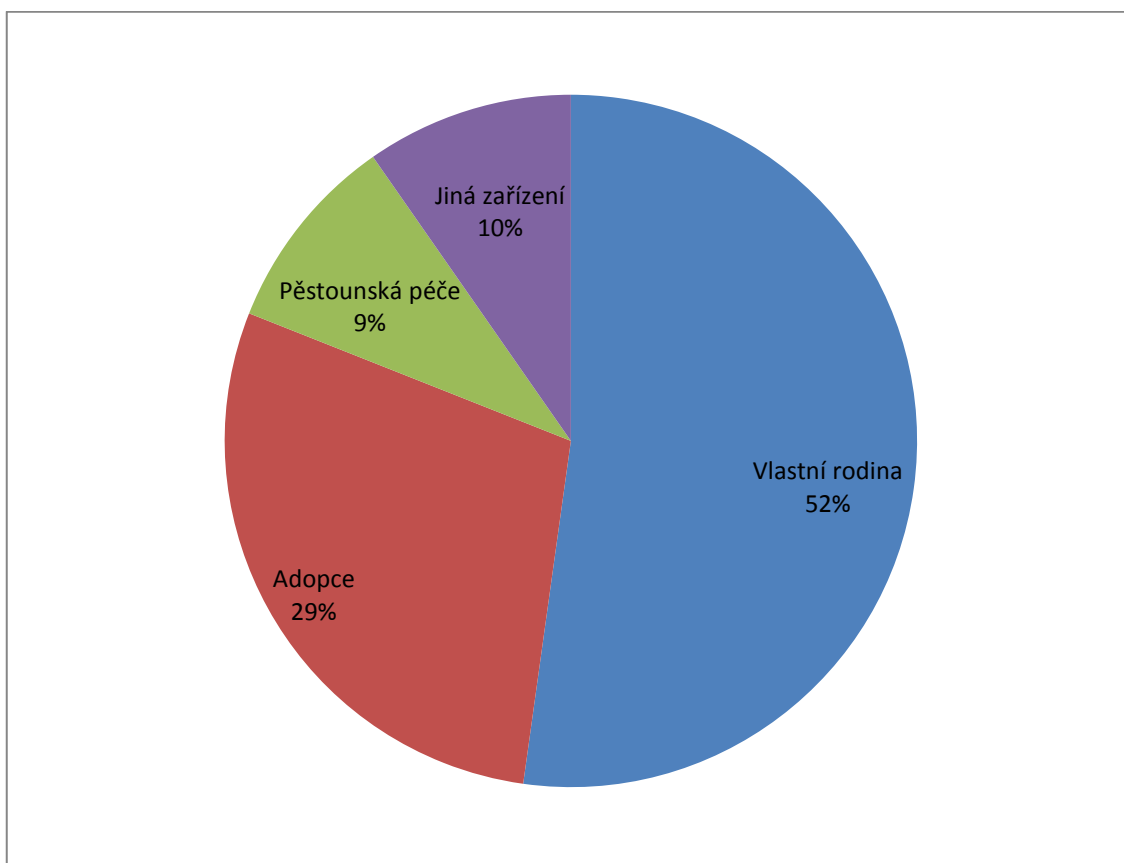
Obr. 11 Graf počtů přijímaných matek do DC Veská (*Příloha B, zdrojová tabulka č. 6*)

Počty přijímaných matek jsou opravdu rozmanité, tento ukazatel se pohybuje mezi 20 a 30 přijímaných matek ročně (obr. 11). Z tohoto ukazatele nelze vyvozovat žádné závěry, i když je tato služba velmi důležitá. Každý rok se najdou matky, které se v DC učí péči o vlastní dítě. Nedílnou součástí poskytování služeb je přijímání nezletilých matek, umožnění vzdělání a pomoc při vstupu do samostatného života. Tento graf bych přiřadila k otázce č. 17 a č. 18, neboť doprovázení rodičů, resp. matek z problémových rodin by mohlo vyústit k podchycení problémů a jejich včasnému řešení, např. příjem většího počtu matek s dětmi k zácviku rodičovských dovedností, získání jistoty v péči o dítě, podpora startovacích bytů pro tyto matky, podpora při hledání pracovních příležitostí apod.



Obr. 12 Graf zastoupení propuštěných dětí podle typu následné péče (Příloha B, zdrojová tabulka č. 7)

Nejvíce dětí z Dětského centra Veská se vrací do vlastní rodiny, poměrně velkou část tvoří adopce (obr. 12). Bohužel zde nejsou zastoupené děti, které se z vlastních rodin opakovaně vrací do Dětského centra Veská. Pěstounská péče je zatím zastoupená v minimálním počtu, ale pokud by se podařilo navýšit počet pěstounských rodin na přechodnou dobu (otázka č. 15), mnohé rodiny by si mohly s pomocí státu (otázka č. 17 a č. 18) vyřešit problémy a děti by se vracely do relativně stabilizovaného prostředí, čímž by se mohly odbourat opakované návraty z biologických rodin do DC Veská.



Obr. 13 Graf procentuálního zastoupení celkového počtu propuštěných dětí
(Příloha B, zdrojová tabulka č. 7)

Graf na obr. 13 znázorňuje počty propuštěných dětí za období existence Dětského centra Veská. Za dvacet let se děti vždy v největším počtu vracely do vlastní rodiny. Adopce tvoří také poměrně velkou část, naproti tomu pěstounská péče je velmi malé procento. Po novele zákona o sociálně právní ochraně dítěte se počítá s nárůstem počtu pěstounských rodin a tím by se mohl snížit počet dětí, u kterých rodiče dají souhlas s adopcí. Děti by bylo možné umístit do pěstounské péče na přechodnou dobu a stát by spolu s orgány sociálně právně ochrany dítěte pomohl sociálně slabé rodině vyřešit problémy.

3.4 ŘÍZENÉ ROZHOVORY - JEDNOTLIVÁ HODNOCENÍ

HODNOCENÍ ROZHOVORU Č. 1:

K.K. vystudovala Filozofickou fakultu a celý život pracovala jako pedagog na vysoké škole.

Paní magistra má v Dětském centru Veská umístěného vnuka, zdravotně postiženého a již třetí rok za ním intenzívně dochází. Tím pádem proniká do problematiky nejen tohoto zařízení, ale zajímají ji i změny spojené s připravující se transformací. Průměrnou dobu pobytu dítěte nezná, připouští možnost dlouhodobých pobytů s pozdějším umístěním dítěte do jiného zařízení pro starší děti.

Odhaduje, že by se počty dětí v těchto zařízeních mohly snížit jen u určité skupiny dětí, např. pokud jsou rodiče v nepříznivé ekonomické situaci, rodiče ve výkonu trestu. Zároveň odmítá snahy o rušení kojeneckých ústavů a dětských center z důvodů absence jiných institucí nebo rodin, které by se postaraly o postižené děti, připomněla problém těchto dětí, pokud se dostanou do nemocnic na akutní lůžka. Dále zmínila umístění nezletilých matek v těchto zařízeních.

Velmi zajímavý názor nastínila k profesionalizaci pěstounské péče, kdy očekává altruistický postoj k výkonu této činnosti. Dále se zabývá problémem s navázáním citového vztahu mezi pěstounem a dítětem a jeho zprůtrháním v momentě, když dítě odchází do jiné rodiny. Doslova zmiňuje šokové vykojení jak dítěte, tak i pěstounů. Hovoří i o problému komunikace mezi pěstouny a biologickou rodinou, která má stále práva na dítě. Připouští, že by profesionální pěstounská péče mohla nahradit péči ústavní v těch případech, kdy jsou děti v těchto zařízeních jen dočasně.

Hlavní výhodu dětského centra vidí v odborném personálu, který zvládá ošetřit dítě s těžkým hendikepem a srovnává přístup personálu s přístupem příbuzných osob. Dalším kladem je vznik menších rodinných buněk, ve kterých se děti daleko lépe aklimatizují. Do budoucna by viděla zřízení poraden pro rodiče v rámci dlouhodobé péče o sociálně slabé rodiny a podporu těchto rodin v rámci bytové politiky a pracovního umístění.

HODNOCENÍ ROZHOVORU Č. 2:

M.K. má bakalářské vzdělání sociálního charakteru a pracuje jako sociální pracovnice pro náhradní rodinnou péči v Poradně pro rodinu Pardubického kraje.

Paní M.K. velice dobře zná problematiku kojeneckých ústavů, dětských center a hlavně pěstounské péče, neboť je pracovníkem pro náhradní rodinnou péči. Přesně má zmapované důvody přijetí dítěte do těchto zařízení. Také dobře vystihla dobu, po kterou je dítě umístěné v DC nebo KÚ s ohledem na jednotlivé důvody přijetí.

Domnívá se, že by se mohly snížit počty dětí, umístěných z jiných než zdravotních důvodů. Každopádně se postavila proti rušení těchto zařízení.

Objasňuje, kdo se může stát pěstounem, jaké musí splnit podmínky. Důležité je uzavírání dohod o pěstounské péči s příslušnými orgány státní správy i kontakt s biologickou rodinou a osobami dítěti blízkými. V podstatě každého pěstouna vidí profesionálem, vzhledem k problémům, které si s sebou dítě přináší. Problém vidí v umístění dětí na jeden rok v pěstounských rodinách, otázkou je, co se pak s dětmi stane dál, zda půjdou k jiným pěstounům nebo do ústavu, když by se nemohly vrátit do biologické rodiny.

Částečně se přiklání k názoru, že profesionální pěstounská péče by zcela mohla nahradit ústavní péči v těch případech, kdy se jedná o novorozence relativně bez problémů nebo u dětí, které odcházejí z biologické rodiny, která má čas na vyřešení svých problémů. Dále připouští i možnost, kdy se o zdravotně hendikepované dítě stará kvalifikovaný odborník, který je zároveň pěstounem. Upozorňuje na nemilou skutečnost, že se o dítě může zpátky přihlásit biologická rodina i po několika letech, které dítě stráví u pěstounů a vzájemně si k sobě naváží citový vztah. Co se týká finančního ohodnocení, vnímá tuto skutečnost jako pozitivní, která bude sloužit k zajištění pěstounů, což dříve nebylo v zákoně ukotveno a z tohoto důvodu se pěstounská péče u nás téměř nerealizovala.

Výhodu ústavního zařízení vidí v odborném personálu, který se stará o hendikepované děti a dále možnost přijetí početnějších sourozeneckých skupin v různém věku. V závěru rozhovoru hovoří paní M.K. o důležitosti sanace rodiny, dlouhodobé podpory i v době, kdy má rodina odebrané dítě do jiné formy náhradní

rodinné péče, odborné podpory ze strany státu i o nutnosti nastavení sítě pro sociálně slabé rodiny.

HODNOCENÍ ROZHOVORU Č. 3:

D.P. vystudovala lékařskou fakultu, dlouhá léta pracovala jako lékař a ředitel dětského centra.

Paní D.P. je odborník v první linii, neboť již desítky let pracuje v dětském centru, proto jsou její odpovědi vysoce profesionální a problematiku nastupujících změn velice pěkně objasňují.

Její zmínka o dětském centru jako o dětském domovu pro děti do 3 let z hlediska právního byla překvapením i pro mne. Přesně definuje, za jakých důvodů se děti do DC umísťují, připomíná, že vzhledem k novele zákona o sociálně právní ochraně dítěte, bude příjem z rozhodnutí soudu minimální.

Hovoří o tom, že zprůměrování doby, po kterou je dítě umístěno v zařízení, bude vždy zkreslené dlouhodobými pobyty, nejkratší doba pobytu je dva měsíce. Zdůrazňuje ideální stav, kdy by se dítě do zařízení vůbec nedostalo, ale pokud není vyhnutí, lépe se mu bude dařit v menších celcích.

K rušení kojeneckých ústavů či dětských center zvolila zamítavou odpověď a vysvětluje, že v současné době nově nastupující pěstouni chtějí spíše velmi malé děti, problémem jsou děti starší a v početnějších sourozeneckých skupinách. Právě tyto děti by hlavně potřebovaly pěstouny, než se státu podaří vyřešit jejich momentální problémová situace.

Paní ředitelka vysvětluje, jaké podmínky musí splnit pěstouni včetně charakterových vlastností, přiklání se k ideálnímu stavu, pokud pěstouni chtějí v první řadě cizímu dítěti pomoci a ne si tímto činem řešit nějakou vzniklou rodinnou situaci. Dohodu o pěstounské péči uzavírají s příslušným obecním úřadem a měli by být připraveni přijímat děti na přechodnou dobu. Připomíná také nutnost neustálého vzdělávání pěstounů.

Kritizuje velkorysé oceňování pěstounů a možnost odmítnout dítě a připomíná současnou nelehkou úlohu sociálních pracovníků, které rozhodují o setrvání či odebrání dítěte z rodiny, neboť umístění dítěte v kolektivním zařízení je až poslední možností. Připomíná riziko nedostatečně vyškolených pěstounů při přijímání dětí s různým hendikepem, a uvažuje, zda takové problémové dítě pěstoun zvládne.

V závěru rozhovoru připomíná práci soudů, které by měly upřednostnit kauzy, ve kterých jde o děti, zdůrazňuje doprovázení sociálně slabých rodin, zvýšení zaměstnanosti a podporu rodičům, kteří nezvládají výchovu svého dítěte.

HODNOCENÍ ROZHOVORU Č. 4:

K.P. vystudoval lékařskou fakultu, pracuje jako lékař a primář oddělení Pardubické nemocnice.

Pan primář vychází z vlastní zkušenosti, kdy si s manželkou adoptovali holčičku z DC Veská. Velice dobře zmapoval rozdíl mezi kojeneckým ústavem a dětským centrem, kdy do druhého jmenovaného zahrnul různé veřejně přístupné aktivity. Na otázku rušení kojeneckých ústavů či dětských center jednoznačně odpověděl záporně, zmínil tlak západních zemí a zdůraznil možnost umístění hendikepovaných dětí.

Průměrná doba pobytu umístěného dítěte v kolektivních zařízeních je různá, správně odhadl nejkratší dobu u velmi malých dětí, které jsou právně volné a jdou do adopce, u těžkého postižení dítě může v ústavu zůstat celý život.

Pan doktor zpochybnil rozdíl mezi financováním profesionálních pěstounů a lidmi z řad příbuzných, kdy se mezi nimi vytváří hluboká propast. Dále si myslí, že na finančně velmi dobře ohodnocenou pěstounskou péči nebude mít stát dostatek peněz. Připouští však myšlenku, že pokud by se sehnalo dostatečné množství pěstounů, mohla by tato péče nahradit péči v dětských centrech nebo kojeneckých ústavech. Vyzdvihuje umístění dětí do pěstounských rodin, za pozitivní klade rodinné zázemí se všemi činnostmi, které do sebe dítě automaticky vstřebává.

Připustil fakt, že by pěstounská péče mohla nahradit péči poskytovanou kojeneckými ústavami či dětskými centry, otázkou je dostatečné množství pěstounů. Vyzdvihnul pozitivum rodinného zázemí v případě pěstounské péče, nevýhod vidí ve finanční náročnosti této péče. Připomněl potřebu větší osvěty, aby pěstounů přibývalo.

Význam ústavních zařízení vidí v péči o nemocné děti, nemyslí si, že by se tato zařízení měla rušit.

V závěru připomněl spolupráci ústavů se sociálně slabými rodiči, potřebu pomoci při hledání pracovních příležitostí, sociálního zázemí, a to nejen rámci kraje, ale celé republiky. Dále se zmínil o problému, který by také mohl řešit stát - problém při hospitalizaci jednoho z rodičů.

HODNOCENÍ ROZHOVORU Č. 5:

J.S. vystudoval Farmaceutickou fakultu a poté doktorandské studium. V současné době pracuje jako primář oddělení Pardubické nemocnice a vykonává politickou funkci.

Odpovědi pana J.S. byly velice profesionální, což vyplývá se zkušeností s danou problematikou. Mezi dětská centra zahrnul různé organizace, které se dětem věnují, tento název nevztáhnul pouze na obdobu kojeneckého ústavu. V otázce, zda by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit, vyměnil slovo „měly“ za „mohly“, čímž tato věta dostala jiný rozměr a nevyzněla direktivně, upřednostnil adopci nebo pěstounskou péči, pokud to lze a naopak zvažil pobyt dětí se zdravotními indikacemi v zařízeních.

Na otázku rušení kojeneckých ústavů nebo dětských center jednoznačně odpověděl negativně, nastínil ale možnost využít tato zařízení k poskytování jiného spektra služeb, než je tomu doposud. Připustil možnost snížení počtu kojeneckých ústavů, kde převažuje zdravotní indikace přijímaných.

V profesionalizaci pěstounské péče vidí značnou nevýhodu ve finančním ohodnocení pěstounů, které jim náleží i tehdy, když ještě nemají žádné dítě v péči. I v přípravném období budou tito pěstouni dostávat nemalé finanční prostředky, pak se může stát, že taková rodina odmítne jedno až tři děti, ztratí sice dále možnost být pěstouny, ale po tuto dobu bude pobírat nemalé finance, což pro řadu rodin bude více než výhodné.

Pan doktor dále vyzdvihnul existenci dětských center z hlediska koncentrace odborníků, ale zároveň zdůraznil součinnost obou typů náhradní péče. U zdravotních indikací si není jistý, zda pěstoun zvládne tuto náročnou péči.

U výhod profesionální pěstounské péče hodnotil spíše teoretickou rovinu, vzhledem k momentální neexistenci této služby. Připustil možnost rychlejší adaptace dítěte na rodinné prostředí, na druhé straně vyslovil obavu poškození dítěte, pokud pěstouni nebudou dostatečně sebekritičtí a nebudou schopni komunikovat s odborníky. Jako velké nebezpečí vidí v pohledu na dítě jako na zboží.

Činnost dětských center nebo kojeneckých ústavů by se měla přesunout do oblasti ambulantní, terénní a kontaktní. Vedle sebe by měly fungovat jak pěstounské rodiny, tak tato zařízení, jen čas ukáže, v jakém poměru. Zdůraznil nebezpečí, kdy dítě vystřídá několik pěstounských rodin.

J.S. na otázku, jaké změny by navrhl v poskytování péče v KÚ nebo DC, ještě jednou připomněl otevření těchto zařízení ambulantní složce a změnu postojů těchto ústavů, které jsou konkrétně v Pardubickém kraji v běhu. Připomněl snahu rychlejšího umíst'ování dětí do rodin.

Zdůraznil velmi důležitý fakt, aby se děti co nejméně vracely z pěstounských rodin zpět do ústavů, v souvislosti s tímto připomněl rychlost rozhodování soudů a úprav legislativy. V neposlední řadě možnost pracovního výdělků pro sociálně slabé rodiny a dále otázku ghett, která by ve městech neměla vznikat, neboť se v nich koncentrují problémy.

HODNOCENÍ ROZHOVORU Č. 6:

R.S. vystudovala Vysokou školu pedagogickou a je učitelkou na základní škole.

Paní magistra odpovídala na otázky v rámci svých znalostí. Dětské centrum navštívila dvakrát se svými žáky a pozitivně hodnotila tuto možnost - přiblížit Dětské centrum Veská široké veřejnosti.

Průměrnou dobu pobytu odhadovala u novorozence, který jde přímo do adopce, na přibližně tři měsíce. Na otázku rušení KÚ nebo DC odpověděla záporně, nevidí formu jiné péče.

Citovou vazbu staví na první místo, proč by dítě mělo zůstat v pěstounských rodinách, nikoliv finance. Domnívá se, že vzhledem k malému množství pěstounů musí

existovat i kolektivní zařízení. Pokud by se snížil počet dětí a narostl počet pěstounů, tak připustila možnost, že by profesionální pěstounská péče mohla nahradit péči, poskytovanou v DC a KÚ.

Nebezpečí vidí ve vystřídání dítěte ve více rodinách nebo pokud by si profesionální pěstouni brali dítě jen na „otočku“ a pro peníze, pak připouští setrvání dítěte v ústavu jako lepší variantu. Pro ústavy by viděla možnost zvýšení počtu zaměstnanců, aby se uplatnil individuální přístup k dětem.

Paní magistra hovoří o pomoci sociálně slabým rodinám - naučit je řešit problémy, nabízet jim volná pracovní místa, zlepšit sociální politiku státu. Zároveň připomíná případy ze své učitelské praxe, kdy si za problémy mohou rodiče sami a o děti se nestarají.

3.5 ROZHOVORY - CEKOVÉ HODNOCENÍ

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

KK	1A
MK	1A
DP	1A
KP	1A
JS	1A
RS	1A

1A – vysokoškolské vzdělání

Všichni respondenti mají vysokoškolské vzdělání.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

KK	2C
MK	2B
DP	2C

KP	2A
JS	2C
RS	2B

2A – děti do 10 let

2B – děti od 10 let – 19 let

2C – vnoučata 4 měsíce – 15 let

Všech šest dotazovaných má vlastní děti nebo vnoučata, nejčastěji od 4 měsíců do 15 let. Určitě jiný pohled na fungování dětských center nebo kojeneckých ústavů bude mít bezdětný člověk, který se mezi respondenty neobjevil, a proto mohu usuzovat na podobné citové vnímání problému s odloženými dětmi.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

KK	3A, 3a
MK	3A, 3a
DP	3A, 3c
KP	3A, 3a
JS	3B, 3a
RS	3C, 3b

3A – zařízení pro opuštěné děti do 3 let

3B – zařízení tohoto typu zná

3C – zařízení pro opuštěné kojence

3a – navštívil/a jsem takové zařízení

3b - nenavštívil/a jsem takové zařízení

3c – pracuji v takovém zařízení

Čtyři respondenti si pod pojmem kojenecký ústav představili zařízení pro opuštěné děti do 3 let, čtyři dotazovaní navštívili podobné zařízení.

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

KK	4B, 4a
MK	4A, 4a
DP	4A, 4c
KP	4A, 4C, 4b
JS	4C, 4a
RS	4a

4A – obdoba kojeneckých ústavů

4B – zařízení, kde jsou mimo jiné i hendikepované děti

4C – širší význam pojmu dětské centrum

4a – navštívil/a jsem takové zařízení

4b - nenavštívil/a jsem takové zařízení

4c – pracuji v takovém zařízení

Tři ze šesti dotazovaných považují dětské centrum za obdobu kojeneckých ústavů a čtyři z nich navštívili podobné zařízení. Za zmínku stojí i dva respondenti, kteří pod dětské centrum zahrnuli také různá centra mateřská, rehabilitační nebo se speciálními službami.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

KK	5A
MK	5A

DP	5A
KP	5A
JS	5A
RS	5A

5A – nezájem rodičů, hendikepované děti

Všech šest respondentů jako důvod umístění dětí do těchto zařízení uvedlo nezájem rodičů a hendikepované děti. Z této odpovědi se dá usuzovat velmi dobrá informovanost oslovených účastníků o zmiňované problematice.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

KK	6A
MK	6B
DP	6B
KP	6B
JS	6B
RS	6B

6A – není mi známo

6B – u novorozence do adopce 2 – 3 měsíce

Tato otázka je náročná na odpověď, respondenti v podstatě tipovali, velmi správně usuzovali, že je těžké zprůměrovat dobu, když je každé dítě umístěno v těchto zařízeních z jiného důvodu, za jiných okolností. Čtyři respondenti však připomněli modelovou situaci novorozence do adopce, jehož průměrná doba pobytu jsou 2 – 3 měsíce. Z těchto odpovědí je jasný postoj více či méně zainteresovaných respondentů do problematiky umístování dětí.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

KK	7A, 7B
MK	7A, 7B
DP	7A
KP	7A
JS	7A, 7B
RS	7A

7A – převážně zdravotní personál

7B – pedagogický pracovník

Všech šest respondentů odpovědělo zdravotní personál a pro mne jsou překvapivé tři odpovědi o pedagogickém pracovníkovi, který zatím není tak častý v takových zařízeních.

Jistě se situace změní, zvláště u zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc, kde věkové složení dětí je od narození do 18 let a tyto děti se specifickými potřebami bude muset vést odborný pracovník z oboru pedagogiky.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

KK	8A, 8a
MK	8A
DP	8A, 8a
KP	8A, 8a
JS	8A, 8a

RS 8A, 8a

8A – v podstatě ano

8a – přijetí do náhradní rodiny, pěstounské péče

Všech šest respondentů se shodlo na názoru, že by se počty dětí měly nebo mohly snížit, pokud by fungovala instituce pěstounské péče.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

KK 9A, 9a

MK 9A, 9b

DP 9A, 9a, 9b

KP 9A

JS 9A

RS 9A

9A – nelze je zrušit

9a – nebude dostatek pěstounů nebo jiných institucí

9b – biologická rodina není schopna se o dítě postarat

Opět všichni respondenti kategoricky odmítli rušení KÚ nebo DC, shodli se na faktu, že nebude dostatek pěstounských rodin nebo podobných institucí, které by do své péče převzaly problematické dítě se zdravotním nebo výchovným hendikepem. Všichni oslovení zdůraznili potřebu těchto zařízení a zároveň připomněli nutnou přítomnost velmi odborného personálu.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

KK	10A, 10a
MK	10A, 10a
DP	10A, 10a
KP	10A
JS	10A, 10a
RS	10A, 10a

10A – ano, vím co je pěstounská péče

10a – uvádí podmínky, které musí pěstoun splnit

Všichni oslovení v podstatě dobře ví, co je zahrnuto pod pojem pěstounská péče a pět z nich uvedlo i podmínky, které pěstoun musí splnit, aby tuto službu mohl vykonávat. Politik a sociální pracovníce tuto otázku zodpověděli velice profesionálně.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

KK	11A
MK	11B
DP	11C
KP	11A
JS	11A
RS	11D

11A – vykonávání pěstounské péče za úhradu

11B – pěstouni musí uzavírat dohodu s příslušným úřadem

11C – pěstouni budou pečovat o dítě jen přechodnou dobu

11D - nebude dostatek pěstounů

Na tuto otázku se názory nejvíce rozcházejí, polovina považuje za hlavní změnu v systému poskytování péče finanční úhradu, sociální pracovníci vidí změnu v uzavírání dohody o péči s příslušným obecním úřadem, což před novelou nebylo, další respondent odpověděl, že pěstouni budou pečovat o dítě jen přechodnou dobu a také poslední respondent vyslovit obavu, že se nenajde dostatek pěstounů.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

KK	12B
MK	12C
DP	12A
KP	12A
JS	12A
RS	12A

12A - finanční ohodnocení bude bohužel prioritní

12B – nebezpečí citového strádání dětí i pěstounů po odloučení

12C – problém kam dítě umístit po 1 roce stráveného u pěstounů

Čtyři respondenti vyslovili obavu, že poměrně vysoké finanční ohodnocení bude prioritní před samotným posláním péče. Sociální pracovníci se zamýšlí nad tím, kam dítě půjde po uplynutí jednoho roku, který dítě stráví u pěstounů na přechodnou dobu, neboť tato doba je také uzákoněna v novele o sociálně právní ochraně dítěte.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech?

KK	13A
MK	13B

DP	13B
KP	13C
JS	13B
RS	13B

13A – jen částečně

13B – ne, nemohla

13C – ano, mohla

Čtyři respondenti odpověděli záporně, ale také jeden uvedl, že by určitě mohla nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

KK	14A
MK	14A, 14a
DP	14A, 14b
KP	14A, 14c
JP	14A, 14b
RS	14A, 14a

14A – individuální přístup, vliv rodiny

14a – nevýhodou je přechodná doba pobytu

14b – pěstouni si nebudou umět poradit s problémovými dětmi

14c – finanční náročnost pěstounské péče

Mezi výhody pěstounské péče všichni zúčastnění jednoznačně zařadili individuální přístup k dítěti a pozitivní vliv rodiny, mezi nevýhody uvedli stejnou měrou omezenou přechodnou dobu pobytu a fakt, že si pěstouni nebudou umět poradit s problémovými dětmi.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

KK	15A, 15a
MK	15A, 15a
DP	15A, 15a
KP	15A, 15b
JS	15A, 15c
RS	15A

15A – odborný personál

15a – nemožnost zajistit individuální péči

15b – absence povědomí dětí o klasickém životě

15c – relativně dlouhá doba pobytu v centrech

Všech šest respondentů se shodlo ve výhodě odborného personálu, který pracuje v dětských centrech, hlavní nevýhodu vidí v absenci individuální péče.

16. Jaké změny byste navrhla/navrhnul v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

KK	16A
MK	16A
DP	16B, 16C
KP	16D

JS 16E

RS 16B

16A – zřizování rodinných buněk

16B – dostatečně odborný personál

16C – materiálové vybavení

16D – více pěstounských rodin

16E – vytvoření ambulantních služeb

Také tato otázka poskytla nejvíce rozmanitých odpovědí, dva respondenti se shodli na nutnosti zřizovat nové rodinné buňky nebo malé celky, které přispívají k lepší individualizaci dětí. Další dva zúčastnění by v KÚ nebo DC zaměstnali odborný personál. Zbývající odpovědi se týkaly lepšího materiálového vybavení a možnosti oslovení více rodin nebo jednotlivců, kteří by se stali pěstouny.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

KK 17A

MK 17B

DP 17A, 17B

KP 17B

JS 17A

RS 17B

17A – rychlejší práce soudů

17B – dlouhodobá podpora rodin, sanace rodin

Čtyři respondenti se vyslovili pro dlouhodobou podporu sociálně slabších rodin a sanaci rodiny, což by určitě přispělo k zamezení umístování dětí do DC nebo KÚ, a také problém s vracením dětí zpět do těchto zařízení, pokud si je vezme do péče biologická rodina.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

KK 18A

MK 18A

DP 18A

KP 18A

JS 18B

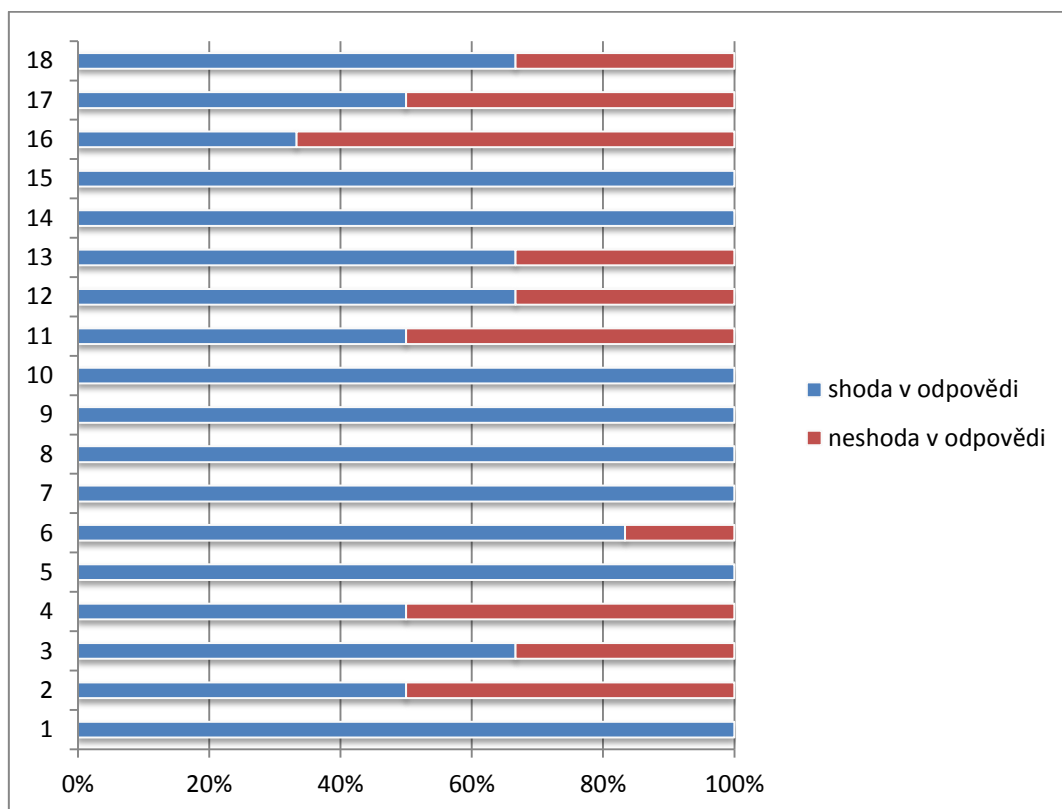
RS 18C

18A – trvalá spolupráce při řešení problémů v rodině, doprovázení rodiny, komunikace rodiny s odborníky

18B – nabídka alternativních prací sociálně slabým rodinám

18C – zlepšení sociální politiky státu

V těchto odpovědích zazněl fakt, že pouze finanční podpora těchto rodin mnoho nezmuže. Čtyři respondenti se vyslovili pro trvalou spolupráci při řešení problémů v rodině, skutečně opakovanou, nejen jednorázovou při aktuálním problému.



Obr. 14 Graf shodných odpovědí

V grafu na obr. 14 je znázorněna shoda odpovědí na položené otázky 1-18.

Tab. č. 1 Nejčastější odpovědi

Otázka č.:	Nejčastější odpovědi
1	Vysokoškolské vzdělání
2	Vlastní děti nebo vnoučata 4 měsíce - 15 let
3	Kojenecký ústav je zařízení pro opuštěné děti do 3 let
4	Dětské centrum je obdoba kojeneckých ústavů
5	Do dětských center a kojeneckých ústavů se umísťují děti z důvodu nezájmu rodičů, hendikepované děti
6	Průměrná doba umístění v DC nebo KÚ je u novorozence jdoucího do adopce 2 – 3 měsíce
7	V KÚ nebo DC pracuje převážně zdravotnický personál

8	Počty dětí v těchto zařízeních by se měly snížit
9	Nelze zrušit dětská centra nebo kojenecké ústavy
10	Ano vím, co znamená pojem pěstounská péče
11	Změny v pěstounské péči znamenají především vykonávání této služby za finanční úhradu
12	Finanční ohodnocení bude bohužel prioritní u nově vzniklých pěstounských rodin
13	Profesionální pěstounská péče by nemohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech
14	Hlavní výhodou profesionální pěstounské péče je individuální přístup k dítěti
15	Mezi hlavní výhodu dětských center patří odborný personál
16	V poskytování péči v KÚ/DC bych navrhnul/navrhla budování rodinných buněk, menších bytových jednotek
17	Dlouhodobá podpora sociálně slabých rodin by jistě přispěla ke snížení počtu umíst'ovaných dětí ze sociálních důvodů
18	Stát by měl poskytnout větší podporu při doprovázení a sanaci sociálně slabých rodin

V tabulce č. 1 jsou uvedeny nejčtenější odpovědi na jednotlivé otázky.

DISKUZE

V této bakalářské práci jsem zkombinovala popisnou statistiku se standardizovaným rozhovorem. Mohu shrnout, že v současné době se do ústavních zařízení umísťují děti hlavně z důvodu zdravotní indikace, což oslovení respondenti vnímají jako důvod, proč by se neměla rušit dětská centra nebo kojenecké ústavy. Z výzkumu vyplývá, že pokud by se zlepšila pomoc rodině ve smyslu doprovázení a sanace rodiny, určitě by se snížily počty dětí, které jsou z důvodu předběžného opatření nebo ústavní výchovy umístěné v pobytových zařízeních. Bohužel se nikdo s oslovených respondentů nedomnívá, že by se našel dostatek pěstounů na přechodnou dobu, kteří by se postarali o děti, které musí být umístěné v ústavech. Zatím ani novela zákona o sociálně právní ochraně dítěte nezpůsobila žádný příliv těchto žadatelů o pěstounskou péči.

Velké procento dětí se vrací zpět do biologické rodiny, víme však o případech, kdy se naopak děti vrací zpět do DC Veská, ale bohužel přesné záznamy chybí. Kdyby pro ně fungovala pěstounská péče na přechodnou dobu, mohly by mít rodinné zázemí a nemusely by pobývat v ústavu.

Kojenecké ústavy a dětská centra vždy budou mít svůj význam pro společnost. Všichni oslovení respondenti jsou zásadně proti rušení těchto zařízení, pokud budou děti zvláště s těžkým zdravotním hendikepem a pokud se tato zařízení transformují na nový systém poskytování služeb.

Profesionalizace pěstounů naráží na úskalí finančního ohodnocení, určitě se respondenti přiklánějí k odměně za tuto činnost, zatím ale velký problém spatřují v poměrně vysoké odměně, která bude pěstounům vyplácena ještě v době, pokud dítě mít nebudou. Zaznívá zde názor, že pokud si chce pěstoun vzít dítě, má to udělat z vlastního přesvědčení a ne z toho důvodu, že si tím na nějaký čas finančně přilepší.

Je několik důvodů, proč by se Dětské centrum Veská nemělo rušit. Stará se o těžce hendikepované děti, provádí diagnostiku dětem, které jdou do adopce, poskytuje útočiště matkám a dětem, vyžadujícím okamžitou pomoc. Odborný personál se snaží

přiblížit dětem rodinné prostředí tak, aby dítě netrpělo citovou deprivací. I méně zainteresovaný respondent rozhodně popřel snahy o rušení těchto zařízení.

Shrnutí odpovědí na výzkumné otázky:

Otázka 1.: Odrazily by se změny v sociální pomoci slabším rodinám v počtech přijímaných dětí ze sociálních důvodů?

ANO

Otázka 2.: Bude dostatek pěstounů i pro množství přijímaných dětí ze zdravotních důvodů?

NE

Otázka 3.: Dá se ze zjištěného počtu propuštěných dětí do různého prostředí zjistit, zda bude pěstounská péče přínosem?

ANO, BUDE PŘÍNOSEM

Otázka 4.: Přáli by si oslovení účastníci rušení Kojeneckých ústavů a Dětských center?

NE

Otázka 5.: Vnímají respondenti pozitivně profesionalizaci pěstounů?

NE

Otázka 6.: Mohu na základě získaných dat a poskytnutých rozhovorů vyvodit kladný závěr o prospěšnosti setrvání Dětského centra Veská?

ANO

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se pokusila přiblížit význam Dětského centra Veská, seznámit s historií tohoto zařízení a nastínit nastupující změny, které se týkají zajištění péče o ohrožené děti.

Podářilo se mi zmapovat historii Dětského centra Veská od 20. let minulého století do současnosti a podat ucelený pohled na vývoj tohoto zařízení. Takto zpracované téma se nikde nevyskytlo, v tom vidím pozitivní přínos práce pro zaměstnance i pro případné zájemce a návštěvníky DC Veská.

Během vývoje Dětského centra Veská došlo k řadě změn, jak v materiálním zabezpečení, personálním obsazení i v rozsahu poskytovaných služeb. V současné době je aktuální zejména další rozvoj terénních a ambulantních služeb v souladu s novelou o sociálně právní ochraně dítěte, která je platná od ledna letošního roku.

Všichni si přejeme více dětí ve vlastních rodinách. Ze zkušenosti však víme, že ne vždy se to daří. Chci tak upozornit na nezastupitelnou úlohu dětských center pro současnost i budoucnost naší společnosti v kontextu s transformací v systému ústavní péče o ohrožené děti.

Do své práce jsem si vybrala pro standardizovaný rozhovor účastníky, kteří mají nějaký vztah k Dětskému centru Veská. Snažila jsem se zjistit, jak jsou informováni o probíhajících změnách, jak vnímají existenci dětských center i kojeneckých ústavů, zda by pěstounská péče mohla nahradit péči v těchto zařízeních. Některé fundované odpovědi a zajímavé názory bych chtěla využít pro větší informovanost nejen našich zaměstnanců. Pokud budeme podrobně znát problematiku, které se věnuji v této práci, nebudeme zaskočeni změnami, které přicházejí poměrně rychlým tempem.

Ze statistických ukazatelů i z rozhovorů, které jsem zaznamenala, bych mohla s určitostí vyvodit závěr, že zařízení podobného typu, jako je Dětské centrum Veská, vždy bude mít v naší společnosti své místo.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ

Dokumenty a periodika:

FISCHER, Slavomil; ŠKODA Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. 1.vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-78-4

Chorobopisy dětí umístěných v KÚ v letech 1960-1980. Veská: Kojenecký ústav, 1960-1980.

Chorobopisy matek z let 1979-1988. Veská: Kojenecký ústav, 1979-1988.

Komentář k činnosti KÚ a statut KÚ za rok 1991. Veská: Dětské centrum, 1992.

LANGMAJER, Josef; MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2011. ISBN 978-80-264-1983-5.

LENDEROVÁ, Milena; RÝDL Karel. *Radostné dětství?: Dítě v Čechách devatenáctého století*. 1.vyd. Praha : Paseka, 2006. ISBN 80-7185-647-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

Pamětní kniha zdravotní osady ve Veské. Veská: Zdravotní osada, 1952

ŘÍČAN, Pavel; KREJČÍŘOVÁ Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SAKAŘ, Josef. *Dějiny Pardubic nad Labem. Díl I., část 1 a 2*. Nákl. města Pardubic, 1920

ŠANDEROVÁ Petra. *Tělesnost jako významný faktor procesu adopce: kulturně antropologický problém*. 1.vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7419-046-9

ŠPERKEROVÁ, Marcela Alföldi. Zlatonosní opuštěnci. *Euro* 2012, č. 36, s. 32. ISSN 1212-3129

Technická zpráva Dětského centra Veská. Veská: Dětské centrum, 2001.

Technická zpráva Dětského centra Veská. Veská: Dětské centrum, 2006.

Technická zpráva Dětského centra Veská. Veská: Dětské centrum, 2011.

Účetní uzávěrka z roku 1972. Veská: Kojenecký ústav, 1973.

Vnitřní směrnice o přijímaných dětech z roku 1979. Veská: Kojenecký ústav, 1979.

Výroční zpráva Kojeneckého ústavu za rok 1985. Veská: Kojenecký ústav, 1986.

Výroční zpráva Dětského centra Veská za rok 1992. Veská: Dětské centrum, 1993.

Výroční zpráva Dětského centra Veská za rok 2011. Veská: DC Veská, 2012.

Zákon č. 401/2012 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí

ZEZULOVÁ, Dagmar. *Pěstounská péče a adopce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0065-9.

Zpráva o činnosti Kojeneckého ústavu za rok 1963. Veská: Kojenecký ústav, 1964.

Zpráva o činnosti Kojeneckého ústavu z rok 1982. Veská: Kojenecký ústav, 1983.

Elektronické zdroje:

Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011. [online]. 2009. [cit. 2009-01-19]. MPSV. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7710/Narodni_akcni_plan.pdf

Nová éra kojeneckých ústavů. In: *Zdravotnické noviny* [online]. 2012 [cit. 2012-11-22]. ZDN. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/nova-era-kojeneckych-ustavu-467882>

Novela zákona o sociálně-právní ochraně dětí bude děti více chránit: Tisková zpráva. [online]. 2004 [cit. 2004-08-31]. MPSV. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/259/310804.pdf>

SNOEZELEN. In: *Metodický portál RVP* [online]. 2011 [cit. 2011-07-02]. RVP. Dostupné z WWW: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/S/Snoezelen

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Rozhovory s respondenty

Příloha B Zdrojové tabulky

PŘÍLOHA A: ROZHOVORY S RESPONDENTY

ROZHOVOR Č. 1:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

Nejvyšší vzdělání je Filozofická fakulta, většinu života jsem pracovala jako pedagog a nyní jsem v důchodu.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

Mám jednu dceru a dvě vnoučata, vnučka 12 roků a vnuk 4 roky.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Donedávna jsem neměla pojetí, co si mám pod tímto termínem představit, ale domnívala jsem se, že se do takového zařízení umísťují děti po narození, které buď nemají rodiče a nebo si je nikdo nechce vzít do adopce. Jsou zde děti od narození do 3 let. Nikdy jsem v takovém zařízení nebyla.

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Nyní už vím, že existují i dětská centra, což většina lidí vůbec netuší, všichni tato zařízení nazývají kojenecké ústavy nebo zřejmě dětské domovy. A navštívila jsem jej poprvé tehdy, když naše rodina hledala zdravotnické nebo jakékoliv zařízení, které se postará o těžce postiženého vnuka, který nemůže být v domácí péči. Nyní vím, že kromě novorozenců jsou zde i děti těžce postižené, které potřebují stálou zdravotnickou péči, že jsou zde děti, o které se rodiče z nějakého důvodu starat nemohou a nebo nechtějí.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

V předchozí otázce jsem na toto téma již hovořila, možná existují i jiné důvody, jako například domácí násilí apod.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

Nemám ponětí, jaká je tato doba. Domnívala jsem se, že pokud si někdo dítě nevezme do adopce nebo do pěstounské péče, tak je v zařízení tak dlouho, dokud to dovoluje věk a poté se přemísťují do nějakého podobného zařízení pro starší děti. Takže je to určitě hodně individuální.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

V těchto zařízeních jsou lékaři, sestry, vychovatelé, pedagogové a sociální pracovníci z toho usuzují, že kvalifikační požadavky jsou zde jako v jiných podobných zařízeních v našem státě.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

Nad touto otázkou velice váhám, neboť nemám ponětí, kolik dětí v podobných zařízeních v našem státě je. Ale v souvislosti s tím, jak se o tomto problému v současné době velmi hovoří, snad by se některé děti mohly dostat do vlastní nebo náhradní rodiny dříve, ale v jakém procentu nedokážu posoudit. A důvod snížení počtu dětí by byl určitě jen tam, kde rodiče v současné době nejsou natolik zralí nebo nejsou v takové příznivé ekonomické situaci, aby se o dítě mohli starat, mezi další důvody patří o rodiče ve výkonu trestu.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

Když zvážím všechny důvody, pro které se děti do dětského centra nebo do kojeneckých ústavů umísťují, domnívám se, že nelze je zrušit, protože nebude dostatečné množství rodin nebo jiných institucí, které by se o ně postaraly, a pak jsou tam postižené děti, což je i moje zkušenost, které nemohou být stále v nemocnicích na jednotce intenzivní péče a nemohou být ani v rodině, protože je to otázka dohledu 24 hodin denně. Také jsem se nezmínila o matkách, kterým je 14 nebo 15 let a s narozeným miminkem nemají kde bydlet.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

O pěstounskou péči jsem si v minulosti příliš nezajímala, až nyní, kdy se hovoří o změnách v zákonných normách a vyřešení situace v kojeneckých ústavech, ale vždy jsem rozlišovala, když si bezdětní manželé vezmou dítě do adopce nebo do pěstounské péče, zřejmě jde o lidi, kteří nemají vlastní dítě a chtějí se o ně starat. Samozřejmě pak musí projít zdravotními prohlídkami, psychotesty a hodnocení ekonomické situace rodiny, pak tam dítě může být umístěno.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

Diskutovaný problém v pěstounské péči se v poslední době značně medializoval, zřejmě jde hlavně o profesionalizaci pěstounů, což znamená, že by se o děti náhradní rodiče starali tak, jako by vykonávali zaměstnání a stát by jim platil. Čili nepřebírali by zcela zodpovědnost, ale vykonávali službu pro naši společnost.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

Domnívám se, že pokud si chtěl někdo vzít do pěstounské péče dítě, tak již to dávno udělal, a nečekal na to, až za to dostane téměř průměrný plat, jak jsem z médií zjistila. Myslím si, že by to měl být především člověk, který bude mít takový vztah k dětem a bude jim chtít pomoci, že se o ně bude starat za každou cenu. U profesionalizace mě spíše zaráží, že pěstoun má dítě jen po určitou dobu než se najde náhradní rodina – definitivní, nebo se vrátí do původní rodiny. A já zde vidím velký problém v citové oblasti. Dítě si vytvoří určitý vztah k pěstounům, předpokládejme, že v ideálním případě i ti pěstouni k dítěti zaujmou téměř rodičovský vztah. Pokud se má tento vztah po několika měsících nebo roce najednou zrušit, pěstouni dostávají další dítě do péče. Tak zde musí nastat naprostá šoková situace a psychické vykojení lidí, a to na obou stranách. Dále si neumím představit, pokud jsou stále nějaké rodičovské povinnosti, biologičtí rodiče nejsou zbaveni práv stýkat se s vlastním dítětem, jakým způsobem budou obě rodiny spolu komunikovat. Kdo bude řešit konflikty. A jak budou řešit vztah mezi případným vlastním dítětem a cizím, zda budou pěstouni natolik sociálně vyspělí, aby nedělali rozdíly mezi dětmi. Aby věděli, jak takové dítě mají vychovávat.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech?

Profesionální pěstounská péče by mohla nahradit péči v těchto zařízeních u dětí, které jsou v dětských centrech nebo kojeneckých ústavech jen dočasně a je jasné, že se brzy vrátí zpět biologickým rodičům, např. kdy se matka uzdraví atd.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

Každé dítě je individualita, a proto se k němu musí i takto přistupovat, je dítě, které není typ pro kolektivní zařízení, těžko se s ním pracuje, musí se mu někdo věnovat někdo zvlášť. Tak pro tyto děti má určitě pěstounská péče velký význam. Ale jsou děti, které se přizpůsobí mnoha okolnostem, a těm pobyt v těchto zařízeních příliš nevadí.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

Velkou výhodou je vysoce odborný personál, který dokáže řešit problémy u všech vad, které děti mají a přistupují k tomu jako odborníci, ne jako babička nebo teta. Nevýhodu bych viděla pokud je to zařízení větší a jsou tam umístěné děti, které nesnášejí toto prostředí, jsou různě hendikepované, např. neslyšící. Tak individuální péči asi nelze dost dobře zajistit.

16. Jaké změny byste navrhla/navrhnul v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

Natolik do toho nevidím, ale domnívám se, že velice progresivní jsou menší rodinné buňky pro děti, které vyrůstají v prostředí blízkému rodinnému, zároveň je tam různá věková skupina, jedno může druhému pomoci. Dále by zde mohly být i poradny pro rodiče, které děti neumí nebo nechťejí vychovávat, něco jako poradny pro rodinné

vztahy, protože pokud jsou jednou za čas za sociální pracovníci na nějaký úřad, pak to není trvalá práce s rodiči.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

Pokud jde o děti, které jsou volné a jdou do adopce, pak by soudy měly pracovat velice rychle. Aby děti netrávily v ústavech delší dobu, než je nezbytně nutné. Dále z tisku vím, že pokud již mají pěstouni o dítě zažádáno, nemohou si vybírat. Pak ten vztah může rušit nějaký předpoklad, např. vzájemné sympatie.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

Těchto rodin je mnoho, nejedná se jen o rodiny, které umístí dítě do ústavu. Péče a opatření státu by měla být pro všechny rodiny totožná. Ať je to podpora zaměstnání nebo bytová politika, nechci tvrdit, že by to měly být ubytovny, ale nějaký dohled nad těmito rodinami by měl být. Již jednou situaci nezvládli, případně jim dítě muselo být odebrané, tak proč by dál neměly být pod nějakou kontrolou. Spolupráce s rodinami by měla být čít dál větší.

ROZHOVOR Č.2:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

Nejvyšší vzdělání je bakalářské a v současné době jsem sociální pracovníce pro náhradní rodinnou péči v Poradně pro rodinu Pardubického kraje.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

Mám 4 děti ve věku 25 let, 23 roky, 16 let a 13 let.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Kojenecké ústavy jsem navštívila, je to zařízení, které pomáhá dětem v období, kdy nemohou vyrůstat ve své biologické rodině a jsou zde umístěné děti od narození do tří let, v dětských centrech jsou děti starší. O děti se zde stará vyškolený zdravotnický personál, takže pokud dítě potřebuje speciální zdravotní péči, má ji zajištěnu.

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Dětské centrum je obdoba, je to kojenecký ústav a dětský domov pro děti hlavně do tří let, ale jsou tam děti do předškolního věku, než nastoupí školní docházku. Bývá to i z důvodu přítomnosti jejich sourozenců, aby nemuseli být každý zvlášť.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

Může to být pro nezáměr maminky, která již v porodnici sdělí, že se o dítě nechce starat, dále to mohou být zdravotní důvody – hendikepované dítě, kdy rodiny nemají potenciál a takové dítě se starat a nebo jsou zde děti, jejichž rodiče nemají bytové a sociální podmínky k tomu, aby se o ně starali a nebo se rodiče neumění postarat, nemají patřičné schopnosti. Zde může být dítě umístěné spolu s matkou, aby se naučila o dítě pečovat.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

Průměrná nevím, u dětí, kdy maminka deklaruje, že se starat nebude a hledá se osvojitelská rodina, pak to jsou v průměru 2-3 měsíce, pokud dá matka po šesti týdnech souhlas, pak to může být např. půl roku, než soud rozhodne o nezáměru. U dětí, které jsou v zařízení ze zdravotních důvodů, tato doba může být i pět let, než je přemístěno do zvláštního zařízení speciální péče pro starší děti a u dětí umístěných ze sociálních důvodů tato doba může být např. roční, těžko se to odhaduje.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

Převážná většina je zdravotnický personál, zdravotní, rehabilitační sestry, lékaři, a také speciální pedagog a vychovatel pro starší děti.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

Určitě by se snížit měly, nebo mohly, děti, které se dostanou do podobných zařízení by mělo být málo, ale měla by být odborná zařízení pro děti vyžadující specializovanou péči. Spíše jde o to snížit počet dětí umístěných z jiných než zdravotních důvodů.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

Zrušit – to si nemyslím, nebo jen některá zařízení, ale jde o to ponechat vysoce specializovaná zařízení, která budou pečovat o děti, jež budou odbornou péčí potřebovat. Takové děti určitě budou a biologičtí ani náhradní rodiče nebudou mít takový odborný potenciál, aby se o dítě postarali.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

Pěstounská péče je forma náhradní péče, která probíhá v rodině. Pěstounem může být každá fyzická osoba, která projde odborným posouzením, to znamená že splní určité osobnostní předpoklady, projde přípravou pro pěstouny, která je v rozsahu 50 hodin, kde se zájemci o pěstounskou péči dozví, co je pěstounská péče, co přináší, právní náležitosti, jaké děti do pěstounské péče přicházejí. Takže pokud projdou takovou přípravou, včetně zhodnocení vlastních schopností a zároveň se posuzují i děti, které

v rodině vyrůstají, pak je rodina připravená přijmout dítě do pěstounské péče a zájemci se mohou stát pěstouny.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

Zásadní změny spočívají v tom, kdy každý pěstoun po účinnosti novely zákona o sociálně právní ochraně dítěte musí uzavřít dohodu o výkonu pěstounské péče a tato dohoda se uzavírá buď s obecním úřadem, nebo s krajským úřadem nebo pověřenou osobou, pokud je z organizace, která má pověření k sociálně právní ochraně dětí. Dohody spočívají v tom, že pěstouni jsou každé dva měsíce v osobním kontaktu s organizací, se kterou je tato dohoda uzavřená a řeší problémy, které pěstounská péče přináší, mají povinnost se vzdělávat, organizace je povinna jim zajistit bezplatné vzdělávání, mají nárok na 14 dní dovolené, kde je organizace povinna zajistit pro dítě takový program, aby si pěstouni mohli po tuto dobu odpočinout. Dále se organizace stará o kontakty s biologickou rodinou dítěte, což nemusí nutně být osobní kontakt, ale musí tam být posílená identita dítěte, proto by mělo o biologické rodině vědět a nejenom s biologickými rodiči ale i s širší příbuzenskou rodinou a osobami dítěti blízkými.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

Myslím si, že každý pěstoun je svým způsobem profesionál, protože každé dítě, které přichází do pěstounské rodiny si s sebou nese velké problémy a každý pěstoun se musí učit řešit problémy a spolupracovat s odborníky a co se týká profesionalizace pěstounské péče na přechodnou dobu, je určitě dobře, že takový institut vzniká. Když se začínalo mluvit o profesionalizaci, tak jsem se i já domnívala, že to bude spíše zaměřené na určité typy dětí. Na zdravotně postižené děti, nebo na děti s nějakými poruchami, pěstouni by se specializovali na určitý hendikep, že to bude jiná specializace než ve smyslu, že dítě bude v rodině 1 rok. Neboť pokud po této době nebudeme mít pro tyto děti řešení dlouhodobé, je otázkou, co bude s dítětem, když v pěstounské péči na přechodnou dobu nemůže být dítě déle, než 1 rok a nebude rodina, která by ho osvojila a dítě se nebude moci vrátit do své biologické rodiny. Je otázkou, zda po roce půjde dítě do další pěstounské rodiny, nebo někam do zařízení. Trochu mám obavu z toho, aby se pro tyto děti po roce našlo řešení.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech?

Částečně jsem o tom již hovořila, mohla by ji zcela nahradit ve chvíli, kdy maminka dá souhlas s osvojením a dítě je v pořádku, nemá hned po narození nějaké zdravotní komplikace a je velký předpoklad, že by se po roce našla definitivní rodina. Umím se to představit i u dětí, které odcházejí z biologické rodiny, která si potřebuje vyřešit svoji problémovou situaci, nebo se potřebují naučit s něčím pracovat nebo mají zdravotní problémy a potřebují se vyléčit. V případech zdravotního postižení dítěte to lze také, pokud je pěstounem zdravotní sestra nebo lékař, kteří si umí s tímto hendikepem poradit. Určitě bude pro dítě lepší, pokud se mu bude věnovat někdo individuálně, než

pokud bude v kolektivním zařízení. Nemyslím si, že by mohla profesionální pěstounská péče zcela nahradit péči, poskytovanou v DC nebo v KÚ.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

Výhodou je, že se o dítě stará jeden stálý člověk v rodinném zázemí, v podstatě celodenní péči, což má sice v zařízení také, ale sestra má na starosti více dětí. Nevýhodou je právě přechodná doba péče na 1 rok, což je krátká doba na to, aby se situace dítěte vyřešila, na druhou stranu, pokud by to měla být doba delší, tak dítě i pěstouni naváží takové vztahy, že bude těžké vazby zpřetrhat, ale každá pěstounská péče je vratný proces, to znamená, že i dítě, které je v pěstounské péči 5 let, tak si jeho biologičtí rodiče mohou požádat o vrácení do jejich péče po splnění podmínek, že se o dítě dokáží postarat.

Pěstounská péče na přechodnou dobu je v zákoně od roku 2006 a myslím si, že ten fakt, že tam nebylo popsáno finanční zajištění pěstounů byl jedním z důvodů, proč se u nás více méně nerealizovala. Protože když si pěstouni vezmou dítě na určitou dobu, těžko dnes nějaký zaměstnavatel bude tolerovat to, že ta paní zůstane na tři měsíce doma a pak se na chvíli zase vrátí do práce. Pěstouni tak neměli žádné jistoty a pokud v současnosti budou brát mzdu i v době, kdy dítě nebude, je to v pořádku a až bude celý systém opravdu dobře nastavený, pěstouni proškolení a společnost připravená děti do také péče svěřovat, tak by nemuselo být tolik pěstounů, kteří doma mít dítě nebudou. A pěstouni na přechodnou dobu by mohli již zmíněné volno čerpat v době, kdy předají dítě do jiné péče a nechají si určitý čas na zotavenou, ale někteří pěstouni naopak tvrdí, že je lepší, pokud dítě přijde ihned. Důležitou otázkou je dostatečná kapacita pěstounů na přechodnou dobu úměrná potřebě dětí, které tuto péči potřebují.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

Velkou výhodou je vyškolený personál pro zdravotně hendikepované děti s veškerých technickým vybavením. Dalším pozitivem je umístování sourozeneckých skupin různého věkového složení, což dříve nebylo možné. Pokud mají dětská centra možnost přijímat i matku s dítětem, je to obrovská výhoda, pokud se zde maminky mohou naučit o dítě pečovat, neboť do této situace se mohou dostat maminky, které samy vyrostly v dětském domově a potřebují podporu. Nevýhodou je málo personálu na více dětí.

16. Jaké změny byste navrhla/navrhnul v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

Dnes jsou již dětská centra koncipovaná tak, že se v nich zřizují rodinné buňky, kde je personál rozdělený pro určitou skupinu dětí, což je určitě dobře. Myslím si, že by bylo lepší zřizovat menší zařízení pro málo dětí a vysoce specializované, protože při velké kapacitě se člověk neubrání definici ústavního zařízení.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

Děti budou trávit nezbytně dlouhou dobu v zařízení v tu chvíli, kdy rodiče budou mít takovou podporu a takové možnosti, aby si dítě mohli opět převzít do své péče.

V dnešní době, kdy existuje sanace rodiny, si umím představit, že s ní bude někdo pracovat natolik, že se matka naučí postarat se o dítě a zajistí péči. Neumím si představit, jak řešit bytovou situaci rodin, kdy rodiče přijdou o bydlení a i kdyby jim stát poskytl jiný byt, pokud nebudou umět hospodařit, neumí zaplatit nájem, ničí zařízení, tak takto podpora donekonečna nejde. Kdyby se dobře nastavil dávkový systém, tak se lidé mohou naučit nakládat s penězi, ale donekonečna to nejde a situaci to nevyřeší. Spíše jde o dlouhodobou podporu rodiny a práce s rodinou, aby se o dítě dokázala postarat. U soudů by bylo dobré stanovit lhůtu, do které musí rozhodnout, mnohdy se řízení zbytečně vlečou. Někdy se ale dává velmi šanci pro biologické rodiče, že to nebyvá v zájmu dítěte. Tato hranice se velmi těžko hledá.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

Určitě dlouhodobější podpora ve smyslu provázení a práce s rodinou, aby se naučila hospodařit s penězi, které dostane, udržovat bydlení, aby jim zůstalo a tato péče by měla pokračovat i v době, kdy dítě musí být s rodiny odebrané a hlavně v době, kdy se dítě do rodiny vrací. Pokud se rodičům nebude nikdo věnovat dlouhodobě, může opět nastat situace, že dítě bude muset být odebrané znova, ať jde o malé nebo větší děti. Je potřeba odborná podpora ze strany státu, což dnes v mnoha regionech funguje. Potřeby rodin jsou vysoce individuální, ale pokud bude nastavená síť služeb pro sociálně slabé rodiny, je to velká možnost, jak s rodinami pracovat.

ROZHOVOR Č. 3:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

Moje nejvyšší vzdělání je ukončení lékařské fakulty, tehdy ještě Jana Evangelisty Purkyně v Brně a mám dvě atestace z pediatrie a jednu z alergologie.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

Mám dvě dospělé děti a dvě vnoučata, dva a půl roku a čtyři měsíce.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Kojenecký ústav si představit umím, neboť v něm od roku 1985 pracuji. Původně kojenecký ústav fungoval hlavně pro děti opuštěné a děti vážně nemocné.

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Pod pojmem dětské centrum si představuji rozšířené služby pro děti a rodiče, kdy se vedle sebe doplňuje jak služba pobytová tak ambulantní, stacionáře a část pro rodiče s dětmi. Přesné rozdělení a definice mezi kojeneckým ústavem a dětským centrem není, neboť po právní stránce my, jako zařízení, jsme dětský domov 0-3 roky. Ze zákona o zdravotnických zařízeních žádné kojenecké ústavy ani dětské domovy jiného typu nejsou. Je to spíše tradice, která vychází z německého pojetí dětských center, kdy tato myšlenka vyšla z bývalého západního Německa, kde tato zařízení byla.

Již několik let Ministerstvo zdravotnictví připravuje Zákon o dětských centrech podle pojetí německých zařízení, na kterém jsem částečně participovala svými připomínkami a naše centrum splňuje myšlenku centra komplexních služeb pro dítě a rodinu v jakékoliv tíživé životní situaci.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

Jsou to děti opuštěné svými rodiči, děti nemocné vrozenými vadami, získanými nemocemi, pourazovými stavy, následkem předčasného porodu rozvojem těžkého prenatalního postižení CNS, ale přijímají se sem také děti, jejichž rodiče se dostali do svízelné životní situace a nedovedou si z ní pomoci. Přijímáme děti i z rozhodnutí soudu, a to nejvíce v režimu předběžného opatření, i když momentálně v rámci novely zákona o sociálně právní ochraně dítěte to bude asi minimální. Myslím si, že od začátku tohoto roku jsme ještě nepřijali dítě z rozhodnutí soudu. Nesmím také zapomenout na respitní pobyty.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

Toto neodhadnu, protože jakákoliv průměrná doba bude zkreslená dlouhodobými i několikaletými pobyty vážně nemocných dětí. Pokud matka podepíše souhlas, část dětí odchází kolem 2. měsíce života, tam, kde jsou nezájmy, děti odcházejí v kojeneckém věku. Zprůměrování bude vždy zkreslené dlouhodobým pobytem.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

Neboť to je zdravotnické zařízení, tak se musí vycházet ze zákonných norem. Pracují tady zdravotní sestry, výhodu jsou dětské sestry, které musí být ustanovením ministerstva zdravotnictví na každém podlaží jedna ve službě. Mezi další personál patří fyzioterapeutky, sociální pracovnice, psycholog, lékař a hospodářsko-technický personál.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

Určitě je pro děti nejlépe, aby se žádné nedostalo do podobných zařízení. Pokud není jiné řešení a dítě musí být do zařízení přijato, tak je nutné, aby o něho bylo postaráno v maximální péči odborně a individuálně. Určitě se těmto dětem bude dařit lépe v menším kolektivu.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

Ideální by bylo, kdyby mohly být děti v rodinách, ale v současné době, dle mě, to není možné, hlavně u dětí vážně nemocných a ne všechny děti pěstouni na přechodnou dobu, nebo jak se jim nesprávně říká profesionální pěstouni, přijmou. I novorozenci se mohou narodit s nějakou patologií, vyžadují odborné ošetření a profesionální pěstouni si na toto

netroufnou. A už vůbec nehovoříme o dětech se zdravotním postižením. Proto si v současné době neumím představit, že by nějaká forma takového zařízení vůbec nebyla. A nesmíme zapomenout na respitní pobyty a je potřeba rodičům, kteří pečují o vážně nemocné dítě, tuto možnost nabízet, neboť na nich leží velká tíha. Nemyslím si, že by se krizové situace, které my zde často řešíme, daly vyřešit profesionálními pěstouny. Neumím si to představit. Myslím si, že sourozenecké skupiny, které jsme minulý týden přijímaly, by mohly být spíše v profesionálních pěstounských rodinách a ne v dětském centru.

(V březnu 2013 jsme do Dětského centra Veská přijali pět sourozenců ve věku 1,5 roku, 3 roky, 5 let, 15 let a 17 let a tato nejstarší dívka měla sama dvouletou holčičku. Další skupina sourozenců byla ve věku 6 let, 12 let a 15 let.)

Bohužel většina profesionálních pěstounů chce jen fyziologického novorozence.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

Pěstounská péče je státem hrazená péče lidem, kterým je soudně přiřčené dítě, které v dané situaci nemůže být ve vlastní biologické rodině. Pěstouni musí splňovat určité požadavky, které jsou zákonem dané. Lidé musí být bezúhonní, nesmí mít zápis v rejstříku trestů, musí být finančně zajištěni, tzn. že musí dokládat své finanční možnosti, musí být zaměstnaní, musí být zdraví, proto dokládají k žádosti o pěstounskou péči i vyjádření praktického lékaře, na tyto lidi městský nebo obecní úřad podává reference, proto nesmí být problémoví a sociální pracovnice zjišťuje, jaké je jejich skutečné rodinné prostředí. Musí to být lidé velmi empatičtí, velmi schopní, neboť s dítětem přijímají i rodinu dítěte. Proto celý tento proces musí být promyšlený a ideální je, když lidé chtějí doopravdy nějakému dítěti pomoci a nechtějí si tím řešit svoji rodinnou situaci, hlavně mám na mysli bezdětnost nebo nějakou krizi v rodině, syndrom opuštěného hnízda a podobně.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

O změnách jsem slyšela, je zavedený nový status pěstounská péče na přechodnou dobu, což jsou pěstouni, kteří jsou schopni přijmout dítě z krizové rodinné situace do své vlastní rodiny, zde o toto dítě pečovat a psychicky ho podpořit a dítě pak vrátit do biologické rodiny, pokud pominou důvody umístění v pěstounské péči. Toto je největší změna, jinak v rámci novely jsou ukotveny nové povinnosti pěstounů, kteří s obecním úřadem uzavírají dohodu o pěstounské péči, kde je písemně dané, jak bude pěstounská péče vypadat, kdo jim bude pomáhat, kdo je bude doprovázet, jak to bude s kontaktem s biologickou rodinou. Novela také říká, že se pěstouni musí vzdělávat. Jiné je to u pěstounů na přechodnou dobu a jiné je to u klasických pěstounů.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

Osobně si myslím, že řada stávajících pěstounů jsou také profesionálové, pěstouni by měli být spíše na přechodnou dobu. Klasické pěstouny mrzí, že se nyní hovoří o profesionalizaci, neboť oni odvedli kus veliké práce. Profesionalizací pěstounů se míní pěstounská péče na přechodnou dobu, která by byla využívána hlavně pro větší děti, kdy

se rodina dostane do nějaké krize, např. matka samoživitelka musí jít na operaci, eventuálně do vězení apod. V současné době se tato pěstounská péče zúžila na přijímání novorozenců, což já moc šťastně nevidím. Dále co se týká finančního ohodnocení, to je, dle mého názoru, velmi velkorysé. Hlavně když vidím, že pěstouni na přechodnou dobu jsou placeni aniž mají ve své péči dítě a odmítají větší děti, které rodinné prostředí výrazně potřebují. Podle mého se to musí změnit ve prospěch dětí a ne ve prospěch pěstounů.

V současné době se v Pardubickém kraji školí pěstouni, kteří chtějí jen novorozence. Nikdo nechce větší děti nebo batolata. Na druhou stranu sociální pracovníce v terénu nemohou vydat žádné předběžné opatření, neboť by jim to soud neschválil, právě ony jsou ve dvojím ohni, vidí, že dítě nemohou dát jinam, než do ústavu, proto do Dětského centra děti chodí na žádost rodičů. Za normální situace by sociální pracovníce podala podnět k soudu, soud by vydal předběžné opatření a děti by byly přijaté, ale nyní je toto řešení až nejzazší možností. Sociální pracovníce musí zvážit, zda dítě v rodině ještě může setrvat a zda není ohroženo, což vůbec není jednoduché rozhodování.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech?

Nemyslím, sami vidíme, že děti z DC Veská kolikrát vyžadují odbornou, specializovanou péči, kdy kromě personálního obsazení je potřeba i přístrojové vybavení a náročnost je tak vyčerpávající, že tuto péči nemůže poskytovat jeden člověk 24 hodin denně.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

Zatím nemáme zkušenosti s profesionálními pěstouny, myslím si, že by se velmi hodili hlavně tam, kde rodina potřebuje umístit větší děti. S ohledem na rizikové děti, na veškerou péči, kterou my jim v DC Veská poskytujeme, zdá se mi, že umístování v profesionálních pěstounských rodinách může být do prvního problému. Naše děti jsou mnohdy velmi rizikové a vyžadují náročnou péči včetně rozmanitých vyšetření. Pokud je dítě propouštěno do náhradní rodiny, existuje a platí metodický pokyn, podle kterého mají být děti vyšetřené, což pokud jsou děti u pěstounů, nic takového absolvovat nemusí. Praktický lékař pro děti a dorost může vyšetření předepsat, ale rozhodně nejsou tak podrobná, která suplují osobní anamnézu, která dítěti chybí. A mezi výhody bych určitě zařadila pobyt již zmíněných starších dětí v rodinách a tím pádem by nebyly vystaveny riziku kolektivního zařízení. Nesmíme zapomínat také na rodinnou anamnézu „našich“ dětí, mnohokrát se jim přizná nálepka dítěte z ústavu a proto provádějí např. trestnou činnost. Ale rodiče těchto dětí jsou alkoholici, narkomani, asociálové, psychicky nemocní lidé apod. a děti si tuto výbavu nesou do života. Za pár let se ukáže, zda děti, vychovávané v pěstounských rodinách na přechodnou dobu na tom budou lépe nebo stejně jako děti, které nezbytně nutnou dobu strávily v ústavu. Nejsem srozuměná s tím, že rizikovní novorozenci jdou při vší úctě k laikům - pěstounů na přechodnou dobu.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

Nevýhodou je kolektivní zařízení, které s sebou nese setření individuality dětí, určitě by bylo dobré zlepšit prostředí v ústavech na tzv. rodinné buňky, kde pobývají děti v menších kolektivech. Výhodou je odborný personál, přístrojové vybavení, sestry vědí, jak s těmi dětmi pracovat a snaží se jim vytvořit i pěkné chvílky, i když je jasné, že děti patří do rodiny.

16. Jaké změny byste navrhl/navrhnu v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

Dostatečně odborný personál a maximální vybavení těchto zařízení.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

Určitě urychlení soudních jednání v intencích úmluvy o právech dítěte, neboť dítě má právo na přednostní jednání při jakýmkoliv aktu a toto se musí dotýkat i soudnictví. Bohužel se tak neděje, protože jinak by v ústavech nezůstávaly děti čtyři měsíce jen proto, aby soud rozhodl, že proběhl dvouměsíční nezájem (dle novely to budou tři měsíce). Dále by byly potřeba zlepšit služby sociálně slabším rodičům, neboť většina dětí školního věku se dostává do ústavů na žádost rodičů v momentě, kdy začínají zlobit, chodí za školu apod.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

Sociální byty ani finanční podpora samy o sobě nestačí, musí zde být doprovázení rodin a pro osoby, které jsou schopné prohrát peníze v automatech, by měly existovat i sankce. Není možné, aby automaticky všechno měli, když natáhnou ruku. Zároveň ale vím, že právě takové jednoduché byty, které by sociálně slabší rodiny mohly zaplatit ze svých malých příjmů, nejsou.

Nutností je realizace sociálních služeb - sanace rodin, doprovázení rodin sociálně slabých, zvýšení zaměstnanosti. Pomoc ve všech sférách ale jen taková, která bude pravidelně vyhodnocovaná a bude ve prospěch dítěte. Dítě má být prvořadné a pokud není pomoc ve prospěch dítěte, je to kontraproduktivní.

ROZHOVOR Č. 4:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, lékař s ukončeným postgraduálním vzděláváním s titulem Ph.D. a vykonávám povolání lékař, primář v Pardubické krajské nemocnici.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

S manželkou máme adoptovanou, osvojenou dceru ve věku necelých 6 let a geneticky vlastní dítě ve věku 2,5 let.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Já bych to vzal v obráceném pořadí, navštívil jsem kojenecký ústav ve Vesce v pardubickém kraji v rámci přípravy adoptivních rodičů jako jeden z předepsaných bodů, takže určitou představu o kojeneckém ústavu z tohoto pohledu mám, jedná se o zařízení náhradní péče o děti do věku tří let. Důvodem umístění je ze strany rodičů, kteří nejeví zájem o dítě, nebo neposkytují dítěti dostatečnou péči a na základě soudního, nebo úředního rozhodnutí je dítě odebráno a po určitou dobu dáno do péče takového zařízení. Dále zde jsou děti závažným způsobem nemocné a to v takovém smyslu, že nevyžadují pobyt na akutním lůžku zdravotnického zařízení, ale rodina není schopna nebo ochotna takovému dítěti péči trvale poskytovat..

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

„Dětské centrum“ se dá vyložit velice široce i velmi úzce. Do tohoto pojmu můžeme zařadit např. dětské centrum ve formě zábavy, ať už dopolední či odpolední, aby děti vyběly svou aktivitu, aby se naučily nějaké nové věci, aby se podpořil jejich psychomotorický rozvoj, Pak do takového centra dochází rodiče se svými dětmi, v podstatě se může jednat o zařízení z dob minulých – Ústav dětí a mládeže tím může být také, s mnoha kroužky a aktivitami. Manželka docházela do podobného zařízení v rámci Tanečního centra Lípa, ve kterém bylo každý čtvrtek tříhodinové setkání s maminkami s dětmi ve věku od 2-3 let. Děti si tam hrály, maminky se navzájem poznávaly, dávaly si různé rady. Dětské centrum může být také samozřejmě ve smyslu zdravotního zařízení, které se specializuje na děti s určitým mentálním hendikepem, ať už se jedná o motorické disfunkce, také se může specializovat na děti se zrakovým či sluchovým postižením a samozřejmě také takovým nejužším pohledem bych jej viděl ve smyslu kojeneckého ústavu pro děti starší 3 let, konkrétně tedy pro děti od 3 do 18ti let, kdy platí totéž, co platilo pro kojenecký ústav zaměřený na děti do 3 let za účelem výchovné péče. V takovémto centru náhradní nebo výchovné péče jsem nebyl.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

Částečně jsem to již řekl v minulé otázce, jsou to děti, u kterých v rodině není možné zajistit výchovu, ať již se jedná o důvod, že rodiče nemají zájem o výchovu a dají dítě k adopci. Poté dítě čeká v tomto centru na náhradní rodinu, bydlení. Také se může jednat o rodiče, kteří neumí nebo nechtějí dát vhodnou výchovu dítěti a jsou jim úředně odebrány, nebo se jedná o problém z důvodu zrakového, sluchového, psychického deficitu vyžadující náročnou péči ve smyslu příjmu potravy, polohování na lůžku, rehabilitační péče u dětí s mozkovými obrnami s psychomotorickým rozvojem a rodiče nechtějí, nebo nedokáží dítěti podat adekvátní péči. Pokud se jedná o rodiče, kteří péči nedokáží poskytnout, tak se jedná zpravidla o rodiče, kteří si budou dítě brát, navštěvovat v pravidelných či nepravidelných intervalech, být s nimi v neustálém kontaktu, kdežto u té první skupiny rodiče takový zájem jevit nebudou.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

Dle mého názoru je tato věc velice individuální. U dítěte, které je dáno do adopce a jedná se o zdravého novorozence, se může jednat o několik týdnů, pokud se ale jedná o dítě s psychomotorickou retardací, nebo jinými těžkými vadami, tak se může jednat o permanentní zařazení v těchto zařízeních s tím, že se místa mohou měnit, ale dítě může celý život strávit v těchto ústavech.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

Nevím, jaký personál se má v těchto zařízeních nacházet, ale vzhledem k péči o děti bych očekával, že se bude jednat převážně o zdravotní sestry. Co se DC týče, řekl bych, že tam nebude lékařské zázemí tak striktně požadováno, samozřejmě se zde budou nacházet klasičtí pracovníci, jako například kuchařky, ekonomické zázemí a podobně.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

Cítím z toho narážky ze západních zemí, které se naváží do systému péče o dítě. Určitě by bylo lepší, kdyby se větší část dětí dostala do rodin, dle mého názoru tomu brání legislativa, kdy shodou okolností naše starší dcera čekala téměř dva roky, než mohla být osvojena, jelikož jí matka jednou za čtvrt roku poslala pohled a stále tvrdila sociální pracovníci, že si jí určitě vezme domů. Těchto dětí by mělo být co nejméně, pochybuji ovšem, že děti, které měly mozkovou obrnu, se dostanou do normálních rodin a jejich „zaběhlých“ kolejí. Pokud je o něj rodina schopna pečovat, tak je to samozřejmě dobré, avšak pokud ne, tak bych jejich umístění do těchto rodin nedoporučoval, ale potom budou na tato zařízení odkázána po celý svůj život.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

To již bylo v podstatě odpovězeno, nemyslím si, že by se měly rušit. Je jedině dobře, když se děti můžou více začlenit do klasických rodin a poznat věci, které by mimo tato zařízení nepoznaly. Dle mého názoru jsou tato místa užitečná, avšak není to to samé, jako žít v normální rodině. Každopádně si stojím za tím, že by se tato zařízení rušit neměla.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

Vím, že je mnohem těžší stát se pěstounem, než získat osvědčení rodičů k adopci dítěte. Pěstounská péče je v systému náhradní rodinné péče obdoba adopce s tím, že pěstoun nezískává právní statut rodiče – nedostane se do jeho rodného listu, na zdravotní, sociální a další úkony potřebuje souhlas právního zástupce, což je právě ten rodič nebo jiná úředně stanovená osoba.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

-Neslyšel. Můžete mi to více objasnit?

Mluví se o tom, že by pěstouni měli vykonávat jejich profesi jako klasickou pracovní pozici, to znamená mít stálý plat, což by bylo něco okolo 20 tisíc korun a poté ještě další peníze za každé dítě. Zkráceně tedy klasické zaměstnání.

Pokud by něco takového nastalo, tak by se několik dětí dostalo na jednoho pracovníka a začalo by to mít podobu ústavní péče. Dle mého názoru je potřeba, aby tuto práci vykonávali lidé, kteří ji opravdu dělat chtějí a ne lidi, kteří si tím hledají obživu. Pokud pěstoun dostane 2-3 děti, tak je – dle mého názoru – schopný poskytnout dětem vše, co potřebují. Pokud se jedná o děti náročnější z důvodu psychického, či fyzického postižení, pak se jistě jedná o práci na plný úvazek a ti lidé by měli být honorováni. Na druhou stranu jak se postavit tímto způsobem například k rodičům u potomka, který je na jejich péči zcela odkázán, a rodiče se o něj starat chtějí. Abych se vrátil k původní otázce, myslím si, že náš stát nemá prostředky na to, aby něco takového mohl umožnit. Například pokud vezmete dítě, kterému je 6 let a mentálně půl roku a dáte ho do pěstounské péče, protože se o něj vlastní rodič kvůli jeho stavu nechce starat, tak by za něj profesionální pěstoun dostal 20 tisíc, avšak pokud by se našel někdo z příbuzných, kteří se o něj budou chtít starat, dostane 6 tisíc korun a to bych viděl jako velice výraznou diskriminaci.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

V podstatě jsem na tuto otázku odpověděl.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech?

Samozřejmě mohla, pokud by stát sehnal dostatečné množství dostatečně schopných a ochotných pracovníků tuto práci vykonávat, ale vzhledem k tomu, že je problém zajistit pracovníky pro dětské domovy, kde se děti koncentrují, tak si nemyslím, že by byla možnost sehnat dostatečné množství těchto pěstounů.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

Výhodou je, že se dítě dostane do systému fungující rodiny, vidí, jak to v té rodině vypadá. S naší dcerou jsme měli problém, že neuměla připravovat večeři, protože byla zvyklá na to, že když přijde odpoledne domů, večeře je již připravená. Trvalo několik měsíců, než se naučila, že se večeře po příchodu ze zahrady, kde si s ní rodiče hráli, musí teprve nachystat a měla by počkat, než jídlo dostane, což dítě vyrůstající v normální rodině bere jako automatickou věc. Těchto věcí je samozřejmě mnohem víc, je známá věc, že takové dítě neumí financovat, neumí si uvařit, neumí si vyprat,

naplánovat volný čas, nákupy, dopravu, protože nemá možnost se s tímto seznámit. To jsou výhody pěstounské péče obecně, ať už profesionální, tak současný model. Nevýhodou by byla určitě výrazná finanční náročnost, protože v kojeneckém ústavu budou dost možná náklady na dítě nižší, než kdybychom dali 1-2 děti profesionálnímu pěstounovi.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

Nevýhoda je stejná, jako už bylo řečeno, co se povědomí o klasickém životě týče. Výhoda je ta, že dostanou šanci alespoň nějaké péče děti, které by jí jinak nedostaly, podívejme se, jak to vypadá v afrických, nebo například v asijských zemích, kde tato centra nejsou, kde se děti volně pohybují bez domova, napadá mě situace, ve které se pohyboval Don Bosco, zakladatel salesiánů, kdy se začal věnovat dětem bez domova, volně se potulujícím v jihoamerických městech, dětem bez vzdělání, bez jakékoliv péče. Do takovéto situace by se bez dětských center a bez jiné alternativy tyto děti dostaly.

16. Jaké změny byste navrhla/navrhnul v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

Pokud bych mohl, určitě bych navrhl, že by stálo za to, aby dítě, které má možnost vrátit se do klasické rodiny nebylo vázáno na „výkřiky do tmy“ od původních rodičů, které brání zařazení dítěte do adopce, čili aby ta omezení byla otočena ve prospěch dítěte. Určitě by bylo vhodné, aby byla větší osvěta o pěstounské péči, aby se stát nějakým způsobem snažil získat pěstounů více, aby děti, které jsou toho schopny, se dostaly do rodinného zázemí. Ale v žádném případě by se změny neměly ubírat paušálním rušením kojeneckých ústavů, tato zařízení mají a trvale budou mít význam v péči o nemocné děti, které by se do klasických pěstounských péčí nedostaly.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

Řekl bych, že se to nedá říct jednoznačně, jakožto laik vím, že velkou roli hraje legislativa, aby se dítě dostalo relativně rychle do adopce. Je potřeba spolupracovat s původní rodinou, v situaci, kdy se jedná o dočasnou záležitost, nebo nějaká situace, kdy rodiče ztratili práci, nutně ne svoji vinou a nemají možnost se o dítě dostatečně postarat. Na druhé straně je potřeba role státu, která se musí snažit plošně a cílevědomě podporovat vzdělávání dětí a také například získávat vhodné kandidáty do pěstounské péče u starších občanů, kteří nemohou mít vlastní dítě. Tato péče by u dětí mohla být jistě velkým přínosem.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

To je otázka komunikace pracovníků těchto ústavů s rodiči v hledání sociálního zázemí, pracovních příležitostí, pomoci, zda dotyčný má dostávat sociální dávky v místě, kde není možnost zaměstnání a sociální pracovník by byl schopný těmto lidem sehnat bydlení a práci pro oba rodiče v jiném kraji. V tomto ohledu by měl stát fungovat a mít nějakým způsobem vliv toho dotyčného popostrčit. Jednou jsme řešili kvůli manželčině

nemoci problém, kdy musela na hospitalizaci a nemáme zázemí v podobě babiček či dědečků a takové problémy mají i jiné rodiny, které mohou být v ještě více svízelných situacích. Nemusí se jednat o sociálně slabou rodinu, může se jednat o matku samoživitelku s kojencem, která onemocní, bude vyžadovat hospitalizaci. V takovém případě dnes často nemocniční zařízení vyhoví těmto ženám a umožní hospitalizaci včetně kojence. Pokud je ovšem to dítě starší, například 4-5 let a nejsou prarodiče, tak bohužel dítě skončí v dětském centru. Slyšeli jsme o případu, kdy dítě muselo jít na týden do dětského centra kvůli rehabilitaci matky po lékařském zákroku a toto dítě bylo natolik psychicky stresováno, že uběhl téměř půlrok, než začalo opět s matkou normálně komunikovat.

ROZHOVOR Č. 5:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

Nejvyšší vzdělání je univerzitní, Farmaceutická fakulta Hradec Králové a poté ještě doktorandské studium. V současné době jsem členem Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, jinak jsem primářem oddělení klinické biochemie a diagnostiky Pardubické krajské nemocnice.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

Vnoučata ve věku od dvou do patnácti let.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Kojenecký ústav jsem navštívil opakovaně, byl to konkrétně ústav ve Veské u Pardubic, párkrát ústav ve Svitavách, nicméně základ mých znalostí o problematice těchto ústavů je díky kontaktům se zařízeními ve Veské. Kontakty byly dříve jednoznačně pracovní, vyplývaly z toho, že jsme pro děti z ústavu prováděli řadu laboratorních vyšetření v Pardubické nemocnici a bylo třeba odborně komunikovat a zajišťovat tyto záležitosti. Bylo to ve spolupráci s paní primářkou Peřinovou a za poslední dva a půl roku to byla v zásadě i problematika záměru a snahy MPSV zrušit kojenecké ústavy k 1. 1. 2014, převést je na zcela jinou formu a transformovat péči a strukturu kojeneckých ústavů.

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Pro mě je pojem dětské centrum trochu odlišný od pojmu kojenecký ústav, a to jak rozsahem činnosti, tak i skladbou dětí, které tam jsou umístěné. Přiznám se, že dětské centrum jsem navštívil, ale protože dětská centra se většinou skrývají pod rozličnými názvy a synonymy, tak nedokážu přesně říci, ano, byl jsem jen v dětském centru. Jako příklad uvedu např. Lentilku (*Dětské rehabilitační centrum Pardubice, pozn. autora*) nebo Svítání (*Základní škola a praktická škola Svítání Pardubice, Denní centrum Svítání, pozn. autora*), ale to si myslím, že nejsou dětská centra v klasickém slova smyslu.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

Důvody, proč se děti umísťují do kojeneckého ústavu znám. Jsou zdravotní, zdravotně sociální a sociální - složka sociální nepřevažuje. Záleží na tom, jaký kojenecký ústav to je, jací jsou tam lékaři, jací zdravotníci, s kým spolupracují. Myslím, že v dětských centrech daleko víc převažuje složka sociální.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

Myslím, že v dětských centrech se jedná o měsíce až roky, v kojeneckých ústavech ta doba může být kratší. Ale velmi záleží na diagnóze, na zdravotní indikaci. To je pro mě klíčové, proto bych jednoznačně rozdělil, zda je tam dítě ze zdravotní indikace nebo jen ze sociální. Podle mě by se pak průměrné doby výrazně lišily.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

Ano, vím. Je to zdravotnické vzdělání, pedagogické, psychologicko – pedagogické a na té nejvyšší úrovni by mělo být vysokoškolské, jinak stačí střední škola.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

Počty dětí v těchto zařízeních se mohou snížit, ne měly, ale mohou, což je pro mě rozdílné slovo a důvody jsou celkem jasné a byly opakovaně zmiňovány. To znamená, že pro dítě, které je schopno přejít do adopce nebo do pěstounské péče, je to samozřejmě ve většině případů lepší, než když je v těchto zařízeních z důvodu ne čistě zdravotní indikace. Pokud se týká zdravotní indikace, měly by děti být v těchto zařízeních tak dlouho, dokud zdravotnický personál spolu s vedením ústavu není přesvědčen o tom, že jsou schopny jít do pěstounské péče nebo adopce, nebo že by se měly vrátit zpět do biologické rodiny.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

Neměly by se rušit. Od začátku této problematiky zastávám názor, že je možno mluvit např. o menším počtu, o změně jejich náplně činností ve směru terénní, ambulantní, ale rozhodně by se rušit neměly. Nedokážu říci, zda je dobře, aby kojenecké ústavy, ve kterých jsou umístěné děti s dominantní zdravotní indikací, byly např. jeden nebo dva v kraji, to záleží opravdu na vcelku specifických podmínkách, ale zůstat by měly. A stejně tak dětská centra s převahou ambulantní, terénní, konzultační, komunikace s pěstounskými rodinami nebo s adoptivními rodiči - tam si myslím, že by jejich počet měl buď vzrůstat a nebo by měl být definovaný, tj. alespoň jedno na kraj. Počet kojeneckých ústavů, kde zdravotní indikace převažuje, by měl klesnout.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

Co je pěstounská péče samozřejmě vím, neboť jsme schvalovali příslušný zákon, vím i kdo může být pěstounem a jaké by měl splňovat podmínky. Mám ale jeden problém, který se týká přípravy pěstounů. Myslím si, že příprava pěstounů je věc dlouhodobější, že není možné mít okamžitě dva tisíce pěstounských rodin (nebo tisíc, to momentálně neřešme). Pokud je rodina již takto připravena, dostává poměrně vysoké finanční částky, aniž vůbec dítě má. Tam je to tak, že mají nárok přibližně dvacet tisíc měsíčně a jsou v podstatě na čekací listině. Opakovaně jsem to říkal a toto se mi nelíbí. Jsem přesvědčen o tom, že může za tímto účelem vznikat snaha, hlásit se jako pěstounská rodina, pobírat peníze a pak říci, že si nevezete jedno dítě, druhé dítě, třetí. Potom už nemáte nárok být mezi pěstounskými rodinami, nicméně někomu ta doba, např. jeden rok, za ty peníze bude stát. A to považuji za špatné. Neříkám, že by neměly dostávat žádné, je to přeci jen spojeno s nějakou činností, s nějakým vybavováním, vzděláváním, ale vzhledem k situaci, která existuje, jaké jsou jinde finanční prostředky, ale myslím si, že dvacet tisíc je moc, pokud tam dítě není, to je pak ta situace úplně jiná.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

Jaké máte na mysli změny v pěstounské péči, od kdy, od platnosti nového zákona nebo další novela? *Autor: Ve smyslu profesionalizace pěstounů.* Tak to je to, co jsme před chvílí říkali, to souvisí s novým zákonem o pěstounské péči.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

O tom jsme již hovořili.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči poskytovanou v kojeneckých ústavech a v dětských centrech?

Ne. Pěstounské rodiny mají nějaký charakter, schopnosti, rozhodně to nejsou odborníci z hlediska zdravotnické péče a ani to nejsou specialisté v oblasti řekněme pedagogicko-psychologické péče. Byť ti lidé budou mít základní informace, projdou kurzy, budou splňovat nějaké parametry. A jsem přesvědčen o tom, že u zdravotních indikací jednoznačně, u sociálních to nemusí být zcela jednoznačné. Ale kojenecké ústavy nebo dětská centra nebo jejich kombinace tím, že budou koncentrovat odborníky, kteří budou poskytovat přímo v místě zdravotní péči, v dětských centrech terénní služby, denní stacionáře a konzultační činnosti, pokud to pěstouni budou potřebovat, své místo mají. Pěstouni odborníky nenahradí, v kombinaci s nimi to může fungovat dobře. Bude se muset definovat nebo časem najít hranice, kdy odborník může ovlivnit hlavně oblast sociální. U zdravotní indikace, např. těžký diabetik, nebo dítě, jehož matka fetovala, které prochází detoxikační léčbu - tam se velmi těžko odhaduje, zda pěstoun tuto stránku bude chopen zvládnout. Proto moje stručná, krátká odpověď byla - ne.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

Vzhledem k tomu, že u nás ještě není, těžko se to posuzuje. Zde se dostáváme vyloženě do teoretické roviny. Tak jak je definována nebo tak, jak si odborníci myslí, že by mohla nebo měla být, její výhody jsou opravdu v tom, že pokud budou pěstouni dobře připraveni, tak je dítě schopno daleko lépe a rychleji se adaptovat na rodinné prostředí,

být připraveno např. i k adopci. Přechod dítěte do normálního běžného života může být jednodušší a snazší. Nevýhody může mít v tom, že pokud pěstouni nebudou sebekritičtí, nebudou ochotni a schopni komunikovat s odborníky v ústavu nebo v centrech, tak někdy mohou napáchat na svěřeném dítěti škody, které se budou daleko hůře napravovat. A tím mám na mysli oblast psychologicko-sociální, zdravotní si vůbec nedovolím posuzovat, neboť podle mne, pokud je zdravotní indikace jasná, že dítě nesmí do pěstounské péče, tak by tam neměly být. Další nebezpečí spočívá v tom, že se pěstouni budou na jedné straně dívat na děti jako na zboží, proto se budou i vědomě snažit, aby vztah nebyl příliš rodičovský, a na druhé straně si k němu vytvoří takovou citovou vazbu, že hlavně pro dítě bude psychicky komplikované odejít. Pokud se jedná o kratší dobu, tak by bylo i vhodnější, aby dítě tuto dobu strávilo v ústavu než v rodině, odkud jde dál.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

Výhody jsou v tom, že péče, ať již zdravotní tak i sociálně-psychologická, je na velmi vysoké úrovni a ti pěstouni nejsou schopni této úrovně dosáhnout, to nejde. Nevýhodou je relativně dlouhá doba pobytu v centrech a není jednoduchá adopce dětí přímo z center. Pokud by se kojenecké ústavy nebo dětská centra zaměřily a přesunuly svoji činnost na oblast ambulantní, terénní, kontaktní, tak by možná adopci zjednodušilo. Přes všechny nevýhody si myslím, že by vedle sebe měla stále existovat pěstounská péče a kojenecké ústavy/dětská centra. Bude to o dlouhém vývoji, pak se někde najde optimální hranice, která ukáže, kolik bude potřeba kojeneckých ústavů hlavně pro děti z hlediska zdravotní indikace, kolik bude potřeba dětských center a jak se osvědčí pěstounské rodiny. Nikdo neví, jak to zde bude vypadat, zda se jeden tisíc, dva tisíce nebo tři tisíce pěstounských rodin vybuduje a zda to bude potřeba, kolik to bude stát, jaká bude návratnost dětí zpátky do center a jaké bude procento selhání pěstounů. Viz příklad z Anglie, kdy dítě do 15 let vystřídá pět, osm nebo deset pěstounských rodin, což považuji za zásadní riziko a nevýhodu.

16. Jaké změny byste navrhl/navrhla v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

V podstatě jsem to již řekl v předchozích větách, pokusím se to shrnout. Jde o to otevřít kojenecké ústavy a dětská centra víc ambulantní složce, pro denní stacionáře a komunikaci s biologickými rodiči, pokud mají vůbec zájem se setkávat s dítětem nebo s budoucími adoptivními rodiči. Dle mého názoru, by bylo dobré, aby byl takový trend a pokud se k tomu přidá složka pěstounské péče, tak by to asi bylo správně. Osobně si nemyslím, že by kojenecké ústavy a dětská centra byla u nás koncipována špatně, je to řekněme o změně uvažování a struktuře, která je za poslední dva roky v Pardubickém kraji vidět. Je to vidět na tom, jak rychle jsou ústavy schopny umístit děti do adoptivních rodin. Může se diskutovat o tom, zda dva tisíce neumístěných dětí je pro ČR málo nebo hodně, ale pokud ústav nebo centrum, berme to nyní jako jeden celek, má standardně 30,40 nebo 50 dětí a je schopen tento počet dětí adekvátně umístit, tzn. že tento počet nenarůstá, tak si myslím, že jeho práce není špatná. Jde spíše o formu, jak tato zařízení začlenit do sociální sítě a komunikace tak, aby se děti mohly lépe a rychleji umísťovat do jednotlivých rodin.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

Na tuto otázku se těžko odpovídá, celá doba pobytu dítěte, ať již v kojeneckém ústavu nebo dětském centru, by měla být co nejkratší, ale současně tak dlouhá, aby dítě, které se dostane do adopce, bylo schopno běžně vnímat okolní svět a adoptivní rodinu a aby se co nejméně dětí vracelo zpátky. Tento faktor bych povýšil, je to vlastně procento úspěšnosti, jak jsou ústavy schopny toto dělat. A tomu by měla být přizpůsobená rychlost rozhodování soudů, eventuálně úprav novely zákona, aby svými paragrafy nenařizovaly něco, co tento proces omezí nebo naopak brzdí, nebo zbytečně prodlouží.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

Zde se nabízí odpověď, pokusit se jinou formou zlepšit materiální zabezpečení rodin. Snad přes státní správu nebo na úřadech práce nabídnout možnost nějakého výdělku, nějakých alternativních prací, pomocných nebo úklidových, aby se nemohli vymlouvat na fakt, že neseženou práci a nemají peníze. To se týká opravdu sociálně slabých rodin a odmyslíme si zdravotní indikaci. Pokud je u dítěte zdravotní indikace, tak se automaticky stát postará, že je ve zdravotnických zařízeních nebo kojeneckých ústavech, kde převažuje zdravotní péče. Dále je možnost, aby se město zasadilo o to, aby nevznikala ghetta, kde problémy rostou geometrickou řadou. Ale jinak se toto řeší v Pardubicích, jinak v Chomutově. Vždy bylo snahou, aby takové domy byly rozházeny po celém městě, pak se takoví lidé lépe kontrolují a pokud ještě mají nějaké návyky, tak se sami ještě o něco postarají.

ROZHOVOR Č.6:

1. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání a jaké vykonáváte povolání?

Moje nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské a pracuji jako učitelka na základní škole.

2. Máte děti nebo vnoučata a v jakém věku?

Mám dvě děti, synovi je 19 let a dceři 14 let.

3. Co si představíte pod pojmem „kojenecký ústav“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Pod pojmem kojenecký ústav si představím nejspíše zařízení, kde se starají o kojence, kteří nemají své zázemí, rodinu a jako takový kojenecký ústav jsem nenavštívila, pokud bych pod to nezahrnula Dětské centrum Veská.

4. Co si představíte pod pojmem „dětské centrum“? Navštívil/a jste někdy takové zařízení a z jakého důvodu?

Ano, navštívila jsem dětské centrum ve Veské dvakrát, šla jsem tam na exkurzi s devátou třídou. Jsou to děti, které vycházejí ze základní školy a myslím si, že je dobře,

že se tam jdou podívat, aby viděly, jak se o děti pečuje nebo jak to s dětmi může dopadnout. Vždy jsem měla z návštěvy dobrý pocit, protože žáci na toto zařízení reagovali velice pěkně. Děti byly překvapené, jak může dopadnout miminko maminky závislé na návykových látkách a hodně na ně působily postižené děti. Byly z toho dojaté a i ti, do kterých bych to neřekla, si s dětmi hrály a bavily se s nimi a pak si o tom dlouho ve třídě povídaly. Sama nevím, zda bych do takové instituce šla, ale kdyby mě někdo pozval, tak určitě.

5. Víte, jaké děti se do takových zařízení umísťují a z jakého důvodu?

Nevím to zcela přesně, ale domnívám se, že v dětském centru může být dítě postižené, o které by se rodiče nedovedli postarat a navíc rodiče nejsou ochotni a schopni se starat, dále jsou tam děti matek závislých na drogách a také ty děti, které rodiče nechťejí.

6. Odhadnete, jaká je průměrná doba, po kterou je dítě umístěno v takových zařízeních?

O tom nemám vůbec představu, ale pokud budu mít na mysli novorozence, který se dostane do DC ihned po narození a má být adoptován, tak bych odhadla, že to jsou přibližně tři měsíce.

7. Víte, jaký odborný personál pracuje v KÚ nebo v DC, event. jaké vzdělání (kvalifikace) je pro tuto práci požadováno?

Myslím si, že zde pracují zdravotní sestry a lékaři a jejich kvalifikace musí odpovídat dnešním požadavkům.

8. Domníváte se, že by se počty dětí v těchto zařízeních měly snížit? Upřesněte důvody.

Bylo by to krásné, kdyby se počty snížily, protože dítě patří do rodiny, ať adoptované nebo své, ale jestli to prakticky lze, o tom nemám představu.

9. Myslíte si, že by se KÚ nebo DC měly zrušit? Můžete uvést důvody, proč ano či ne?

Ne, rozhodně by se rušit neměly, protože pokud nastane takováto situace, neumím si představit, jak by ji stát jinak řešil.

10. Máte povědomí o tom, co je to pěstounská péče? (Kdo může být pěstounem, jaké musí splnit podmínky?)

Myslím, že to mohou být jen lidé, kteří jsou na tuto činnost školeni, projdou určitými testy a splní je a může to být v podstatě kdokoli, ale musí odpovídat právě těmto testům.

11. Slyšel/a jste o změnách v pěstounské péči a v čem by měly spočívat?

Ano, o tom jsem slyšela, ale spíš si myslím, že to nepůjde, že tolik lidí nebude odpovídat těm požadavkům na pěstouny a nebudou schopni se o tyto děti starat.

12. Pokud ano, jaký je váš názor na tolik diskutovanou profesionalizaci pěstounů?

Mně se to moc nelíbí, protože pokud to chtějí dělat jen pro peníze a ne z důvodů, že dítě chtějí, tak to nelze, i když je samozřejmě dobré, když za tuto činnost mohou být finančně ohodnoceni, to je můj názor. Citová vazba je základ pro život, kvůli této vazbě by děti měly být v rodinách.

13. Myslíte si, že by profesionální pěstounská péče mohla zcela nahradit péči, poskytovanou v kojeneckých ústavech a dětských centrech?

Asi nemohla, myslím si, že profesionálních pěstounů je málo a dětí moc, takže je potřeba, aby ústavy ještě mohly fungovat, pokud by bylo dětí tak málo, že by se dostaly do pěstounských rodin, tak asi ano, ale to zřejmě nikdy nebude, takový optimální stav.

14. V čem spatřujete výhody/nevýhody profesionální pěstounské péče?

Tak asi oproti ústavu, pokud by pěstoun opravdu dítě měl u sebe po celou dobu dětství, tak by si dítě na něho vytvořilo citovou vazbu, naučilo by se žít v rodině, tak by to bylo pěkné. Ale pokud by to brali jen jako na „otáčku“ a pro peníze, tak to nemá vůbec smysl, brát jej z ústavů.

15. V čem spatřujete výhody/nevýhody dětských center?

Tak to je přesně naopak. Pokud by dítě střídalo rodiny, je mu určitě lépe v dětském centru, a naopak, pokud by měl dobrou péči u pěstounů, tak mu bude lépe v rodině.

16. Jaké změny byste navrhla/navrhnul v poskytování péče v KÚ nebo v DC?

Myslím, že po materiální stránce je dětské centrum vcelku dobře vybavené, dle toho, co jsem viděla, ale snad by bylo potřeba ještě více personálu, aby se dětem mohli věnovat spíše individuálně, ale více do této problematiky nevidím.

17. Jaké navrhuje řešení, aby děti trávily v těchto zařízeních nezbytně dlouhou dobu? (Role státu, legislativy, soudy, státní orgány, spolupráce s původní rodinou, nestátní organizace, charity apod.)

Asi by bylo úžasné, kdyby na to někdo přišel, ale určitě by měl někdo naučit rodinu, aby uměla pomoci dítěti nebo jí pomoci tak, aby byla schopná fungovat, neboť rodina je vždy rodina, pokud ale má o dítě zájem. Adopce by se měla urychlit, aby lidé nečekali na dítě dlouhou dobu.

18. Jakou formou by měl stát podporovat sociálně slabé rodiny?

Měl by jim nabízet „nepopulární“ volná pracovní místa, aby měly šanci se uživit, možná také regulované nájemné tam, kde to jde, aby měly střechu nad hlavou, zkrátka lepší sociální politika státu. Na druhou stranu znám ze školy případy, kdy se rodiče o děti nestarají, protože nechtějí a problémy si zavínají sami, ale neumím posoudit, jak velké je to procento lidí oproti těm, kteří např. přijdou o práci, objeví se úmrtí nebo nemoc v rodině a nedokáží se z problémů dostat vlastní pomocí.

PŘÍLOHA B: ZDROJOVÉ TABULKY

[Výroční zpráva DC Veská: 1992-2012]

Tab. 1 Počty přijímaných dětí do DC Veská z různých indikací ve vzorových letech

Důvody přijetí	1995	1998	2005	2008	2012
Zdravotní důvody	11	64	39	46	48
Sociální důvody	23	39	36	16	15
Zdravotně sociální důvody	45	22	25	12	12

Tab. 2 Počty přijímaných dětí do DC Veská na základě určitého rozhodnutí ve vzorových letech

Důvody přijetí	1995	1998	2005	2008	2012
Přijetí na základě souhlasu rodičů	29	36	48	60	68
Přijetí na základě předběžného opatření	24	19	9	11	7
Přijetí na základě nařízené ústavní výchovy	13	8	10	3	0

Tab. 3 Umístění dětí v jednotlivých letech

Rok	Počet propuštěných dětí	Počet propuštěných dětí do vlastní rodiny	Adopce	Pěstounská péče	Jiná zařízení
1994	74	37	36	1	0
1996	79	30	23	6	19
1998	124	81	27	5	11
2000	72	30	26	7	9
2002	66	29	27	7	4
2004	73	35	22	5	11
2006	81	50	14	7	6
2008	72	27	28	12	5
2010	81	45	16	13	7
2012	83	51	10	11	5

Tab. 4 Přijaté děti do DC dle stáří

Rok	Přijaté děti do 1 měsíce věku	Přijaté děti do 3 měsíců věku	Přijaté děti do 6 měsíců věku	Přijaté děti do 9 měsíců věku	Přijaté děti do 12 měsíců věku	Přijaté děti nad 12 měsíců věku
1993	49	10	6	11	5	3
1994	39	18	12	6	7	4
1995	32	9	18	3	10	7
1996	32	10	6	16	5	6
1997	31	24	6	9	12	7
1998	35	12	15	10	14	39
1999	43	2	6	7	5	8
2000	43	2	6	7	5	8
2001	40	7	4	1	2	17
2002	24	9	10	2	1	5
2003	31	11	5	7	6	10
2004	43	5	3	3	3	11
2005	28	4	3	2	6	7
2006	33	10	3	1	7	6
2007	21	3	2	1	3	16
2008	39	12	6	4	2	4
2009	33	5	2	5	2	5
2010	36	8	3	6	4	5
2011	33	5	7	5	4	14
2012	28	6	5	4	5	16

Tab. 5 Celkové počty přijatých dětí

Rok	Celkové počty přijatých dětí
1993	84
1994	86
1995	79
1996	75
1997	89
1998	125
1999	85
2000	60
2001	71
2002	51
2003	70
2004	68
2005	50
2006	60
2007	46
2008	67
2009	52
2010	62
2011	68
2012	64

Tab. 6 Počty přijatých matek

Rok	Počet
1994	21
1995	33
1996	22
1997	34
1998	38
1999	35
2000	17
2001	17
2002	28
2003	31
2004	31
2005	19
2006	21
2007	25
2008	22
2009	21
2010	26
2011	24
2012	17

Tab. 7 Počty propuštěných dětí do různých forem náhradní rodinné péče

Rok	Počet propuštěných dětí	Počet propuštěných dětí do vlastní rodiny	Adopce	Pěstounská péče	Jiná zařízení
1994	74	37	36	1	0
1996	79	30	23	6	19
1998	124	81	27	5	11
2000	72	30	26	7	9
2002	66	29	27	7	4
2004	73	35	22	5	11
2006	81	50	14	7	6
2008	72	27	28	12	5
2010	81	45	16	13	7
2012	83	51	10	11	5
Celkem	805	466	239	74	77