

SPOLEČNÁ ŠANCE

METODIKA



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



NADACE **J&T**



RODINA
U NÁS

SPOLEČNÁ ŠANCE

*Využití „sdílené“ náhradní rodinné péče při řešení
situace rodiče závislého na návykových látkách*

METODIKA

2018

Kolektiv autorů
(Editoři: PhDr. Miloslav Macela, Mgr. Jana Ženíšková)

Metodika vznikla v rámci projektu CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0001311 – Společná šance (Dítě a závislá matka) financovaného z Operačního programu Zaměstnanost.

Obsah

1. Úvodem	11
2. Co je Společná šance?	13
3. Struktura metodiky a Manuálu	15
4. Inspirace zahraniční praxí	17
Ambulantní oddělení pro rodiny (Familieambulatoriet; Dánsko)	17
Služba pro rodiče a rodiny s dětmi Familieprojektet, Dánsko	18
Family Drug and Alcohol Court (specializovaný soud řešící případy rodičů se závislostí na návykových látkách; Velká Británie)	21
5. Zásady a principy spolupráce	23
6. Aktéři systému Společná šance (tým Společná šance)	25
7. Soukromé osoby v systému spolupráce	31
8. Klíčové odborné informace pro realizaci Společné šance	35
Citová vazba mezi dítětem a rodičem	35
Závislost na návykových látkách a její dopady na rodičovství a dítě	36
Specifické dopady užívání návykových látek	38
Novorozenec ženy užívající návykové látky	40
Ochrana dítěte a formy pomoci rodiči a dítěti	42
Adiktologické služby	43
Služby v oblasti rozvoje rodičovských kompetencí	46
Náhradní rodinná péče, význam a formy	47
Způsob podpory náhradních rodičů během péče o svěřené dítě	49
Vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny (zhodnocení potenciálu rodiče pro účast ve Společné šanci)	50
9. Fáze spolupráce	55
Ustavení multidisciplinárního týmu	55

Identifikace klienta, vyhodnocení jeho situace a nastavení spolupráce s rodinou	57
Plánování spolupráce a její průběh	57
Hodnocení výsledků spolupráce a stanovení dalšího postupu	58
Následná péče	59
Péče o členy profesionálního týmu	59
10. Právní aspekty spolupráce	61
Smluvní základ spolupráce	61
Doba trvání náhradní rodinné péče	63
Oblast sociálních dávek a dalších finančních vztahů	64
Oblast sdílení informací a ochrany osobních údajů	64
11. Financování spolupráce	67
12. Management rizika	69
13. Evaluace	71
14. Použitá literatura a zdroje informací	75
15. Přehled existujících oborových metodik a dobré praxe	77

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehled nejčastěji užívaných drog a jejich dopad na novorozence	41
Tabulka 2 Vývojové potřeby dítěte	52
Tabulka 3 Přehled nároků na dávky	64

Seznam boxů

Box 1 Příklad vyhodnocovacího rámce	51
Box 2 Podmínky na straně rodiče	56
Box 3 Podmínky na straně pěstounů	57

Seznam použitých zkratek

GDPR – (General Data Protection Regulation)

Obecné nařízení o ochraně osobních údajů

IPOD – individuální plán ochrany dítěte

MD tým – multidisciplinární tým

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PPPD – pěstounská péče na přechodnou dobu

RK – rodičovské kompetence

SAS – sociálně-aktivizační služba

1. Úvodem

Projekt, díky kterému byly metodika a Manuál vypracovány, byl zahájen dne 1. 10. 2016 a jeho realizace byla ukončena ke 30. 9. 2018. Nositelem projektu byla Nadace J&T ve spolupráci s občanským sdružením Rodina u nás, z.s. Oficiální název projektu je „Společná šance (Dítě a závislá matka)“, registrační číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0001311. Finanční prostředky byly poskytnuty Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky v rámci Operačního programu Zaměstnanost – prioritní osa OPZ: 2.

Na vzniku metodiky a Manuálu se podílela celá řada odborníků z různých oborů (sociální práce, adiktologie, lékařství atd.). Během dvou let se uskutečnilo mnoho schůzek a kulatých stolů multidisciplinárního týmu, kde všichni pracovali na znění publikací pod vedením PhDr. Miloslava Macely a Mgr. Jany Ženíškové. Tímto bychom rádi poděkovali všem za jejich cenné zkušenosti a náměty, které umožnily sestavit odborné publikace.

Autorský tým věří, že tato publikace přispěje k rozšíření spektra možností pro řešení situace dětí, které jsou ohroženy závislostí rodiče na návykových látkách, a ke zlepšení péče o tuto cílovou skupinu.

Za tým projektu

*Mgr. Marie Oktábcová,
ředitelka Nadace J&T*

2. Co je Společná šance?

Systém spolupráce Společná šance vznikl v rámci stejnojmenného projektu Nadace J&T. Cílem Společné šance je nabídnout pomoc rodičům, kteří jsou problémovými uživateli návykových látek (alkoholových i nealkoholových) a jimž bylo či v blízké době hrozí odebrání dítě z péče, netradiční formou tzv. sdílené pěstounské péče (pojem bude vysvětlen v dalším textu metodiky). V České republice bohužel neexistují statistiky, které by sledovaly, jak často je užívání návykových látek příčinou odchodu dětí z vlastní rodiny. Úřady a služby, které pracují v oblasti ochrany dětí, se však s těmito případy setkávají a poukazují na komplikovanost jejich řešení. Stejně tak je obtížné kvantifikovat, jak často je dítě po odchodu z rodiny umístěno do náhradní rodinné péče a jak často do institucionální výchovy.

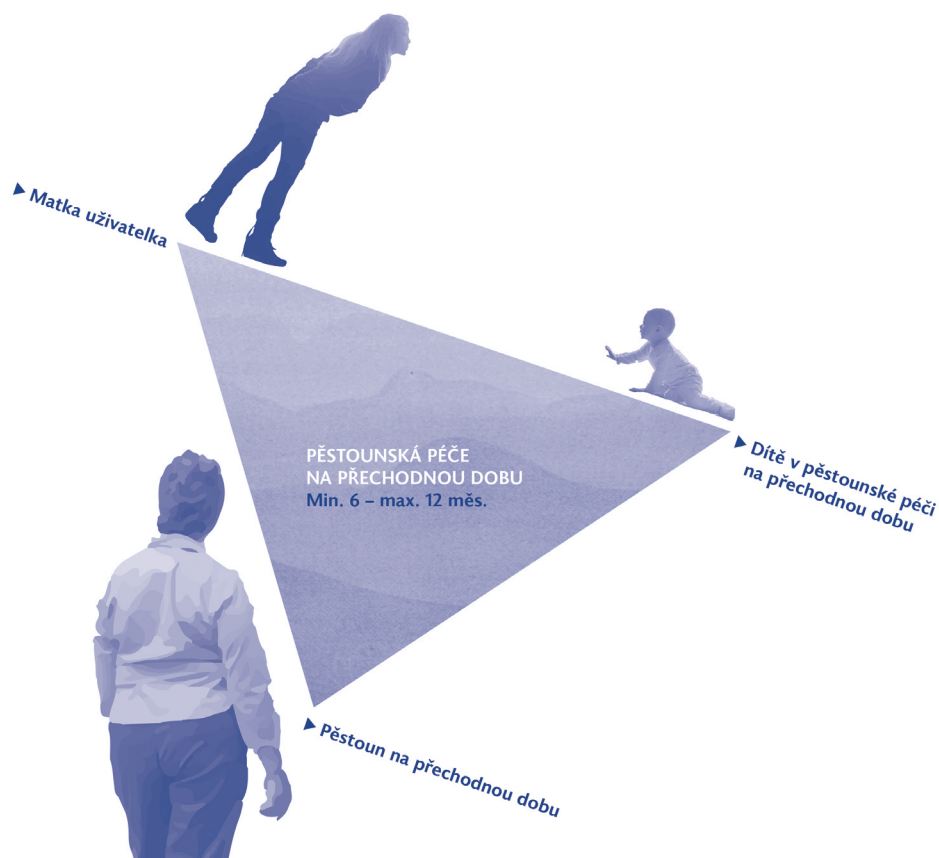
Poznatky z praxe však vypovídají o tom, že některé z těchto dětí (někdy i velmi malých) odcházejí do ústavů (například při zjištění intoxikace matky při

porodu je dítě umístěno do kojeneckého ústavu). V obou případech dochází k zásahu do vztahu mezi rodičem a dítětem. Společná šance proto nabízí inovativní metodu ve formě společného pobytu dítěte a rodiče v náhradní rodině, díky níž je možné prohloubit či vytvořit vazbu mezi rodičem a dítětem

Součástí systému podpory je i možnost „sdílené“ pěstounské péče, kdy v rodině proškozených pěstounů žije nejenom dítě, ale i jeho rodič.

a zároveň vytvořit prostor pro individuální práci s rodičem. V rámci systému se rodiči dostane pomoci při péči o dítě, jsou mu nabídnuty zprostředkování léčby, základní lékařská péče, pomoc při řešení sociálních problémů a podobně.

Obrázek 1 Koncept programu Společná šance



Společná šance využívá potenciál, který nabízejí existující systémy léčby závislosti, péče o ohrožené děti, náhradní rodinné péče a sociální práce s rodinami. Je zřejmé, že Společná šance nebude představovat univerzální řešení pro všechny děti, které byly nuceny kvůli závislosti rodičů nebo z jiných souvisejících příčin odejít z vlastních rodin. Záměrem je rozšířit spektrum možností řešení situace dítěte. Ideální stav je, pokud je Společná šance pojímána jako model preventivní a spolupráce je nastavena tak, aby se s rodičem (matkou) pracovalo již v době před narozením dítěte. I to představuje v českých podmínkách výrazný inovativní prvek.

Systém je založen na spolupráci všech profesionálů, kteří přicházejí do styku s rodinou uživatele či uživatelky návykových látek. Významným prvkem nového řešení situace této rodiny je využití rodinného zázemí pěstounské rodiny jako místa pro práci s rodičem. Principy práce, přístupy a rovněž některé postupy a metody popsané v metodice a návazném Manuálu jsou však využitelné i pro případy, v nichž není využívána náhradní rodinná péče, dítě vyrůstá v péči rodiče (jednoho z rodičů) nebo jiné blízké osoby (bez formálního svěřeni do náhradní rodinné péče soudem).

Faktor problémového užívání návykových látek rodičem klade vysoké nároky na všechny zúčastněné. V první řadě na dítě, na jeho širší rodinu i na další osoby ze širšího sociálního prostředí (včetně případných náhradních rodičů). Řešení problémů zpravidla vyžaduje dlouhodobou (několikaletou) systematickou práci. Úkolem „profesionálního“ systému je poskytovat všem zúčastněným koordinovanou po-

moc. Pro tento přístup je však potřeba vytvořit širokou spolupracující základnu odborníků, služeb a institucí včetně jejich metodické podpory (pracovní postupy, pravidla spolupráce atd.). V České republice naráží spolupráce mezi profesionálními aktéry na přetrvávající resortismus, rigidní právní úpravu činnosti poskytovatelů služeb, omezené možnosti financování a další limity i různé cíle jednotlivých aktérů. Společná šance se snaží tento deficit českého systému péče o ohrožené děti alespoň částečně odstranit. Využívá zahraniční zkušenosti, kde existuje široké spektrum možností podpory rodičů ve složité životní i sociální situaci. Ta zahrnuje nejen odborné (vzájemně spolupracující) služby (psychologické, adiktologické atd.), sociální práci s rodiči a dětmi, ale například také chráněné bydlení nebo hmotnou pomoc.

Metoda sdílené pěstounské péče a její propojení s řešením situace rodiče, který se léčí nebo léčil ze závislosti na návykových látkách, představuje v České republice úplnou novinku. Zahraniční zkušenosti jsou inspirativní, jejich přenositelnost je však limitována odlišným právním nastavením náhradní rodinné péče, financováním, fungováním služeb, soudů atd. Metodiku a návazný Manuál je proto nutné vnímat jako odborný podklad pro ověření Společné šance či některých prvků spolupráce v praxi. Pilotní projekty se budou nepochybně potýkat s celou řadou překážek a problémů. Úspěšné příklady dobré praxe pak mohou vést k systémovým řešením spočívajícím například v zahrnutí sdílené pěstounské péče mezi nové typy náhradní rodinné péče v České republice, vytvoření odpovídajících finančních mechanismů a forem podpory tohoto typu péče.

3. Struktura metodiky a Manuálu

Metodika Společná šance je určena pro pracovníce a pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany, adiktologických služeb, služeb na podporu ohrožených dětí a rodin, služeb na podporu náhradní rodinné péče, odborných pracovišť ze sociální i zdravotní oblasti a dalších aktérů mezioborové spolupráce. Informace obsažené v metodice jsou však využitelné pro každého, kdo se jakýmkoliv způsobem podílí na řešení situace dítěte a jeho rodiče, který se potýká s určitou formou závislosti na návykových látkách.

Metodika Společná šance vznikla na základě zahraničních zkušeností z vyspělých sociálních systémů, v nichž existuje široké spektrum možností pro podporu rodiče ve složité životní i sociální situaci a nástrojů na ochranu nejlepšího zájmu dítěte. Tyto formy pomoci zahrnují nejenom poskytnutí odborných služeb (sociálních, psychologických, adiktologických atd.) a zajištění přímé sociální práce s rodinou, ale také například nabídku (chráněného) bydlení, finanční či věcné pomoci a podobně. Základním prvkem je multidisciplinární spolupráce, která může kromě veřejné správy a poskytovatelů služeb zahrnovat například i soud. Již bylo řečeno, že jednou z mnoha forem této podpory je možnost „sdílené“ pěstounské péče, kdy v rodině proškolených pěstounů žije nejenom dítě, ale i jeho rodič (rodiče). V praxi jde především o matku dítěte (proto se v této metodice hovoří nejčastěji o ní), není však vyloučeno, aby byl tento systém využit i v případě otce dítěte. Podrobné informace z těchto zahraničních systémů naleznete v kapitole **Inspirace zahraniční praxí**.

Podmínkou úspěšné spolupráce v rámci systému Společná šance je dodržování základních přístupů a principů ze strany profesionálních pracovníků. Tyto principy jsou popsány v kapitole **Zásady a principy spolupráce**.

Společná šance je založena na spolupráci odborníků z různých vědních oborů, poskytovatelů různých typů odborných služeb, úřadů a samotných rodin. S ohledem na současné podmínky práce s uživateli návykových látek je inovativním prvkem tohoto

systému nejenom cílené zapojení náhradní rodinné péče, ale rovněž nastavení pravidel mezioborové spolupráce. Po dobu, kdy dítě nemůže vyrůstat v péči vlastních rodičů, vstupuje do systému pomoci náhradní rodina, která zachovává kontakty a vazby dítěte s jeho vlastní rodinou, podílí se aktivně na pomoci rodiči, podporuje ho v získání a rozvoji rodičovských kompetencí a ve spolupráci s odborným týmem usiluje o návrat všech členů rodiny do běžného života. Dítě, rodič i pěstouni jsou přitom podporováni různými typy služeb. Tyto služby by měly postupovat koordinovaně a sledovat společné cíle. Je zřejmé, že nastavení této spolupráce vyžaduje jasná pravidla a postupy. Popis této spolupráce je obsahem kapitoly **Aktéři systému Společná šance (tým Společná šance) a Soukromé osoby v systému spolupráce**.

Pro doplnění faktických informací k probírané problematice byla vytvořena zvláštní kapitola, která má dvě zásadní části. První se věnuje informacím ohledně problematiky závislosti na návykových látkách a jejích dopadů na rodičovství a dítě, druhá pak ochraně dítěte a formám pomoci rodiči a dítěti včetně vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny (zhodnocení potenciálu rodiče pro účast ve Společné šanci). Vše naleznete v kapitole **Klíčové odborné informace pro realizaci Společné šance**.

Na kapitolu popisující fungování systému spolupráce a role jednotlivých aktérů navazuje popis procesu spolupráce. Pro „vstup“ rodiče, dítěte i pěstouna do Společné šance existuje celá řada předpokladů. Tyto podmínky (specifikace, pro koho lze tento způsob pomoci využít), postupy práce s dítětem, rodičem a pěstounskou rodinou a další podrobnosti jsou popsány v kapitole **Fáze spolupráce**.

Jako „sdílená“ pěstounská péče je touto metodikou označována situace, kdy vlastní rodič dítěte žije po určitou dobu v pěstounské rodině, jíž bylo dítě svěřeno soudem do péče. Český právní řád nemá pro tuto situaci označení, resp. nepředpokládá společné soužití pěstounů, dítěte a jeho rodiče. Nastavení

tohoto „soužití“ vyžaduje určité právní kroky. Podobně je třeba v rámci spolupráce zohlednit různé právní úpravy, na jejichž základě fungují jednotlivé typy služeb. Tato problematika je podrobně popsána v kapitole **Právní aspekty spolupráce**.

Mezi nezbytnými podmínkami pro fungování spolupráce v rámci modelu Společná šance se bude nepochybně objevovat otázka financování. Český systém nezná model „sdílené“ pěstounské péče, a proto nejsou na podporu tohoto typu péče ani nastaveny potřebné finanční mechanismy. Metodika Společná šance se přesto pokusila naznačit určité možnosti, které současný systém nabízí v oblasti financování v kapitole **Financování spolupráce**.

Metoda Společné šance je náročná na koordinaci a management, a proto se jedna z kapitol věnuje blíže rizikům, protože jejich správné určení a eliminace představuje zásadní vliv na úspěch programu. Jak tento proces zvládnout, je popsáno v kapitole **Management rizika**.

Program Společná šance kromě manažerských procesů potřebuje také pracovat s faktorem změny. S obměnami v plánech se počítá, ale je nutné, aby jejich podnět i řešení měly strukturovanou podobu, aby si všichni v multidisciplinárním týmu rozuměli a vyhodnocovali situaci podle předem daných parametrů. Tomuto tématu se věnuje kapitola **Evaluace**.

Metodika Společná šance vytváří ucelený teoretický základ pro nastavení systému mezioborové spolupráce. Pro její dobré fungování je třeba disponovat alespoň základními poznatky z oblasti léčby závislosti, náhradní rodinné péče, sociální práce s rodinami a dětmi a informacemi o fungování jednotlivých systémů.

Na metodiku navazuje praktický „provozní“ **Manuál**, který se věnuje podrobnému popisu této spolupráce, jejím jednotlivým fázím, procesům a nástrojům práce s rodiči, dětmi a pěstounskými rodinami, rizikům spolupráce a jejich předcházení.

4. Inspirace zahraniční praxí

Tzv. sdílená pěstounská péče, kdy je v pěstounské rodině poskytováno zázemí i rodiči dítěte, funguje v několika evropských zemích. Pro Společnou šanci se hlavní inspirací stalo **Dánsko**.

Dánský sociální systém se vyznačuje velmi širokými možnostmi podpory rodin s dětmi včetně rodičů, kteří nemohou naplňovat svou rodičovskou odpovědnost. Základní právní úpravou je zákon o rodičovské odpovědnosti z roku 2007 (Forældreansvarsloven). Zákon v úvodních ustanoveních zdůrazňuje, že s dětmi musí být zacházeno s ohledem na jejich osobnost a nesmějí být vystaveny tělesnému trestu nebo ponižujícímu zacházení. Na tuto úpravu povinností rodiče navazuje zákon o sociálních službách z roku 2005 (Lov om social service, resp. Serviceloven), který pokrývá všechny typy služeb pro ohrožené rodiny a děti včetně možností finanční podpory a rovněž otázky náhradní rodinné péče a pobytové péče o děti. Všechny služby pro rodiny s dětmi jsou v Dánsku financovány z veřejných rozpočtů, jejich příjemce se v některých případech podílí na úhradě.

V Dánsku je kladen důraz na **včasnou prevenci**. Pozornost je (v zájmu ochrany nenarozeného dítěte) věnována všem těhotným ženám, zvláště pak těm, jejichž způsob života nebo sociální situace vytvářejí určitá rizika. Jde například o ženy, které nadměrně užívají alkohol nebo jiné návykové látky, ženy s duševním onemocněním nebo mentálním znevýhodněním, ženy žijící v nevyhovujících životních podmínkách, žijící se prostitutí atd. Dánský systém vychází z poznatků, že doručení pomoci těmto cílovým skupinám je často poměrně komplikované. Z tohoto důvodu je pomoc nabízena v běžném „komunitním“ prostředí, konkrétně prostřednictvím praktických a ženských lékařů a následně v nemocnicích, kam ženy docházejí. Žena přichází do služby primárně jako „nastávající matka“, nikoliv jako „uživatelka návykových látek“.

Ambulantní oddělení pro rodiny (Familieambulatoriet; Dánsko)

Z tohoto důvodu je ve všech pěti vyšších územně správních celcích (regionech) v Dánsku v rámci gynekologicko-porodnických oddělení univerzitních nebo regionálních nemocnic zřizována sociálně-zdravotní služba Familieambulatoriet (volně přeloženo „ambulantní oddělení pro rodiny“)¹. Podrobný popis činnosti této služby vychází z informací od ambulantní služby působící v rámci univerzitní nemocnice ve Hvidovre nedaleko Kodaně. Cílem služby je systematická práce s těhotnými ženami a rodiči dětí do dvou let věku (případně i déle, až do sedmi let věku dítěte)², v případech, že dochází ke zvýšené míře ohrožení dítěte (včetně dětí ještě nenarozených). Jde o způsob prevence úmrtnosti dětí v prenatálním a neonatálním věku, vývojových vad, následků závislosti atd. Jak již bylo uvedeno, jde o službu nejen pro rodiče závislé na návykových látkách, ale i HIV pozitivní, žijící se prostitutí atd. Součástí sociální práce s rodinou je (v případě potřeby) zajištění odpovídajícího bydlení a ekonomického standardu. Cílem služby je především zajistit stabilní zázemí pro matku v době těhotenství. Těhotenství je vnímáno nejenom jako záležitost fyziologická, ale rovněž psychologická. Služba pracuje především na vytvoření vazby mezi matkou a dítětem, a to nejen po narození dítěte, ale již v době těhotenství. Vychází z přesvědčení, že všechny těhotné matky chtějí pro své dítě to nejlepší, ne všechny jsou však schopny dostat tomuto předsevzetí.

Výhodou této služby je „nizkoprahový“ přístup pro klienta. Ačkoliv jde o vysoce specializovanou a multioborovou službu, je poskytována v rámci běžné nemocnice, kam budoucí matka nebo rodiče novorozeného dítěte běžně docházejí. Je jí/jim však poskytnuta vysoce odborná služba propojující obory sociální práce, psychologie, adiktologie, psychiatrie,

¹ Mezioborový intervenční model Family Center vznikl koncem 80. let minulého století ve Spojených státech amerických (ve Filadelfii). Model se stal inspirací pro dánské Familieambulatoriet. Podobné služby však existují i například v Norsku či Švédsku.

² I po ukončení intenzivní práce matka dochází do služby jednou až dvakrát ročně na konzultace. Tyto návštěvy jsou dobrovolné, jsou však monitorovány²³ a v případě potřeby je informován sociální odbor.

lékařské péče, porodnictví atd. Služba je poskytována bezplatně na principu dobrovolnosti (náklady jsou hrazeny státem). Klientka (budoucí matka) přichází do služby na základě doporučení ošetřujícího lékaře (gynekologa, všeobecného lékaře apod.). Kontaktovat službu však může kdokoli, kdo má obavy, že má těhotná žena určité problémy. Okruh hlavních činností služby zahrnuje:

- Zajištění včasné intervence v době těhotenství. V rámci prvního kontaktu se službou je matka vyšetřena lékařem, který zjistí, v jakém zdravotním stavu jsou matka a plod. Další postup, který je projednán s matkou. Služba poskytuje matce pomoc i v případě, že se rozhodne pro interrupci.
- Podporu navázání vazby mezi matkou s dítětem (attachment) a další formy psychosociální podpory.
- Medicínské terapie vztahující se k užívání návykových látek včetně metadonové terapie.
- Následná podpora po narození dítěte (například zpracování plánu kojení u matek s medikací).

Familieambulatoriet úzce spolupracují se sociálními odbory místních samospráv (Kommuner), které jsou prvoinstančním orgánem veřejné správy. V Dánsku je 98 těchto správních orgánů, rozsahem činnosti a velikostí územních obvodů odpovídají obecním úřadům obcí s rozšířenou působností v ČR. Posudek ambulantních oddělení pro rodinu je jedním ze základních podkladů pro rozhodnutí, zda matka bude po porodu schopna starat se o dítě, nebo jestli je nutné uvažovat o náhradní formě péče. Služba tak plní i funkci diagnostickou (provádí vlastní šetření). Pokud není vazba mezi matkou a (ještě nenarozeným) dítětem vytvořena do sedmého měsíce těhotenství, jsou uplatňovány speciální supervizní postupy a informován sociální odbor místní samosprávy. Sociální odbory poté paralelně řeší, jak bude o rodinu postaráno po narození dítěte. Familieambulatoriet rovněž spolupracují s krajskými centry pro léčbu závislosti. Při léčbě závislosti je kladen důraz na stabilitu budoucí matky, snižování dávek (náhlá abstinence může mít negativní dopady na nenarozené dítě), případně přechod na jinou látku (např. místo heroínu metadon). Aktivní uživatelky návykových látek navštěvují službu jednou týdně, abstinující už-

vatelky jednou za čtyři týdny. V případě potřeby existuje možnost hospitalizace (až na dobu tří měsíců). Familieambulatoriet poskytují poradenství i pěstounským rodinám, například tehdy, pečují-li o dítě s abstinenčním syndromem.

Základem služby je multidisciplinární tým složený ze sociálního pracovníka, psychologa, lékaře a porodní asistentky. Porodní asistentka je přitom specializovanou profesí, která provází matku během celé doby těhotenství. Tým, který pracuje formou case managementu, se schází pravidelně jednou týdně na kazuistických setkáních (případových konferencích). Je provázán s dalšími typy služeb, institucí a odborných pracovišť:

1. neonatologickými a pediatrickými odděleními nemocnice (dětí s poporodním abstinenčním syndromem jsou v péči těchto oddělení, dokud příznaky neodezní, matka může v tu dobu rovněž setrvat v nemocnici)
2. sociálními službami
3. obvodními lékaři
4. psychiatrickými odděleními, ambulancemi a léčebnami
5. centry pro léčbu závislosti na návykových látkách
6. navštěvujícími sestrami (tato služba v minulosti fungovala i v českých zemích)

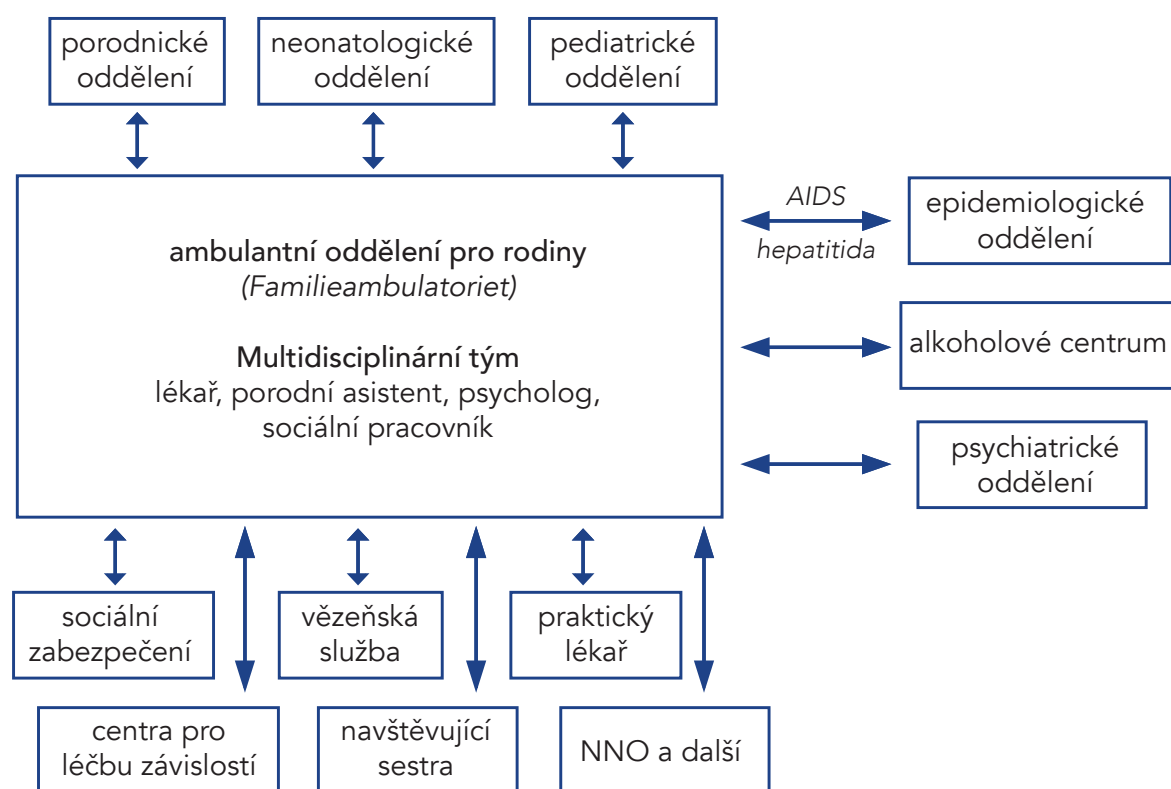
V případě potřeby (podle situace rodiče) jsou do spolupráce zapojovány i probační služby, epidemiologická pracoviště (např. v případě HIV pozitivních rodičů) a další odborná pracoviště.

Služba pro rodiče a rodiny s dětmi Familieprojektet³, Dánsko

Familieprojektet je multidisciplinární služba pro rodiče a rodiny s dětmi zaměřená na budoucí rodiče nebo na rodiče s dětmi krátce po narození. Služba je zajímavá nejen propojením většího množství specializací (sociální pracovníci, sociální pedagogové, psychologové, psychiatři, dětské zdravotní sestry atd.), ale rovněž tím, že dokáže současně pracovat jak s dítětem, tak rodičem dítěte i náhradním rodičem. Většinu z 80 zaměstnanců však tvoří sociální pracovníci.

³ Family Project, <https://fampro.dk/>

Obrázek 2 Schéma činnosti služby Familieambulatoriet



Kromě práce s vlastní rodinou dětí se služba orientuje i na zajišťování a podporu (profesionální) pěstounské péče. Služba vznikla v reakci na případy, kdy je nutná vysoká (specializovaná) míra podpory rodiče a hrozí odebrání dítěte do ústavní péče. Cílovou skupinou jsou tak rodiče – problémoví uživatelé návykových látek (včetně těhotných žen) – žijící se prostitutí, HIV pozitivní, s mentálním znevýhodněním atd. S rodičem se systematicky pracuje i v případě odebrání dítěte (vytváří se prostor pro návrat dítěte zpět do vlastní rodiny).

Jednou ze služeb je tzv. sdílená pěstounská péče. Dánská legislativa umožňuje, aby v pěstounské rodině současně pobýval rodič spolu s dítětem. Toto řešení je službou označováno jako „třetí cesta“, kompromis mezi (rizikovým) setrváním dítěte v péči rodiče a odebráním dítěte a jeho umístěním do institucionální výchovy. I v případě, že je dítě umístěno do náhradní péče samostatně, je i nadále rodiči poskytována odborná podpora směřující k reintegraci rodiny. Familieprojektet nabízí široké spektrum intervencí:

1. rodinné terapie;
2. nácvik dovedností ve vlastním bydlení rodiče;
3. podpora pro budoucí matku s psychickým a psychiatrickým znevýhodněním v době těhotenství;
4. odlehčovací péče pro rodiny v případě nemoci člena rodiny;
5. podpora v případě rozvodu či rozluky rodičů;
6. odborné služby pro pěstounské rodiny (včetně tzv. síťových rodin);
7. péče o specifické skupiny (vojenští veteráni a jejich děti, uprchlíci atd.);
8. sociální rehabilitace uživatelů návykových látek (vzdělání, zaměstnání, bydlení);
9. provozování chráněného a krizového bydlení.

Služba je provozována na základě **zakázky** od příslušného sociálního odboru místní samosprávy (služba sama nedělá depistáž, tu zajišťuje sociální odbor). Od úřadu dostává organizace zpracované vyhodnocení situace dítěte a rodiny, na jehož základě sama zpracovává plán služby a navrhuje rovněž náklady, které má orgán veřejné správy uhradit. Vyhodnoce-

ni situace rodiny je zpracováváno obdobným způsobem jako v České republice, sociální úřad provádí sociální šetření a rozhovory s rodiči a dítětem, získává zprávy ze škol, posudky zdravotnických a dalších odborných služeb. Způsob zadávání formou veřejných zakázek znamená, že služba není financována formou „standardních dotací“, pohybuje se v konkurenčním prostředí s ostatními poskytovateli služeb, v rámci vnitřního řízení je tedy kladen veliký důraz na řízení kvality a efektivitu vykonávaných činností. Dostupnost služby je však flexibilnější než ve službách veřejných. Cílem služby není vytvořit „perfektní rodinu“, ale alespoň rodinu „dostačující“, ale i rodinu, která dítě neohrožuje a dostatečně naplňuje jeho potřeby.

V týmu služby působí sociální pracovníci (ti činnost koordinují), sociální pedagogové, dětské psychologové, dětské zdravotní sestry, psychiatrický střední zdravotnický personál, porodní asistentky, konzultanti a další odborníci. Zaměstnanci jsou cca 20 % příjmů zainteresováni na ekonomických výsledcích služby.

Specifikem služby je využívání možností náhradní rodinné péče při řešení situace rodiny včetně společného „umístění“ rodiče s dítětem do pěstounské rodiny. Do tohoto typu pěstounské péče jsou svěřovány děti různého věku (včetně starších dětí). Přitom se klade důraz na stabilitu dítěte. Pro tento účel si služba sama vyhledává vhodné pěstouny a připravuje je na jejich roli. Jde o profesionální pěstounskou péči, plat pěstouna se pohybuje na průměrné úrovni (odpovídá například platu učitele). I tak je tato služba dvakrát levnější než umístění dítěte do institucionální péče. Ročně je službou Famílieprojektet zprostředkováno deset až dvacet umístění do této specializované náhradní rodinné péče. Vzhledem k tomu, že jde zpravidla o zletilého rodiče, je pobyt v pěstounské rodině právně ošetřen smlouvou uzavřenou mezi rodičem a sociálním odborem místní samosprávy. Tento odbor následně uzavírá dohodu s příslušnou službou, která zaměstnává pěstouny (nebo přímo s pěstounem). V náhradní rodině se utvoří menší „komunita“ s nastavenými pravidly, která jsou všichni zúčastnění

povinni respektovat. Rodič sám hospodaří s vlastními finančními prostředky, zpravidla je mu v domácnosti (domě) pěstouna vytvořen prostor, kde sám hospodaří, vaří atd. Má však podporu přítomných pěstounů, kteří se zaměřují především na motivaci rodiče. V případě rodiče, který byl závislý na návykových látkách, je podmínkou pro společné umístění dítěte a rodiče do pěstounské rodiny předchozí abstinence (postup, kdy rodič absolvoval léčení nebo odvykací kúru až po umístění do pěstounské rodiny, se ukázal jako neefektivní). Po umístění dítěte do rodiny (případně společně s rodičem) provádí služba supervizi pěstounské péče, řeší případné konflikty a problémy v pěstounských rodinách formou mediace a zprostředkovává další odborné služby. O postupu služby je průběžně informován příslušný sociální odbor místní samosprávy (je podávána zpráva minimálně jednou za dva měsíce).

Minimální doba spolupráce služby s rodičem je jeden a půl roku. První tři měsíce jsou věnovány intenzivní práci na motivaci rodiče ke změně dosavadního života (vyhodnocení, zda je rodič schopen změnu ve svém životě uskutečnit) a vytváření vazeb mezi rodičem a dítětem. Na tomto základě pokračuje nácvik rodičovských kompetencí s postupným osamostatňováním rodiče. Během tohoto procesu mohou být i fáze, kdy dítě zůstává v pěstounské rodině bez rodiče, který ho pravidelně navštěvuje. Organizace se snaží vždy zachovat kontakt s rodičem, primárně tedy není podporováno „právní“ uvolnění dítěte a jeho osvojení. Organizace má k dispozici čtyři byty v běžné zástavbě, které jsou využívány nejenom pro „následné“ bydlení, ale například i jako zázemí pro matky ohrožené domácím násilím. Doba pobytu se pohybuje od tří měsíců po jeden a půl roku. Rodič se z motivačních důvodů finančně podílí na nájemném (zbytek hradí sociální odbor jako součást úhrady služby). V případě programů pro rozvoj rodičovských kompetencí je rodič v intenzivním kontaktu se sociálním pracovníkem. Ten ho navštěvuje dvakrát až třikrát týdně, v případě potřeby však i každý den.

Dánský systém péče o ohrožené děti je postaven především na dohodě s rodičem jako držitelem ro-

dičovské odpovědnosti. Z toho vyplývají odlišné kompetence tamních sociálních úřadů, než je tomu v případě orgánů sociálně-právní ochrany v České republice. Svěření dítěte do náhradní rodinné péče předchází posouzení a vyhodnocení jeho situace. Rozhodnutí o svěření dítěte do náhradní rodinné péče je zpravidla uskutečněno se souhlasem zákonného zástupce a u dítěte staršího 12 let i se souhlasem dítěte. Pokud hrozí riziko újmy dítěte, může být odebráno rodině i bez jejího souhlasu. K umístění dítěte do náhradní rodinné péče na základě rozhodnutí soudu však dochází jen ojediněle, zpravidla je dosaženo dohody s rodiči (v tomto případě může dítě do péče umístit přímo místní úřad). V České republice však hrají soudy ve věcech umístění dítěte do náhradní rodinné péče rozhodující roli. Z tohoto důvodu je účelné kromě systémů multidisciplinární spolupráce na úrovni úřadů nebo služeb představit model aktivního zapojení soudu do řešení situace dítěte. Tento příklad však není z Dánska, ale z Velké Británie.

Family Drug and Alcohol Court⁴ (specializovaný soud řešící případy rodičů se závislostí na návykových látkách; Velká Británie)

Jde o činnost specializovaného soudu, který se zabývá případy rodičů se závislostmi na návykových látkách. Soud vznikl v reakci na neuspokojivou situaci v rodinách, kde docházelo k opakovanému odebírání dětí z důvodu problematického užívání návykových látek rodiči. Inspirací bylo řešení podobných situací ve Spojených státech amerických. Vzniku specializovaného soudu předcházelo čtyřleté přípravné období financované vládní subvencí. Konkrétní kauzy rodin doporučují k projednání před tímto soudem místní úřady (local authorities). Místně příslušný úřad, který vyhodnotí rozsah ohrožení dítěte v takové míře, že hrozí jeho odebrání z rodiny, kontaktuje soud. Užívání drog je vždy bráno za riziko, nicméně po každé jsou posuzovány rodičovské kompetence v širším měřítku ve vztahu k dítěti. Lhůta pro nalezení řešení je 26 týdnů (cílem je, aby soudní procesy s ohledem na zájem dítěte trvaly co nejkratší dobu).

Spolupráce rodiče s odborníky a dalšími zainteresovanými osobami se uskutečňuje na základě ujednání. V dohodě nejsou obsaženy žádné sankce s výhradou, že pokud případ nebude postupovat, bude předložen k projednávání u klasického soudu a rodiči nebudou poskytnuty výhody odborného týmu. U specializovaného soudu je práce s rodičem výrazně intenzivnější, než je tomu v případě „klasických“ rodinných soudů. Tato práce zahrnuje:

- pravidelné schůzky se sociálními pracovníky
- pravidelné testování
- intenzivní kontakt se soudem
- kontinuitu osoby soudce
- jednání bez přítomnosti advokátů (nerozhoduje se o žádných právních záležitostech)
- pravidelné hodnocení případu (každé dva týdny)

Podstatné jsou motivace a spolupráce rodičů. Rodiči je ihned na počátku zdůrazněna jeho klíčová role na úspěšnosti celého procesu (odborní pracovníci a soud jsou připraveni poskytnout mu veškerou podporu, ale úspěch závisí na jeho vnitřní síle). Rodič musí během 15 až 18 týdnů prokázat vůli ke spolupráci.

Veškeré činnosti a rozhodnutí jsou konány s cílem zajistit nejlepší zájem dítěte. Jde například o otázku kontaktu dítěte s rodiči, který se neřeší z perspektivy práva rodiče, ale dítěte na (bezpečný) kontakt s nejbližšími osobami. K dispozici je „check list“ dítěte, který hodnotí:

- přání a pocity dítěte (jeho názor je jedním z důležitých faktorů),
- tělesnou a emocionální zralost, vzdělávací potřeby,
- dopad na dítě po změně poměrů,
- věk, pohlaví, případné individuální potřeby,
- újmu, kterou již dítě utrpělo, případně by mohlo utrpět,
- schopnost rodičů nebo širší rodiny postarat se o dítě,
- soudní pravomoci (co je možné v případě udělat).

Odborný tým pro práci s rodinou je tvořen sociálním pracovníkem, psychoterapeutem, dětským psychiatrem, klinickou sestrou, odborníkem na drogovou problematiku, odborníkem na řešení problematiky

⁴ Family Drug and Alcohol Court National Unit – <http://fdac.org.uk/>

domáciho násilí (v rodinách uživatelů návykových látek jsou často přítomny i psychické potíže nebo násilí) a mentorem. Dítěti je ustanoven poručník. Tuto roli neplní sociální pracovník, ale osoba ustanovená soudem. Pokud dojde ke kolizi v názoru sociálního pracovníka a poručníka dítěte, vstupuje do procesu právník dítěte. Rozhodnutí je však vždy na soudu.

Práce s rodičem se uskutečňuje i v případě, že je dítě umístěno do náhradní péče (pěstounské nebo ústavní). Cílem je reintegrace rodiny. Po určitou dobu po úspěšném navrácení dítěte do péče rodiče může probíhat soudní dohled (např. po dobu jednoho roku). K dispozici jsou však i rezidenční služby, kde může pobývat rodič společně s dítětem.

5. Zásady a principy spolupráce

Podmínkou úspěšné spolupráce v rámci systému Společná šance je dodržování základních přístupů a principů ze strany profesionálních pracovníků.

1. Předním hlediskem je zájem dítěte

Všechny aktivity projektu Společná šance vycházejí z principu nejlepšího zájmu dítěte a jsou zaměřeny na to, aby děti mohly vyrůstat v bezpečné a podnětné péči v přirozeném, tj. rodinném prostředí. Zvláštní pozornost je věnována nejmenším dětem, které nejsou schopny vyhodnocovat svou situaci a zajistit si ochranu. Všichni aktéři systému (profesionální pracovníci i pěstounská rodina) mají společný cíl spočívající v zajištění bezpečí a podmínek pro zdravý vývoj dětí. Za dosažení tohoto cíle nesou společnou odpovědnost.

Při výkladu pojmu zájem dítěte vycházejí všichni zúčastnění z Obecného komentáře č. 14 Výboru pro práva dítěte⁵. Je třeba vždy sledovat základní faktory určující zájem dítěte, kterými jsou:

1. názory dítěte,
2. identita dítěte, která sestává ze znaků, jakými jsou pohlaví, sexuální orientace, národnost, náboženství a přesvědčení, kulturní příslušnost a osobnost,
3. ochrana rodinného prostředí a udržování vztahů (předcházení rozpadu rodiny a ochrana jednoty rodiny),
4. péče, ochrana a bezpečí dítěte,
5. právo dítěte na zdraví a jeho zdravotní stav,
6. právo dítěte na vzdělání, resp. přístup ke kvalitnímu vzdělání včetně předškolního vzdělávání, neformálního či zájmového vzdělávání a souvisejících činností.

2. Pozitivní, nehodnotící přístup

Při práci s rodinami a dětmi je uplatňován pozitivní přístup bez předsudků. Je třeba si uvědomit, že návykové látky (například alkohol, nikotin či kofein) užívá velká část populace. Vznik závislosti je velmi

individuální záležitostí. Závislost na návykových látkách není v současné době již vnímána jako otázka morální a charakterová, ale medicínská. Cílem Společné šance je pomoc dítěti prostřednictvím pomoci jeho rodiči. Velkou roli při spolupráci s rodičem hraje jeho motivace. Základem této spolupráce musí být nehodnotící a pozitivní profesionální přístup (oceňování i drobných pokroků v navazování vztahů s dítětem, při získání kompetencí pečovat o dítě atd.). Výčitky do práce s rodiči nepatří. Všechny aktivity vyvíjené vůči rodiči i dítěti musejí vycházet z prokazatelně zjištěných a objektivně vyhodnocených skutečností. Je zřejmé, že řada projevů souvisejících s užíváním návykových látek se může nebo také nemusí vyskytnout. Je proto vždy nutné zkoumat především samotnou úroveň rodičovské péče.

3. Dlouhodobá spolupráce s rodinou

Vzhledem k závažnosti řešených problémů nelze očekávat rychlé vyřešení situace rodiny. Pozitivní změny se mohou dostavit až po velmi dlouhé době intenzivní práce s rodičem. Je proto vhodné stanovit minimální dobu spolupráce (alespoň šest měsíců) a všechny kroky plánovat s dlouhodobou perspektivou. Je nutné připravit se na skutečnost, že během spolupráce může docházet k různým „propadům“, regresům atd. Zásadní chybou při práci s rodičem je stanovení časově nereálných lhůt ke změně a v případě, že v těchto lhůtách nedojde k pozitivnímu posunu, přijímat rozhodnutí s dalekosáhlými dopady na život dítěte a rodiny. Vhodnější je nastavit zprvu cíle a lhůty snadněji dosažitelné a dílčí, neboť tento postup umožní „zažít“ naplnění cíle, uspokojení a pocit „vítězství“, což má pozitivní dopad na další motivaci klientů. V případě využití pěstounů na přechodnou dobu při řešení situace dítěte může být limitem maximální doba trvání této péče po dobu jednoho roku. I tuto skutečnost však lze ve výjimečných případech ve spolupráci se soudem řešit (viz kapitola Právní aspekty spolupráce).

⁵ Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR 2016, s. 114n.

4. Aktivní zapojení rodiče do řešení situace (partnerský přístup)

V metodice je několikrát zdůrazněno, že hlavním nositelem změny je rodič. Z tohoto důvodu je nutné přistupovat v rámci spolupráce k rodiči jako k partnerovi, informovat ho o všech důležitých skutečnostech, počítat s jeho účastí na jednáních apod. Cílem všech zúčastněných je dát rodiči šanci pečovat o své dítě a maximálně ho podpořit, nikoliv k němu přistupovat jako k nesvéprávnému a snažit se ho převychovat. Pokud rodič nebude přijímán jako plnohodnotný partner, snižuje se úspěšnost jeho zapojení v projektu.

5. Koordinovaný mezioborový přístup

Anglický ekvivalent pojmu „mezioborový přístup“, označený „working together“, vyjadřuje podstatu spolupráce. Odborníci by měli pracovat spolu, a nikoliv nezávisle na sobě či vedle sebe. Důvodem je fakt, že ochrana klienta není předmětem zájmu pouze jednoho resortu, jedné instituce, ale je vždy nutné propojení služeb různých institucí, aby ochrana byla komplexní. Nespolupráce jednotlivých institucí může vést k negativnímu dopadu na klienta, a to i přesto, že jednotlivě mohou tyto instituce pracovat na špičkové úrovni. Pozitivní stránku spolupráce lze spatřovat v poskytnutí komplexní a rychlé péče.

Přístup založený na komplexní pomoci rodině vyžaduje intenzivní, otevřenou a aktivní spolupráci všech zúčastněných odborníků i rodiny.

Mezi bariéry, které ztěžují nebo přímo znemožňují mezioborovou spolupráci, patří:

- rozdílný status profesí,
- zaměření na různé členy rodiny (dítě x rodič x pěstoun),
- různá kultura organizací,
- důvěra (či nedůvěra) klienta v některou z organizací,
- konkurence mezi organizacemi,
- stereotypy a rozdílné přístupy k pojetí práv,
- nedostatečná důvěra v kompetentnost ostatních odborníků v týmu,
- nevyjasněnost rolí a kompetencí,
- nedostatečná kooperace.

Z tohoto důvodu je při nastavování spolupráce různých subjektů v rámci systému Společná šance nutné dodržovat následující:

1. Vytvořit funkční tým osob na interdisciplinárním základě.
2. Zajistit koordinaci týmu (spolupráce by měla fungovat na pevných pravidlech, nejlépe s vytvořením písemné dohody o spolupráci).
3. Zajistit komunikaci mezi všemi členy týmu (pravidelné schůzky, nastavení způsobu sdílení a předávání informací atd.).
4. Zajistit, aby členové týmu znali kompetence a možnosti ostatních zúčastněných odborníků.
5. Jasně definovat možnosti spolupráce, cíle a role.
6. Zajistit další vzdělávání členů týmu.

V další části metodiky a také manuálu jsou tyto principy rozpracovány do konkrétních úkonů a aktivit. Základem mezioborové spolupráce je konsenzuální rozhodování. Plánované kroky by měli odsouhlasit z pohledu své odbornosti všichni zúčastnění aktéři.

6. Aktéři systému Společná šance (tým Společná šance)

Společná šance je založena na spolupráci zástupců veřejné správy (orgánů sociálně-právní ochrany dětí, sociálních pracovníků obcí), poskytovatelů různých typů služeb (služby na podporu rodičovských kompetencí, na podporu výkonu náhradní rodinné péče, adiktologické, psychologické, terapeutické a další odborné služby, zdravotní služby – pediatr, praktický lékař, psychiatr atd.), samotných rodin a případně i jejich širšího sociálního prostředí. Do systému mohou ve specifických situacích v životě rodiče vstupovat i další instituce a služby. Řešení vychází ze skutečnosti, že v současné době jsou až na určité oblasti (například sociální bydlení) k dispozici služby, které jsou schopny zajistit dílčí řešení problémů rodiče. Neřeší však situaci rodiny komplexně, a proto je celková efektivita pomoci nízká. Funkční systém

mezioborové spolupráce vyžaduje zřetelné vyjasnění postavení, oprávnění a rolí jednotlivých aktérů, jejich úkolů a kompetencí.

Společná šance je totiž systémem spolupráce subjektů, jejichž práva a povinnosti jsou regulovány odlišnými právními normami a principy (zásadami) činnosti. Pro definici rolí jsou tyto zásady velmi důležité. Subjekty lze rozdělit do tří základních skupin:

1. Orgány veřejné správy (ve Společné šanci jde zejména o orgány sociálně-právní ochrany), které se řídí zásadou, že mohou vykonávat pouze to, co jim platná právní úprava umožňuje nebo naopak nařizuje⁶.

2. Soukromé (fyzické) osoby mohou naopak činit vše, co právní úprava výslovně nezakazuje.

Obrázek 3 Aktéři programu Společná šance



⁶ Specifické postavení mají samosprávné úkony obce. Ačkoliv jde o subjekt veřejné správy, má poměrně široké kompetence při nakládání s vlastním majetkem (pravidla pro nakládání s byty, možnost přidělovat finanční dotace, půjčky občanům atd.).

3. Další soukromoprávní subjekty, jimiž jsou například poskytovatelé služeb, se řídí podobnou zásadou jako fyzické osoby. Jejich činnost je však v mnohem větší míře regulována různými právními předpisy (mají např. dodržovat standardy kvality, poskytovat služby prostřednictvím kvalifikovaných osob atd.).

Je vždy nutno rozlišovat, jaké kroky ve vztahu k soukromoprávním účastníkům lze činit na základě zákonného oprávnění a jaké na základě vzájemné dohody (souhlasu). Poskytovatelé služeb například na rozdíl od příslušného orgánu sociálně-právní ochrany nemohou (a tento orgán nemá oprávnění tuto kompetenci na ně například smluvně přenést):

- a) vstupovat bez souhlasu oprávněných osob (vlastník, uživatel) do prostor, kde dítě žije,
- b) pořizovat si bez souhlasu dotčených osob audiovizuální a jiné podobné záznamy,
- c) vyžadovat spolupráci, účast na jednání, předložení listin a dokladů týkajících se dítěte.

Tým Společná šance je složen z profesionálů, kteří působí v systému péče o ohrožené děti, členů rodiny a případně i dalších osob ze širšího sociálního prostředí rodiny. Po umístění dítěte do náhradní rodinné péče se členy týmu stávají také pěstouni.

Z profesionálů se na činnosti týmu podílejí zejména zástupci těchto subjektů:

- obecní úřad obce s rozšířenou působností (jako orgán sociálně-právní ochrany místně příslušného k dítěti a k pěstounům, ale i jako realizátor sociální práce vykonávané na základě zákona o sociálních službách);
- krajský úřad ve fázi zprostředkování náhradní rodinné péče;
- doprovázející organizace pěstounské rodiny (subjekt, s nímž má pěstounská rodina uzavřenou dohodu o výkonu pěstounské péče);
- sociální či zdravotní služba, která pracuje s rodičem v oblasti léčby závislosti;
- sociální služba, která s rodičem pracuje v oblasti řešení jeho nepříznivé sociální situace a nácviku rodičovských kompetencí.

Členy týmu se mohou dále stát v případě potřeby (podle situace rodiče a problémů, které jsou řešeny) další subjekty, resp. jejich pracovníci a pracovníci. Tým Společná šance spolupracuje (může spolupracovat) s/se:

- soudem (soud stanovuje parametry péče o dítě, stanovuje okruh práv a povinností pěstounů a rodičů, řeší otázky osobního styku rodiče s dítětem apod.); v případě řešení otázek péče o dítě má soud poměrně širokou působnost (na rozdíl od „klasických“ soudních řízení může soud v řízeních péče o dítě postupovat „vyšetřující“ metodou, není vázán pouze důkazy předloženými účastníky řízení);
- krajskou pobočkou Úřadu práce ČR (konzultace ohledně dávek, získání zaměstnání pro rodiče atd., tento úřad rovněž odpovídá za vymáhání výživného),
- pediatrem (resp. praktickým lékařem dítěte, který sleduje jeho vývoj a navrhuje případná odborná vyšetření), ošetřujícím lékařem rodiče, nemocnicemi i ambulantními poskytovateli zdravotních služeb (předávání informací o návazných službách pomoci rodiči);
- dalšími odborníky pracujícími s dítětem, např. psychologem (vyšetřuje psychický stav dítěte, zjišťuje přítomnost psychopatologie), dětským psychiatrem (vyšetřuje psychický stav dítěte, stanovuje psychiatrickou diagnózu, případně vylučuje jiné zdravotní příčiny psychopatologie, navrhuje léčbu), psychoterapeutem atd.;
- pedagogicko-psychologickou poradnou nebo speciálně pedagogickým centrem (poradenská činnost v oblasti vzdělávání dítěte);
- probační a mediační službou v případech, kdy se rodič dopustil protiprávního jednání a tato služba je pověřena například dohledem nebo jiným druhem činnosti ve vztahu k rodině;
- dalšími relevantními aktéry.

V praxi může dojít k situaci, kdy některé ze služeb nejsou v daném regionu dostupné. Tato skutečnost omezuje účinnost, a především komplexnost spolupráce. V tomto případě je nutné obrátit se na orgány odpovědné za síť služeb, tj. obce (obecní úřady)

⁷ Viz zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.

v rámci komunitního plánování, kraje (krajské úřady) v oblasti plánování sociálních služeb a nastavování sítě zdravotních služeb (v tomto případě bude krajský úřad prostředníkem pro jednání se zdravotními pojišťovnami, které primárně odpovídají za vytváření sítě zdravotních služeb)⁸.

Další důležitou složkou týmu jsou:

- a) rodič, neboť on sám je hlavním „nositel“ změny;
- b) pěstouni, kteří jsou klíčoví pro poskytování pomoci rodiči v jeho rodičovské roli, protože s ním budou v rámci realizace Společné šance v nejužším kontaktu;
- c) osoby ze širší rodiny nebo širšího sociálního prostředí rodiče a dítěte; může jít o příbuzné, přátele, spolupracovníky atd.

V rámci vyhodnocení situace rodiny je nutné zjistit, zda jsou k dispozici blízké osoby, které by se mohly podílet na řešení situace rodiče a dítěte. Lze přitom využít různé metody práce včetně rodinných konferencí⁹. V rámci „týmu“ je nutné rozlišovat postavení profesionálů a soukromých osob.

Role obecního úřadu obce s rozšířenou působností (orgánu sociálně-právní ochrany) místně příslušného k dítěti

Hlavním úkolem orgánu sociálně-právní ochrany dětí (obecního úřadu obce s rozšířenou působností podle místa trvalého pobytu dítěte) je ochrana nejlepšího zájmu dítěte. Zároveň má pomáhat rodiči, aby mohl naplňovat svou rodičovskou odpovědnost. Při zvažování role orgánu sociálně-právní ochrany dětí v systému spolupráce Společná šance je však nutné zohlednit skutečnost, že tento orgán má nejenom úlohu podpůrnou, ale je povinen intervenovat v rodině (i proti vůli rodičů) v případě závažného ohrožení dítěte. Tato skutečnost může omezovat navázání vztahu důvěry mezi rodičem a sociálním pracovníkem či pracovníci. Úřad v rámci spolupráce a své role při ochraně dítěte:

- Zpracovává vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny a v návaznosti na toto vyhodnocení individuální plán ochrany dítěte (tuto kompetenci nelze přenést na jiný subjekt, neboť jde o správní činnost svěřenou pouze tomuto orgánu), na tento individuální plán však mohou navazovat další dokumenty a plány upřesňující spolupráci.
- Před podáním návrhu na umístění dítěte mimo péči vlastních rodičů nebo na omezení rodičovské odpovědnosti je povinen uskutečnit případovou konferenci, jejímž cílem je prověřit, zda neexistuje jiné řešení situace dítěte.
- Poskytuje poradenství rodiči (tuto roli je možné přenést na jiný subjekt, například poskytovatele služeb nebo vhodnou osobu ze sociálního prostředí rodiče).
- Podílí se na výběru vhodných náhradních rodičů v rámci procesu zprostředkování náhradní rodinné péče.
- Je oprávněn podat návrh na svěřením dítěte do náhradní rodinné péče, např. do pěstounské péče na přechodnou dobu, popř. do jiných forem náhradní rodinné péče podle § 14, § 16 nebo § 37 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.
- Vyjadřuje se (podává informace) k otázkám dávek pomoci v hmotné nouzi (viz § 28 zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi), státní sociální podpory atd., pokud je Úřadem práce ČR požádán o údaje potřebné pro správní řízení o těchto dávkách.
- Provádí dohled nad vývojem dítěte umístěného v náhradní rodinné péči (tuto kompetenci rovněž nelze přenést na jiný subjekt, opět jde o kompetenci svěřenou výhradně tomuto orgánu).
- Zprostředkovává názor dítěte a vytváří podmínky pro zapojování dětí do řešení situace, ve které žije.

Orgán sociálně-právní ochrany by se **neměl** zabývat dokazováním, zda rodič užívá návykové látky či nikoliv, ale tím, jak je zajišťována péče o dítě a jaké jsou potřeby tohoto dítěte (resp. jaké jsou kompetence rodiče na straně jedné a potřeby dítěte na straně druhé). S ohledem na cíle sociálně-právní ochrany

⁸ Podle § 95 zákona o sociálních službách kraj odpovídá za síť sociálních služeb a dostupnost sociálních služeb na svém území (přihlíží přitom na informace a podněty od obcí podle § 94 téhož zákona). Za síť zdravotních služeb odpovídají primárně zdravotní pojišťovny, které jsou podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, povinny zajistit místní a časovou dostupnost zdravotních služeb.

⁹ PAVLÍKOVÁ, MARTÍNKOVÁ, ŽENÍŠKOVÁ: Metodika rodinných konferencí. MPSV ČR. 2015.

a postavení orgánů sociálně-právní ochrany ve vztahu k nezletilému dítěti nelze situaci na straně rodiče, tj. jeho závislost na návykových látkách, ignorovat. Je však nezbytné k situaci rodiče přistupovat natolik citlivě a vyváženě, aby při zachování nejlepšího zájmu dítěte mohlo být docíleno posílení rodiny a motivace rodiče.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností má kromě úkolů v oblasti ochrany dětí zároveň povinnosti určené zákonem o sociálních službách. V případě, že je osoba v nepříznivé sociální situaci, měli by s ní pracovat sociální pracovníci tohoto úřadu. V praxi by tak mohlo jít o pomoc při zajištění sociálních dávek či navazujícího bydlení.

Role orgánu sociálně-právní ochrany místně příslušného k pěstounům

Jestliže má pěstounská rodina místo trvalého pobytu v jiném správním obvodu obce s rozšířenou působností než dítě, kterému je vyhledávána náhradní rodinná péče, vstupuje do systému další orgán sociálně-právní ochrany, který je místně příslušný k pěstounům. Tento úřad:

- Může uzavírat s pěstouny dohodu o výkonu pěstounské péče a poskytovat na základě této dohody služby pěstounské rodině (stává se „doprovázející organizací“). V případě, že dohodu s pěstouny uzavírá jiný subjekt, vydává tento úřad předběžný souhlas s uzavřením dohody, to se týká i všech pozdějších změn tohoto smluvního vztahu. Pokud není tato dohoda z jakéhokoliv důvodu uzavřena ve stanovených termínech, nahrazuje tento úřad dohodu správním rozhodnutím, v němž vymezuje práva a povinnosti pěstounů¹⁰.
- Může se podílet na výběru vhodných náhradních rodičů v rámci procesu zprostředkování náhradní rodinné péče (účast úřadu na tomto procesu závisí na praxi v jednotlivých krajích).
- Vyjadřuje se (podává informace) k otázkám dávek pěstounské péče, pokud je Úřadem práce ČR požádán o údaje potřebné pro řízení o těchto dávkách.

Pokud je místo trvalého pobytu dítěte a pěstounské rodiny shodné, vykonává všechny uvedené úkoly jeden úřad. Jestliže tento úřad uzavřel s pěstouny dohodu o výkonu pěstounské péče, měly by být v systému spolupráce personálně odděleny dvě základní role: poskytování služeb pěstounům na základě dohody o výkonu pěstounské péče (role podpůrná) a sledování vývoje dítěte umístěného v náhradní rodinné péči podle § 19 odst. 4 zákona o sociálně-právní ochraně dětí (role kontrolní).

Role krajského úřadu

Krajský úřad jako orgán odpovědný za oblast náhradní rodinné péče, výběr a přípravu pěstounů:

- vede evidenci dětí, kterým je třeba zprostředkovat náhradní rodinnou péči;
- vede evidenci osob, které mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu. U těchto osob provádí také odborné posuzování jejich předpokladů pro náhradní rodičovství.

Krajský úřad (resp. kraj) v systému spolupráce může dále:

- poskytovat pěstounům poradenství v souvislosti s přijetím dítěte do pěstounské péče;
- v případě, že pěstouni budou pro svoji roli potřebovat speciální přípravu, zajistit příslušné vzdělávání (trénink) pěstounů (u zkušených pěstounů bude tato příprava součástí následného vzdělávání, které zajišťuje doprovázející subjekt);
- poskytovat metodickou podporu aktérům, jimž je nadřízeným orgánem.

Role poskytovatelů odborných služeb v oblasti léčby závislosti

Významnou složkou systému Společná šance jsou adiktologické služby (odborné služby pro léčbu závislosti). Může jít o sociální nebo zdravotní služby, měly by být řádně akreditovány v oblasti jejich působnosti (certifikace odborné způsobilosti). Tyto služby:

- poskytují rodiči veškeré odborné – adiktologické poradenství, podporu, pomoc a léčbu podle potřeb a dohody s rodičem;

¹⁰ Podle ustanovení § 47b odst. 2 zákona o sociálně právní ochraně dítěte č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pokud nebude dohoda o výkonu pěstounské péče uzavřena do 30 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí příslušného orgánu o svěřeni prvního dítěte do péče osoby pečující nebo rozhodnutí o zařazení osoby v evidenci do evidence osob, které mohou vykonávat pěstounskou péči na přechodnou dobu, obecní úřad obce s rozšířenou působností, v jehož obvodu má osoba pečující nebo osoba v evidenci trvalý pobyt, upraví podrobnosti ohledně výkonu práv a povinností založených v § 47a svým rozhodnutím.

- vyjadřují se k doporučené formě a délce služby a k případné léčbě klienta;
- jasně definují na počátku spolupráce možné další přesahy nad běžný rámec adiktologického pracoviště (např. práce s rodinným systémem, psychiatrická péče jiného typu).

Role služeb na podporu rodičovských kompetencí

Cílem „Společné šance“ je reintegrace rodiny a obnovení jejích funkcí s ohledem na zájem dítěte. Důležitou složkou tohoto systému jsou proto služby, které pomáhají rodiči bez ohledu na skutečnost, zda právě pečuje o dítě či nikoliv. Tyto služby (sociální služby nebo pověřené osoby, zpravidla jde o nestátní neziskové organizace) mají zejména podpůrný a motivační charakter. Existuje proto u nich větší potenciál navázat vztah a spolupráci s rodičem. Jejich úkolem je pracovat s rodičem na jeho motivaci ke změně, poskytovat mu psychosociální podporu, pomáhat mu budovat vztah k dítěti, pracovat s rodičem na nácvicích rodičovských kompetencí a spolupracovat na řešení praktických záležitostí, jako je řešení otázky bydlení rodiče po ukončení pěstounské péče, finančního zabezpečení rodiny a podobně. V praxi může jít o sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, organizace pověřené k výkonu sociálně právní ochrany dětí, poradny apod.

Role služeb na podporu náhradní rodinné péče („doprovázejících“ organizací)

Doprovázející organizace (subjekt, s nímž má pěstoun uzavřenou dohodu o výkonu pěstounské péče) poskytují pěstounské rodině okruh služeb, který je popsán v samostatné podkapitole. Zapojení pěstounů do aktivního řešení situace rodiče se může projevit v rozsahu služeb, které doprovázející subjekt rodině poskytuje, především v oblasti odborné pomoci či poradenství.

Pěstouna je nutné na práci s rodičem připravit. Jeho role je ve Společné šanci natolik specifická, že bude vyžadovat intenzivnější přípravu a trénink, než nabízí běžné vzdělávání. Na této „dodatečné“ přípravě se může podílet jak subjekt, který pěstouna na přechodnou dobu původně připravoval (realizátor příprav v příslušném regionu)¹¹, tak doprovázející organizace nebo další odborné služby. I tuto „dodatečnou“ přípravu je však možné zařadit do plnění zákonné povinnosti pěstouna zvyšovat si znalosti a dovednosti v oblasti výchovy a péče o dítě v rozsahu 24 hodin v době 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců. Platná právní úprava určuje pouze obsah vzdělávání (§ 5 prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálně-právní ochraně dětí), nikoliv jeho formu. Vzdělávání proto může probíhat i individuální formou, částečně i samostudiem. S ohledem na cíle Společné šance lze uvést, že mezi vzdělávací témata uvedená v prováděcí vyhlášce patří i „návrat dítěte do původní rodiny“, „získávání znalostí a dovedností při péči o specifické skupiny dětí“ atd.

Významné bude nastavení služeb na podporu výkonu pěstounské péče, a to zejména v oblasti odborné pomoci a poradenství. Doprovázející organizace je povinna zprostředkovat nebo přímo poskytnout pěstounovi odbornou (psychologickou, terapeutickou a další) pomoc. V rámci systému Společná šance může být tato pomoc poskytována ve spolupráci s jinými poskytovateli služeb (doprovázející subjekt v tomto případě pomoc pouze zprostředkovává). Cílem je podpořit pěstouna tak, aby bylo mezi ním a rodičem vytvořeno spolupracující prostředí (v zájmu dítěte).

Doprovázející organizace je smluvním partnerem pěstounů a poskytuje (i v rámci Společné šance) podporu především jim. Je povinna být s pěstouny a dětmi v osobním kontaktu minimálně jednou za dva měsíce¹². V době trvání „sdílené“ pěstounské péče však bude nutné dohodnout intenzivnější kontakt

¹¹ Pokud dojde k většímu rozšíření systému spolupráce popsaného touto metodikou, bude v budoucnu vhodné vytipovávat vhodné pěstouny pro výkon „sdílené“ pěstounské péče již ve fázi příprav a jejich trénink budoucí roli přizpůsobovat. V rámci „pilotních“ projektů se však doporučuje využívat zkušené pěstouny na přechodnou dobu a jejich přípravu na novou roli zařazovat do tzv. dalšího vzdělávání.

¹² Další povinností doprovázející organizace je podávání pravidelných zpráv (minimálně jednou za šest měsíců) o způsobu naplňování dohody o výkonu pěstounské péče orgánu sociálně-právní ochrany místně příslušnému k pěstounům.

s pěstounskou rodinou. Vzhledem k předpokládanému rozsahu podpory pěstounů se očekává zapojení jiných doprovázejících organizací než OSPOD.

Koordinátor týmu

Multidisciplinární spolupráci v rámci Společné šance je třeba koordinovat. Vzhledem k tomu, že důležitou složkou spolupráce jsou soukromé osoby, je předmětem koordinace i spolupráce mezi „profesionální“ částí týmu a těmito osobami.

Za sociálně-právní ochranu ohroženého dítěte, resp. dítěte svěřeného do náhradní rodinné péče, je primárně zodpovědný obecní úřad obce s rozšířenou působností místně příslušný k dítěti. Každé dítě zařazené do evidence orgánu sociálně-právní ochrany má tak přiděleného sociálního pracovníka. Koordinátorem týmu v rámci Společné šance by měl být kvalifikovaný (požadavky viz „Manuál“)

pracovník, nezainteresovaný na případu – tzn. neposkytuje žádné služby nikomu z rodiny biologické či pěstounské ani dítěti a ani není v týmu s nikým, kdo poskytuje služby v tomto konkrétním případě. Koordinátor může být zaměstnancem neziskové organizace, která vede inovativní službu sdílené pěstounské péče anebo pracovník úřadu vykonávající sociální práci, nicméně je nutné počítat s určitým pracovním vyčerpáním v každém individuálním běhu služby.

Koordinátor musí mít pro výkon své činnosti odpovídající zázemí a časový prostor. Odpovídá za činnost týmu, organizuje jeho setkávání a sleduje vývoj případu.

7. Soukromé osoby v systému spolupráce

Role a postavení rodiče

Hlavním nositelem změny je rodič. Jestliže je cílem systému Společná šance navrácení rodiny k běžnému životu, musejí být všechny aktivity nasměrovány k tomu, aby byl rodič podpořen ve své povinnosti a právu pečovat o dítě (obnovení nebo nabytí schopností o dítě pečovat). V době, kdy je dítě svěřeno do pěstounské péče, je rodič nositelem pouze „části“ rodičovské odpovědnosti. Výkon této odpovědnosti je rozdělen mezi rodiče a pěstouna:

Pěstoun má právo a povinnost o dítě osobně pečovat, povinnost a oprávnění rozhodovat o běžných záležitostech dítěte, zastupovat dítě a spravovat jmění dítěte v těchto záležitostech.

Rodič (rodiče) má práva a povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti s výjimkou těch, které zákon určil pěstounovi. Jde zejména o rozhodování rodiče o významných záležitostech v životě dítěte (např. plánované lékařské zákroky, dlouhodobý pobyt v zahraničí, změna příjmení atd.). Rodiči dítěte v pěstounské péči náleží právo kontaktu s dítětem (je-li to v zájmu dítěte). V rámci projektu Společná šance má rodič také povinnost o dítě pečovat, a to vždy v rozsahu, který je aktuálně dohodnut – s ohledem na stav rodiče, jeho rodičovské schopnosti a stav dítěte.

Rodič má zároveň k dítěti vyživovací povinnost. V případě svěřeni dítěte do některého z typů pěstounské péče je výživné hrazeno Úřadu práce ČR, který je plátcem dávek pěstounské péče (dávka příspěvek na úhradu potřeb dítěte je určitou náhradou výživného)¹³. Soud rozdělení těchto práv a povinností z důvodů hodných zvláštního zřetele může určit jiným způsobem již při rozhodnutí o svěřeni dítěte do

pěstounské péče. I v jejím průběhu (dojde-li v podstatné záležitosti k neshodě mezi pěstounem a rodičem) se může rodič, pěstoun, ale také dítě svěřené do pěstounské péče obrátit na soud s návrhem na změnu práv a povinností, zrušení pěstounské péče nebo navrhnout jiné rozhodnutí.

Zcela jiná situace může nastat v případě **nezletilého rodiče** (půjde spíše o výjimečné případy). Tohoto rodiče lze svěřit do pěstounské péče spolu s jeho dítětem. Jak vyplývá z § 868 občanského zákoníku, výkon rodičovské odpovědnosti je u nezletilého rodiče pozastaven do doby jeho plné svéprávnosti (tzn. do doby zletilosti, nebo nabytí svéprávnosti uzavřením manželství se souhlasem soudu)¹⁴. To neplatí pro výkon povinnosti a práva pečovat o vlastní dítě. I zde však může soud přijmout jiné rozhodnutí. Pokud je alespoň jeden z rodičů zletilý, je nositelem plné rodičovské odpovědnosti. Pro účely dávkových systémů však mohou být kompetence nezletilého rodiče odlišné od obecně používaných principů občanského zákoníku, jak je např. zřejmé z oprávnění vyplývajících pro dávku rodičovského příspěvku¹⁵.

V úvodu metodiky bylo řečeno, že systém Společná šance vychází ze zahraničních zkušeností, kde je sdílená pěstounská péče využívána zpravidla pro matku dítěte. Z předběžných rozhovorů s pěstouny vyplývá, že jsou ochotni přijmout do své domácnosti matku dítěte, ale nikoliv otce. Do řešení je však nutné zapojovat i otce dítěte (je-li znám). Celý proces spolupráce musí být realizován s vědomím a souhlasem otce dítěte, projevuje-li o dítě či informace zájem. V praxi však může být komplikované takový souhlas získat (otec je neznámého pobytu, nejeví zájem se vyjadřovat atd.). Podle § 876 občanského zákoníku vykonávají rodičovskou odpovědnost oba

¹³ Pokud je výživné vyšší než vyplácený příspěvek na úhradu potřeb dítěte, je rozdíl vyplácen dítěti. U případů, pro které bude využíváno řešení formou Společné šance, jde zřejmě jen o teoretickou variantu, toto ustanovení však nejlépe demonstruje vztah mezi výživným hrazeným rodičem a dávkou příspěvek na úhradu potřeb dítěte.

¹⁴ Čistě teoreticky připadá v úvahu rovněž nabytí svéprávnosti rozhodnutím soudu podle § 37 občanského zákoníku, u rodiče, jehož situace je řešena prostřednictvím Společné šance, je však toto rozhodnutí nepravděpodobné. Na soud se však s tímto návrhem může obrátit.

¹⁵ Viz § 31 odst. 2 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. „Je-li rodičem dítěte zakládajícího nárok na rodičovský příspěvek nezletilá osoba, lze jí přiznat rodičovský příspěvek, jen jestliže soud nerozhodl o pozastavení výkonu povinnosti a práva péče o dítě u nezletilého rodiče.“

rodiče ve vzájemné shodě. Jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě, má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče. To však platí pouze v případě, je-li tato třetí osoba v tzv. dobré víře, tzn., že nemá informace o tom, že druhý z rodičů s některým z rozhodnutí nesouhlasí.

V závislosti na rozsahu rodičovských práv a povinností otce bude (minimálně) třeba řešit otázku kontaktu otce s dítětem, případně (v dlouhodobém horizontu) možnost, že o dítě bude v budoucnu pečovat. U otců – uživatelů drog je nutné vyhodnotit jejich schopnost kontaktu a bezpečnost kontaktu pro dítě, s ohledem na závažnost jejich užívání drog – toto je vyhodnocováno ve spolupráci s adiktologickou službou. Pokud by byl otec schopen se o dítě řádně postarat, mělo by být dítě svěřeno do jeho péče a nebyl by důvod k zapojení matky do projektu Společná šance.

Role a postavení dítěte

Dá se předpokládat, že systém Společné šance bude alespoň zpočátku primárně využíván zejména u rodičů s malými dětmi – do cca dvou let. Zapojení dítěte do řešení jeho situace má tedy s ohledem na verbální a rozumové schopnosti dítěte své limity. Zásadní je však princip, který upřednostňuje vždy zájem dítěte nad zájmem jiných dospělých (rodičů, pěstounů).

Klíčové je uvědomění všech spolupracujících subjektů, že hlavním klientem sociálně - právní ochrany a všech jejích nástrojů je dítě, jehož rodiče potřebují podporu a pomoc k tomu, aby mu zajistili bezpečí a naplnění vývojových potřeb.

V budoucnosti mohou nastat případy, kdy bude sdílená pěstounská péče využita i pro rodiče se starším dítětem nebo jde o rodinu s více dětmi různého věku. Starší děti přitom nemusejí být v péči rodiče (mohou být v ústavním zařízení, náhradní rodinné péči atd.). V případě účasti staršího dítěte je jeho názor ve všech fázích práce s rodinou jedním z klíčových faktorů. Podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí (§ 8 odst. 2) „dítě, které je schopné formulovat své vlastní názory, má právo pro účely sociálně-právní

ochrany tyto názory svobodně vyjadřovat při jednání všech záležitostí, které se ho dotýkají, a to i bez přítomnosti rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte.“

U dítěte staršího 12 let se má za to, že je schopno informaci přijmout, vytvořit si vlastní názor a tento sdělit. Věkovou hranici stanovenou jak občanským zákoníkem, tak zákonem o sociálně-právní ochraně dětí je nutné považovat za orientační. Je třeba vycházet vždy z individuálních schopností dotčeného dítěte. Po dosažení výše citované věkové hranice je nezbytné, nebrání-li tomu zvláště významné okolnosti, zjistit přání dítěte přímo před soudem. To, co platí pro soud (tedy vysoce formalizované prostředí), platí ve stejné míře i pro jednání s úřady nebo službami, jejichž pracovníci by měli mít dostatečné dovednosti pro zjištění potřeb a názoru dětí.

V případě umístění dítěte do náhradní rodinné péče jsou kontakty dítěte s jeho rodiči a dalšími blízkými osobami někdy nahlíženy pouze z perspektivy práva těchto dospělých osob na styk s dítětem. Je však nutné zohledňovat také **právo dítěte na kontakt** s rodiči nebo jinými blízkými osobami (včetně možnosti tento kontakt odmítnout).

Role širší rodiny a dalších osob ze širšího sociálního prostředí rodiny

Pokud je to možné, je vhodné zapojit do systému spolupráce osoby ze širší rodiny nebo širšího sociálního prostředí (přátelé atd.). Cílem systému spolupráce je dosažení změny v životě rodiny, která směřuje k zajištění odpovídající péče o dítě. Již byla několikrát zmíněna otázka motivace. Tyto osoby mohou účinněji než profesionální pracovníci působit na rodiče a pomáhat mu na složité cestě k překonání problémů. Mohou rodiče hmotně i materiálně podporovat, pomáhat mu s péčí o dítě a podobně. Potenciál širšího rodinného či sociálního prostředí bývá v České republice ne vždy adekvátně využíván. Existuje řada metod práce, jak tyto osoby aktivizovat a zapojit je do pomoci rodině (například rodinné konference)¹⁶. Zapojení širší rodiny a dalších osob blízkých ro-

¹⁶ K metodě rodinných konferencí viz webové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí „Právo na dětství“: <http://www.pravonadetstvi.cz/systemova-podpora-procesu-transformace-systemu-pecce-o-ohrozene-deti/aktivity-projektu/rodinne-konference/dokumenty-k-rk/>

dině bude mít velký význam zejména po skončení Společné šance, kdy již rodič bude zajišťovat péči o dítě znovu sám. Předem plánovaná rodinná konference může přinést větší jistotu rodiči, že převzetí plné zodpovědnosti za dítě zvládne a nebude na vše sám. Je také preventivním krokem před eventuálním opětovným selháním péče, což by mohlo výrazně poškodit dítě, pokud by muselo být rodiči znovu odebráno.

Role pěstounské rodiny

Řešení nabízené metodikou Společná šance má netradiční podobu ve formě společného pobytu dítěte svěřeného do náhradní rodinné péče a jeho rodiče v pěstounské rodině. Česká právní úprava náhradní rodinné péče není na tuto eventualitu (která je však běžná v řadě evropských zemí) příliš připravena, zároveň ji však zásadně nevylučuje. Z několika důvodů (viz kapitolu Právní aspekty spolupráce) se doporučuje, aby byli pro Společnou šanci využíváni především **pěstouni na přechodnou dobu**. Primárně bude systém Společné šance využíván u rodičů, jimž je dítě odebráno plánovaně a kteří souhlasí s využitím možností, jež nabízí Společná šance – tj. sdílené pěstounské péče. Pěstounská rodina tedy bude mít relativně dost času se na přijetí dítěte i rodiče připravit.

Dalším významným přínosem je stabilita zázemí pro rodiče. Často jde o matky – ženy, které žily v nevyhovujících životních podmínkách (ubytovny, krát-

kodobé podnájmy atd.). Nestabilita prostředí nepochybně ovlivňuje i úroveň péče o dítě. Vytvořením stabilního zázemí je možné vytvořit podmínky pro získání rodičovských kompetencí či pro jejich objektivní posouzení v rámci vyhodnocování. Pěstouni mohou zároveň sloužit jako určitý „vzor“, pomáhat rodiči při úkonech spojených s péčí o dítě atd.

Během pobytu v pěstounské rodině bude rodič dítěte absolvovat léčbu drogové závislosti. U většiny rodičů se předpokládá léčba ambulantní – tzn. ambulantní docházení do léčebného zařízení, zpočátku ve frekvenci jednou až třikrát týdně, postupně se může četnost docházení snižovat. Další možnou variantou je absolvování krátkodobé pobytové léčby v rozsahu šest až osm týdnů, a před jejím zahájením absolvování detoxifikace (cca jeden až dva týdny). Delší pobytová léčba by komplikovala vstup rodiče do systému Společné šance.

Od pěstounské rodiny se očekává převzetí péče o dítě v době, kdy bude rodič v léčebném zařízení – a to buď krátkodobým zajištěním péče o dítě v případě ambulantní léčby, nebo v případě pobytové léčby udržováním kontaktu dítěte s rodičem formou návštěv, v rozsahu, jak je umožní zdravotnické zařízení (s ohledem na svá pravidla). Z tohoto důvodu je vhodné, aby rodič absolvoval pobytovou léčbu co nejblíže bydlišti pěstounské rodiny.

8. Klíčové odborné informace pro realizaci Společné šance

Citová vazba mezi dítětem a rodičem

Společná šance si klade jako jeden z hlavních cílů navázání či udržení citových vazeb mezi dítětem a rodičem. Znalosti o jednotlivých fázích vytváření citové vazby jsou tedy klíčové, stejně jako základní informace o fungování mozku malého dítěte, které se ocitá, byť na krátký čas, bez rodiče, nebo rodič není k dispozici vzhledem k problémům způsobeným užíváním návykových látek tak, jak by dítě potřebovalo. Bez vytvoření citového pouta může u dítěte dojít k narušené vazbě, která dříve či později vede k pocitům nejistoty, nedůvěře v druhé, nízké empatii, někdy i k vážným psychickým poruchám.

Schopnost navázat vztah se dítě učí už od narození, resp. matka se k dítěti vztahuje určitým způsobem už během těhotenství. Vliv na utváření vazby mezi dítětem a rodičem mají jak předpoklady na straně rodiče (např. zkušenosti z dětství, zdravotní a psychologický stav, vyzrálost, míra stresu, ve kterém rodič žije), tak na straně dítěte (temperament, zdravotní stav). K různým pečujícím osobám (k matce, k otci, ev. v rámci Společné šance k přechodným pěstounům) navíc může mít dítě různý typ vazby, přičemž pro zdravý vývoj je důležité, aby nejméně jedna z těchto vazeb byla bezpečná.

Fáze vytváření vztahové vazby (attachment) dítěte k rodiči:

1. fáze před rozvinutím attachmentu – do 12 týdnů věku dítěte. Dítě nerozlišuje vztahové figury, jeho reflexivní systém (pláč, sání, vyměšování) zaručuje pozornost vztahové figury, která je poblíž.

2. fáze zrodu attachmentu – do šestého měsíce věku dítěte. Dítě rozlišuje osoby, více úsměvů a reakcí na známou tvář (ta i rychleji uspokojí potřeby dítěte, protože dítě lépe „čte“ – to se děje tím, že spolu tráví nejvíce času, jde tedy zejména o kvantitu času a vzájemné naladování).

3. fáze vyhraněného attachmentu – od šestého měsíce do cca dvou let věku dítěte. Díky rozvoji motoriky dítě samo aktivně vyhledává vztahovou figuru, bezpečně ji pozná a její nepřítomnost snáší zpočátku velmi těžce. V této době je separace od rodiče pro dítě nejvíce obtížná a destruktivní – může reagovat protestem, zoufalstvím, odpoutáním nebo popřením.

4. fáze záměrného vztahu a partnerství – mezi druhým a třetím rokem věku dítěte. Dítě objevuje venkovní svět, snižuje se závislost na rodiči, dítě je na cestě k autonomii (má již vytvořenou mentální reprezentaci rodiče ve své mysli, nemusí jej vidět, aby věřilo, že se rodič neztratil, je tedy zralé k separaci např. pro mateřskou školku).

U malého dítěte se vazba vytváří nezávisle na tom, jak dobře dokáže ten, kdo o ně pečuje, naplnit jeho potřeby. Stačí mu, že má někoho, ke komu se může upnout, připoutat. Zdravý způsob vztahování se projeví tak, že pokud je dítě ve stresu – vystrašené, smutné nebo v nebezpečí, obrací se na svého „ochránce“ a žádá pomoc. To se projeví i na úrovni mozkové a hormonální činnosti. „Hormon stresu“ kortizol totiž zvyšuje celkovou pohotovost organismu při závažných situacích – určitá hladina je důležitá pro zdraví těla i mozku. Pokud je dítě vystaveno stresu, hladina kortizolu u něho stoupá, když dojde k uvolnění, hladina kortizolu opět klesne. Pokud ale jeho hladina stoupne a zůstane zvýšená po dlouhou dobu, může dojít k poškození nervového centra – to přináší vážné důsledky především v období jeho intenzivního vývoje, jakým jsou první tři roky života. Hladina kortizolu stoupá pokaždé, když novorozenec, kojenec či batole cítí strach, ohrožení nebo úzkost. To nutí děti, aby začaly uplatňovat vazbové chování. Tím přilákají pozornost pečující osoby, a to jim pomůže cítit se v bezpečí. Když pečující osoba zareaguje a dítě ukonejší, hladina kortizolu klesne. U starších dětí a u dospělých se většinou vyvine schopnost

uklidnit sebe sama, a tak si snížit hladinu kortizolu (tj. umíme stres zvládnout vlastními silami). Vysoká hladina kortizolu dává tělu znamení, aby se soustředilo na přežití. Vše, co není nezbytně nutné pro přežití, je odsunuto do pozadí. Pokud k tomu dojde na několik minut, vývoj jedince není nijak ohrožen. Pokud ale malé dítě žije v neustálém stresu a s vysokou hladinou kortizolu, jeho vývoj a zdraví utrpí. Jelikož se jeho tělo soustředí na přežití, dojde k oslabení imunitního systému. Proto je náchylnější k nachlazení a infekcím. U nejmenších dětí je silným nástrojem ke snížení hladiny kortizolu dotek.

Typy vztahové vazby:

- **Jistá** (bezpečná) vazba navozuje u dítěte pocit bezpečí – rodič na dítě reaguje, dítě je uvolněné, spokojené, v bezpečí.
- **Nejistá** vazba má další tři typy:
 - Vyhýbavá vazba je označení pro typ vztahu vyvolaný odmítajícím rodičem, kdy se dítě naučí nedávat najevo negativní emoce, tedy křičet nebo plakat.
 - Úzkostně ambivalentní vazba vzniká, nejsou-li reakce rodiče konzistentní a předvídatelné a rodič v některých situacích nereaguje; za typický příznak tohoto typu vazby je považováno, že negativní projevy dítěte jsou přehnaně intenzivní, dítě na rodiči úzkostlivě lpí, dožaduje se jeho pozornosti takřka neustále. Tento vzorec vazby lze nejčastěji pozorovat u dětí a rodičů se závislostí.
 - Dezorganizovaná vazba vzniká, je-li rodič zároveň zdrojem bezpečí i zdrojem ohrožení, například týrání nebo zneužívání. Příznačnou reakcí dítěte je chronická úzkost a dezorganizace vzorců chování.

Pokud si děti nevytvoří bezpečnou vazbu, mívají často obtíže v následujících oblastech:

- zvládnání stresu a zátěže – přecitlivělost na stres, ztrátu, změnu, vzrušení
- důvěra a empatie – problém být v kontaktu s pocity, se sebou
- ovládnání impulzů, hněvu – spouštění neadekvátních reakcí na stres

- stud – dítě má pocit, že je nemilované, připadá si „nehodné“, má problém převzít odpovědnost za chyby, rozhodovat se, přijímat pochvalu nebo být v situacích spojených se soupeřením

Závislost na návykových látkách a její dopady na rodičovství a dítě

Tato kapitola přináší základní informace o vlivu užívání návykových látek a možných dopadech na rodičovství a péči o děti. S cílovou skupinou rodičů – tzv. problémových uživatelů návykových látek¹⁷ – přicházejí při své práci do styku i lidé, kteří nejsou odborníky v oboru adiktologie. Následující informace ukazují, jak mnohovrstevnatý problém užívání návykových látek představuje. Nelze tedy uplatňovat paušální přístupy, ale individuálně řešit situaci každého rodiče a dítěte. Závislost na návykových látkách je jednou z duševních poruch, které vznikají v důsledku užívání těchto látek. Tato porucha se vyvíjí postupně, v průběhu měsíců a let. Rychlost rozvoje záleží na druhu návykové látky, dávkách, frekvenci užívání nebo na způsobu aplikace. Dále rozhodují věk uživatele, jeho tělesný a psychický stav, zázemí atd. Obecně platí, že čím mladší je člověk, který začíná užívat návykové látky, tím rychleji se závislost rozvíjí, a tím jsou komplikace častější¹⁸.

Rodiče užívající návykové látky představují rizikovou skupinu, a to jak z hlediska zdravotního, tak sociálního. Mezi negativní dopady užívání návykových látek patří nepříznivý vliv na vývoj dítěte (pokud byly návykové látky užívány během těhotenství) a po narození dítěte také na úroveň rodičovské péče. Zároveň jde o skupinu velmi nejednotnou s různou mírou závažnosti užívání návykových látek a jeho dopadů.

Podle zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (2016) 31,4 % obyvatel starších 15 let kouří. Alkohol pije denně 12,5 % lidí žijících v České republice, z toho 7,2 % (tj. 756 000) osob rizikově (60 g čistého alkoholu denně u muže a 40 g u ženy). Nejčastěji užitou nelegální drogou jsou u nás

¹⁷ Jde o rodiče, u nichž došlo v důsledku užívání návykových látek mimo jiné k výraznému omezení rodičovských kompetencí a odebrání dítěte z rodičovské péče.

¹⁸ HOUDKOVÁ, I: Závislost na návykových látkách. <http://www.plhb.cz/content/zavislost-na-navykovych-latkach>, 22. 09. 2017.

dlouhodobě konopné látky, které někdy v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina populace, rizikově konzumuje až 3 % dospělých. V roce 2016 bylo odhadnuto (registrováno) v ČR celkem 46,8 tisíce (0,46 %) problémových uživatelů opioidů a pervitinu, z toho 33,2 tisíce uživatelů pervitinu a 12,5 tisíce uživatelů opioidů. Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog je 42,8 tisíce. Nejvyšší počet problémových uživatelů je zaznamenán v Praze a Ústeckém kraji.

V praxi se lze setkat s příklady nízké míry tolerance pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany k tzv. tvrdým drogám (i jednorázový experiment je vnímán jako impulz k poměrně radikálnímu řešení situace dítěte) a naopak vysokou mírou tolerance k užívání alkoholu. Zatímco uživatelky nealkoholových drog patří zpravidla mezi mladší matky a negativní důsledky jsou patrné téměř okamžitě, v případě alkoholu může jít o pozvolné prohlubování problémů. Podle vládní zprávy z roku 2015 „rodičovství a výchova dětí jsou u uživatelů drog, zejména matek, spojeny s řadou problémů, které však lze často úspěšně řešit s podporou adiktologických a sociálních služeb. Matky – uživatelky drog však často narážejí na špatnou místní i časovou dostupnost služeb, vysoké finanční náklady na dojíždění do léčby nebo problémy s hlídáním dětí po dobu návštěvy léčebného centra. Ze strany orgánu péče o dítě, ale i dalších neinformovaných profesionálů se objevují nevhodné postupy, jako jsou neodůvodněná kriminalizace pro užívání návykových látek v těhotenství, tlak na okamžité vysazení drogy v těhotenství, odebírání dětí matkám stabilizovaným v substituční léčbě nebo na základě jednorázového relapsu, znemožnění kojení a další, které jdou často proti sociálnímu fungování matky¹⁹.“

Mezi možnými dopady užívání návykových látek na rodičovské kompetence (není přitom podstatný rozdíl u alkoholu a jiných látek) lze jmenovat například to, že rodiče:

- neposkytují dítěti dostatečné fyzické bezpečí (úrazy při nepozornosti rodičů, agresivita při intoxikaci, domácí násilí);

- nevytvářejí dítěti stabilní, srozumitelné, bezpečné prostředí, které vede ke vzniku bezpečné citové vazby s pečující osobou (závislost má téměř vždy dopad na rodinné vztahy, domácí atmosféru, u dětí může dojít k citové a podnětové deprivaci, chování rodiče může být pro dítě nepochopitelné nebo nepředvídatelné);
- neposkytují dostatečnou stimulaci, vzor adekvátního sociálního chování (problémy se školní docházkou dítěte, absence, problematický vztah k autoritám);
- neposkytují v dospívání vhodný rodičovský vzor, se kterým by se dítě mohlo identifikovat při utváření své osobnosti (mohou se vytvářet nevhodné postoje k užívání návykových látek);
- obstarávání návykových látek může být spojeno s chováním, které je nebezpečné i pro dítě (výroba a distribuce návykových látek, protiprávní jednání, prostituce);
- užívání návykových látek zvyšuje riziko chudoby, rodič může preferovat pořízení návykových látek před ekonomickým zabezpečením rodiny, což může mít negativní dopad na dítě (kvalita stravy, omezení finančních zdrojů na vzdělání dítěte a volnočasové aktivity, úroveň a stabilita bydlení).

Starší děti mohou mít pocity viny za problémy rodičů, často si uvědomují, že jim hrozí odebrání z rodiny, mají tendenci rodiče chránit, i když jejich chováním samy trpí. Mohou být také traumatizovány jednak samotným chováním rodičů a druhotně systémovými opatřeními, které znamenají zásah do rodiny (dohled orgánů sociálně-právní ochrany, odebrání z rodiny, ztráta blízkých osob atd.).

U těhotných uživatelů návykových látek jsou relativně časté těhotenské a porodnické komplikace. Důvodem může být jednak vliv samotných drog a jednak nedostatečná prenatální péče. Může jít například o předčasný porod, zánětlivé komplikace, neplánovaný porod mimo zdravotnické zařízení a podobně.

¹⁹ MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J.: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Vydáno 2016.

Specifické dopady užívání návykových látek

Mezi uživateli drog je cca 30 až 40 % žen, z toho 92 % v reprodukčním věku. Zkušenosti ukazují, že k otěhotnění dochází i u žen v pokročilé fázi zneužívání návykových látek, často v době jejich špatného zdravotního stavu. Těhotenství bývá vlivem řady okolností zjištěno později než v běžné populaci. Pro tyto ženy bývá obtížné zajistit standardní péči u gynekologa.

Charakteristickými rysy těchto žen bývají:

- dlouhodobá nezaměstnanost
- svobodná matka (otec dítěte často také uživatel drog)
- špatná socioekonomická situace, zadlužení
- neplánovaná gravidita
- nesledovaná gravidita či nepravidelná prenatální péče
- traumatické události v osobní anamnéze (vysoký výskyt sexuálního zneužívání, opakované přerušování těhotenství, opakovaná zdravotní selhání aj.)
- neujasněný vztah k mateřství a dítěti
- obava ze selhání v péči o dítě
- narušený či nefunkční vztah s vlastní matkou
- ohrožení ztrátou bydlení nebo bezdomovectví

Co do rizikovosti pro uživatele i okolí je (po alkoholu) na druhém místě heroin, dále následován pervitinem. V ČR je na černém trhu v posledních letech heroin nahrazován substitučním preparátem buprenorfinem, který je pro nižší rizika předávkování bezpečnější. Povoleno, a tedy např. v substituční léčbě používané, v České republice jsou substituční látky: metadon, buprenorfin, nebobuprenorfin/naloxon. Kombinace s naloxonem snižuje riziko injekčního zneužívání substituční látky a je aktuálně nejčastější volbou lékařem. Extrémně rizikovým trendem je kombinace opiátů s benzodiazepiny nebo alkoholem.

Mezi uživateli ilegálních návykových látek užívaných injekčně je na předních místech pervitin, který v ČR mezi uživateli stimulačních drog vede. Užívání pervitinu je mimo poruchy spojené s injekční aplikací (abscesy, endokarditidy aj.) rizikové rozvojem psychotického onemocnění (toxická psychóza) projevující se nejčastěji stihomamem (paranoia) a poruchami vní-

mání (sluchové halucinace), kdy celoživotní výskyt psychóz u těchto uživatelů dosahuje až 25 %. To komplikuje kontakt se službami a léčbu. U konopných látek se psychická závislost popisuje asi u cca 10 % uživatelů, u dětí prokazatelně zhoršuje školní výkon, zvyšuje riziko spuštění psychotického onemocnění.

Míru závislosti ženy na návykových látkách může naznačit pokročilost těhotenství v době první návštěvy gynekologického pracoviště. **U těhotné ženy bez prenatální péče** je zvýšené riziko užívání drog nebo abnormální sociální situace. Ženy s těžkou závislostí obvykle přicházejí až k porodu.

Pro management péče o těhotnou ženu, která je uživatelkou návykových látek, jsou zásadní následující vyšetření:

a) Ultrazvukové vyšetření. Při prvním vyšetření je důležitá datace těhotenství. Ani tehdy, když žena přichází již v průběhu prvního trimestru (do 13. týdne těhotenství), nebývá údaj o termínu poslední menstruace spolehlivý. I pouze příležitostné uživatelky obvykle pokračují v aplikaci, dokud není těhotenství jasně prokázáno, což zvyšuje pravděpodobnost vzniku vrozených vývojových vad. Později v průběhu těhotenství je ultrazvuk důležitou metodou ke sledování růstu plodu, stavu placenty a množství plodové vody.

b) Laboratorní vyšetření, která zahrnují (kromě běžných těhotenských screeningových odběrů) jaterní testy a odběr na zjištění, zda žena nemá hepatitidu.

U uživatelů drog se častěji než v běžné populaci vyskytují infekční choroby přenášené krví nebo pohlavním stykem, zejména žloutenka (hepatitida) typu C a syfilis. Pokud je u ženy zjištěna **hepatitida typu C** nebo **HIV**, je odesílána na specializované infekční oddělení. V těhotenství nedochází k rozvoji onemocnění, je však riziko přenosu infekce na plod. U drogově závislých žen se mnohem častěji než HIV (u uživatelů drog jde o jedinečný výskyt této nemoci) vyskytuje hepatitida C. Vzhledem k tomu, že akutní infekce často probíhá bez klinických příznaků, hepatitida C je diagnostikována až v prenatální poradně při laboratorních odběrech. Hepatitida C se během těhotenství neléčí z důvodů závažných vedlejších účinků léků, nicméně se opakovaně provádějí jaterní testy.

Při práci s těhotnou ženou se často objevuje otázka **detoxifikace**. Obecně se v průběhu těhotenství nedoporučuje, pokud je nutné k ní přistoupit, je směřována do období II. trimestru (období mezi 14. a 27. týdnem těhotenství). Tento přístup platí především pro opiáty (například heroin), u pervitinu lékaři naopak jeho vysazení spíše doporučují. Otázka vysazení nebo snižování drog je v kompetenci lékaře, neplatí automaticky pravidlo, že těhotná žena musí okamžitě ukončit užívání návykových látek. Je nutné dbát na to, aby detoxifikace byla vždy prováděna na odborném pracovišti se zaměřením na léčbu závislostí, jehož pracovníci mají zkušenost s těhotnými ženami. U uživatelů opiátů je jednou z forem řešení **substituční léčba**. Klientka je v pravidelném kontaktu s lékařem centra, zpravidla bývá dobře spolupracující a má zájem o dítě.

K prohloubení problémů ženy v době těhotenství mohou vést nedostatečné nebo mylné informace. Některé ženy zvyšují míru kouření nebo aplikace drog ve snaze snížit hmotnost plodu dítěte, a tím si usnadnit průběh porodu. Mohou také použít kokain nebo pervitin jako prostředek k vyvolání potratu nebo předčasného porodu.

Vedle tzv. tvrdých či měkkých drog je nutné zmínit rovněž dopady užívání **alkoholu**. Kromě nikotinu jde o nejčastěji užívanou návykovou látku v České republice, a to i u těhotných žen. Zatímco drogovou závislost lze zpravidla dobře identifikovat, závislost na alkoholu může probíhat dlouho skrytě. Alkohol je již řadu let zkoumán a je prokázán jeho škodlivý vliv na plod. Je považován za nejčastější známou příčinu mentální retardace v západním světě, jednoznačně způsobuje vrozené vady (je teratogenem). Nelze přesně říct, zda je nějaká dávka alkoholu bezpečná, záleží nejen na množství, četnosti, druhu alkoholu i délce závislosti, ale také na délce těhotenství, zdravotním stavu matky a genetických faktorech. Všechny diagnózy (dopady na dítě) se dnes shrnují pod název Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD, tedy spektrum chorob spojených s alkoholem v těhotenství).

Z celkového počtu rizikových uživatelů alkoholu v České republice je přibližně třetina žen. Bylo zjištěno, že z celkového počtu žen, které požívaly alko-

hol před početím dítěte, cca 30 % v této konzumaci pokračuje až do 3. měsíce těhotenství, a 16 % žen dokonce užívá alkohol ještě v průběhu dalších měsíců. Aktuální výzkumy navíc ukazují, že ženy, které užívají v těhotenství alkohol, se často samy narodily matkám, jež v době těhotenství také konzumovaly alkohol. U uživatelů alkoholu je charakteristické, že tento fakt bývá jimi samotnými, ale i okolím dlouhodobě podceňován či nevnímán jako rizikový. Děti rodičů závislých na alkoholu se dostávají do centra pozornosti okolí i odborné veřejnosti výrazně později než děti uživatelů drog. V případě ohrožení či zanedbávání péče o dítě to bývá nejčastěji až na podnět pedagogických pracovníků (mateřské školy, základní školy). Tento fakt je dán mimo jiné obecně vyšší tolerancí vůči konzumaci alkoholu v České republice. U uživatelů alkoholu se setkáváme se stigmatizací („alkoholičky“, navíc matky jsou více odsuzované než muži), a tudíž s častějším pitím o samotě či zatajováním situace. V současné době se poměrně velké množství žen s problémovým užíváním alkoholu stává závislými právě v období mateřské dovolené.

Alkohol patří mezi nejrizikovější návykové látky jak pro samotného uživatele, tak pro jeho okolí včetně rodiny. Riziková je i vysoká dostupnost alkoholu jak v prodejnách, tak v restauracích pro neplnoleté osoby a nízká cena. Např. sousední Rakousko má možnost sankce uzavření provozovny na přechodnou dobu při prodeji alkoholu dětem, v ČR většinou jde jen o pokutu. Větší socioekonomické znevýhodnění zhoršuje riziko i průběh užívání návykových látek (a platí to i naopak). K syndromu závislosti na alkoholu patří bažení, ztráta kontroly, změna tolerance, postupné zanedbávání jiných zájmů, a pokračování v konzumaci i přes jasné negativní následky nebo prodělaný odvykací stav. Další souběžnou psychiatrickou diagnózu (tzv. duální) má 40 až 60 % žen závislých na alkoholu, u mužů alkoholiků je to 20 až 40 %. Nejčastěji jsou to depresivní a úzkostné poruchy, dále osobnostní poruchy, u mladých žen se nezdá vyskytovat porucha příjmu potravy, navíc často provázené závislostí na další psychoaktivní látce. Jako komplikující, ale velmi častý je výskyt poruchy osobnosti (smíšená, disociální, hraniční).

Novorozenec ženy užívající návykové látky

Užívání návykových látek v době těhotenství může mít různé **negativní dopady na novorozené dítě**. Drogy velmi snadno vstupují přes placentu do oběhu plodu a plodové vody a mají tendenci se v těle dítěte ukládat. Většinou mají u dítěte delší poločas rozpadu než u matky (zejména substituční léky). Alespoň základní informace o možných dopadech užívání návykových látek na novorozené dítě jsou důležité jak pro práci s uživatelkami návykových látek, tak pro náhradní rodiče, pokud tyto děti přebírají do péče. Možné dopady na dítě se stávají argumentem pro to, aby dítě bylo po narození umístěno do ústavní péče. Dopady jsou velmi individuální a při péči je třeba vycházet z individuálních potřeb dítěte. Až na výjimky, kdy je nutná hospitalizace dítěte, jsou (s odbornou podporou) řešitelné i v rodinné péči (řada náhradních rodin má s řešením dopadů závislosti na děti zkušenosti).

K možným následkům na dítě (následky se mohou, ale nemusejí vyskytnout) patří například vrozené vady, růstová retardace plodu, předčasný porod, novorozenecký abstinenční syndrom, opoždění psychomotorického vývoje, poruchy vývoje centrální nervové soustavy a kognitivních funkcí včetně poruch pozornosti, poruch řeči, projevy hyperaktivity a podobně. Skutečný vliv jednotlivých drog na plod a později na narozené dítě lze zkoumat jen velmi obtížně. Velký vliv mají také jiné faktory během těhotenství, jako například stres, přidružené stavy (např. infekční onemocnění), nedostatečná prenatální péče, rizikové chování (oběti násilných činů), užívání více drog včetně cigaret a alkoholu a podobně. Užívání návykových látek v době těhotenství (včetně tabáku) nebo společně s komplikacemi při porodu se může projevit až v předškolním a mladším školním věku rozvojem některých psychických poruch (hyperkinetické poruchy, tzv. ADHD, specifické poruchy učení, poruchy autistického spektra). Neprokázano se však, že by u dětí drogově závislých bylo více vrozených vad (s výjimkou alkoholu a kokainu). Jediný nesporný efekt na plod mají opiáty (včetně substitučních léků), a sice novorozenecký abstinenční syndrom, který po vyléčení odezní.

Novorozenecký abstinenční syndrom (Neonatal abstinence syndrom – NAS) je soubor příznaků, které vznikají následkem poklesu hladiny drog (zejména opiátů) v oběhu dítěte. U novorozence můžeme prokázat klinicky významné hladiny drogy v séru ještě několik hodin až dnů po porodu a k úplnému očišťení organismu dochází dlouho po propuštění dítěte z porodnice. Některé drogy, zejména ty, které mají tlumivé účinky na centrální nervovou soustavu, jsou známé tím, že u novorozence vyvolávají fyzickou závislost. Novorozenecký abstinenční syndrom je kombinací zvýšené dráždivosti nervového systému a abnormální aktivace sympatiku (skupiny nervů, jejichž funkce nepodléhá naší vůli). Většinou začíná zvýšeným svalovým napětím u dítěte, pláčem a nespavostí. Typické jsou nadměrné sání a zároveň velmi špatný příjem potravy a zvracení, dále pak horečka a nadměrné pocení. Příznaky novorozeneckého abstinenčního syndromu se objevují nejčastěji 24 až 48 hodin po narození. Příznaky mohou přetrvávat tři až čtyři měsíce po porodu. Až 70 % novorozenců s novorozeneckým abstinenčním syndromem má příznaky dráždění centrální nervové soustavy.

Terapie u novorozeneckého abstinenčního příznaku je podpůrná a farmakologická. Novorozenec matky užívající drogy je zvýšeně sledován a v případě potřeby přeložen na jednotku intenzivní péče. Vytváří se termoneutrální prostředí, zabraňuje se nadměrnému hluku a osvětlení, dítětem je minimálně manipulováno. Vhodné je časté odsávání nosu, poloha na břiše nebo na pravém boku jako prevence udušení, krmení probíhá podle klinického stavu.

V tabulce jsou uvedeny skupiny nejčastěji užívaných drog v České republice a jejich hlavní zástupce. Z přehledu je zřejmé, že jde o velmi nesourodou skupinu s různou charakteristikou uživatelů i dopadu na dítě. Pozornost je nutné věnovat látkám s výrazným vlivem na novorozence (jsou v tabulce barevně zvýrazněny). Do tohoto výčtu je třeba zařadit i alkohol, přestože jde o látku legální a společností tolerovanou. Alkohol bývá velmi podceňován, přestože může mít na dítě zásadní dopad. Zejména u uživatelů, které si aplikují drogy nitrožilně, je typické užívání více návykových látek najednou (např. kromě pervitinu užívají i kannabinoidy, alkohol, cigarety, léky na spaní apod.), proto jsou ve výčtu uvedeny i léky.

Tabulka 1 Přehled nejčastěji užívaných drog a jejich dopad na novorozence

Skupina	Hlavní zástupci	Dopad na novorozence
Kanabinoidy	Marihuana, hašiš	Kanabinoidy velký efekt na novorozence nemívají, mají dokonce menší vliv než nikotin. Mohou omezit průtok placentou, děti se mohou narodit předčasně a s menší porodní hmotností. Pokud se objeví abstinenční syndrom, je velmi mírný a odezní bez léčby.
Psychedelika	LSD, psilocybin (lysohlávky), extáze	Mohou vyvolat spontánní potraty, vrozené vývojové vady CNS a kostí.
Těkavé látky	Toluen	Toluen je vysoce toxickou látkou, mohou se vyskytovat malformace plodu, jeho opožděný vývoj, výskyt mentální retardace. Děti jsou ohroženy vyšším rizikem kojenecké mortality, syndromem náhlého úmrtí kojence a poporodním útlumem dýchacího centra. Dále hrozí postižení detoxikačních orgánů. Po porodu se mohou objevit u dítěte abstinenční příznaky.
Opiáty	Heroin, opium, morfin	Častější infekční komplikace u dítěte i matky, abstinenční syndrom s nutností terapie (léčba trvá 1 až 2 týdny). Doporučuje se zastavení laktace (nedoporučuje se kojení dítěte).
Stimulancia	Pervitin, kokain (crack)	Častěji předčasný porod, vzácně těžké malformace centrální nervové soustavy dítěte, abstinenční syndrom je vzácný, a pokud se vyskytne, pak je mírný. Vzhledem k tomu, že pervitin dobře proniká do mateřského mléka, je kojení pro dítě nebezpečné, je doporučováno zastavení laktace.
Alkohol	–	Po porodu se u novorozence mohou objevit abstinenční příznaky, které se projevují nejprve hyperaktivitou a třesem, pak nastává fáze letargie a poté se stav vrací k normě. Alkohol může u plodu způsobit tzv. fetální alkoholový syndrom (FAS), který se projevuje růstovou retardací (ta pokračuje i postnatálně), postižením centrální nervové soustavy (mikrocefalie, vývojové opoždění, mentální retardace) a faciální dysmorfii (úzký horní ret, zkrácená nosní křídla, malá brada, nízké a okrouhlé čelo). U třetiny postižených dětí mohou být další vrozené vady, zejména srdeční vady, dysplazie kyčlí, anomálie zevního genitálu, kýly, hemangiomy, rozštěpy.
Léky	Benzodiazepiny	Mohou způsobit anomálie kraniofaciální oblasti – rozštěpové vady, vrozené vady srdce.
Substituční léky	Metadon, buprenorfin (subutex, subuxone)	U metadonu je abstinenční syndrom u dítěte jedním z nejtěžších a nejdéších (lék má dlouhý poločas rozpadu). Začíná 2. až 4. den po porodu, léčba trvá 1 až 2 měsíce. U subutexu je nástup abstinenčního syndromu výrazně delší než u ostatních drog, a sice po 7 až 14 dnech. Je tedy možné, že se rozvine až po propuštění dítěte z porodnice. Léčba trvá 2 až 3 týdny. U legálně podávaného subutexu je možné kojení dítěte.

Vzhledem k časté tendenci popírat či zmírňovat užívání návykových látek obecně se doporučuje při podezření na užívání návykových látek (zejména u žen bez těhotenské průkazky, s podezřelým chováním na porodním sále, větším množstvím vpichů atd.) provést ve zdravotnickém zařízení screening na přítomnost drog a alkoholu u matky i dítěte. Vzácněji se zjistí užívání drog až na základě rozvoje abstinenčního syndromu u novorozence, který má natolik typický obraz, že téměř nelze zaměnit s jinou diagnózou.

Ochrana dítěte a formy pomoci rodiči a dítěti

V případě vážných problémů v rodičovské péči vstupují do života rodiny a dítěte orgány sociálně-právní ochrany dětí, nejčastěji obecní úřady obcí s rozšířenou působností, které jsou odpovědné za poskytování základní ochrany dítěte. Tyto úřady mohou zahájit řešení situace dítěte na základě vnějšího podnětu (ten může podat kdokoliv – škola, lékař, jiný člen rodiny, soused atd.) nebo poznatků zjištěných vlastním šetřením. Na orgán sociálně-právní ochrany se může obrátit rodič nebo i samotné dítě. Řada subjektů má ze zákona o sociálně-právní ochraně dětí oznamovací povinnost o skutečnostech svědčících o možném ohrožení dítěte (státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení, poskytovatelé zdravotních nebo sociálních služeb, další služby pro rodiny s dětmi atd.). Úřady se dozvídají o problémech rodiny s dětmi vyvolané užíváním návykových látek zpravidla následující způsobem:

- v souvislosti s porodem matky užívající návykové látky, na základě naplnění oznamovací povinnosti od zdravotnického zařízení (žena o svém užívání návykových látek sama personál porodnice informuje nebo má tuto informaci uvedenu v těhotenském průkazu; přichází s lékařskou zprávou ze substitučního centra, kde je léčena; žena budí podezření svým zdravotním či psychickým stavem nebo chováním; novorozenec jeví známky novorozeneckého abstinenčního syndromu);
- jde o rodinu (matku), která je dlouhodobě v péči orgánů sociálně-právní ochrany v souvislosti s nedostatečnou péčí o předchozí dítě nebo děti;
- dochází k aktuálnímu ohrožení bezpečí či zanedbávání péče o dítě rodičem uživatelem, informace přichází ze širší rodiny, sousedů, školy atd.

Povinností orgánu sociálně-právní ochrany dětí je v první řadě vyhodnotit situaci dítěte a rodiny, resp. míru ohrožení dítěte. K tomu účelu je úřad oprávněn provádět vlastní šetření, vyžádat si různé posudky a zprávy. Může navštěvovat dítě v prostředí, kde žije, zvat rodiče na jednání, kontaktovat odborné služby. Tyto široké pravomoci však přísluší pouze určeným pracovníkům orgánu sociálně-právní ochrany a nelze je přenést na jiný subjekt (například poskytovatele sociálních služeb). V případě, že je zjištěno ohrožení dítěte, je tento orgán povinen naplánovat další kroky vedoucí k ochraně dítěte a jeho práv (individuální plán ochrany dítěte). Tento plán má být zpracován nejpozději do jednoho měsíce od zařazení dítěte do evidence obecního úřadu obce s rozšířenou působností, a to ve spolupráci s rodiči nebo jinou osobou odpovědnou za výchovu dítěte, dítětem a odborníky, kteří se podílejí na řešení problému dítěte a jeho rodiny.

V případě novorozenců nebo mladších dětí je nutné dobu zpracování první verze individuálního plánu výrazně zkrátit (ve vyspělých sociálních systémech je za adekvátní dobu pro základní vyhodnocení situace a naplánování úvodních kroků považováno sedm dnů). V případě okamžitého ohrožení zdraví či života dítěte je orgán sociálně-právní ochrany oprávněn podat návrh soudu na vydání tzv. předběžného opatření, které spočívá v umístění dítěte do „vhodného výchovného prostředí“ (náhradní rodina nebo ústavní zařízení). O tomto návrhu je soud povinen rozhodnout do 24 hodin od podání.

U rodiče, který je uživatelem alkoholu či drog, se lze v souvislosti s péčí a výchovou dětí setkat s různými situacemi:

- rozsah a míra užívání návykových látek přímo péčí o dítě neohrožuje a nevyvolává pozornost;
- již v průběhu těhotenství se matka rozhoduje o přerušení těhotenství nebo o budoucím osvojení či jiné formě náhradní péče;
- rodič chce mít dítě ve své péči a zároveň projevuje náhled na možná rizika užívání návykové látky v souvislosti s péčí o dítě, zvažuje či připouští možnost následné odborné pomoci, případně léčby;
- rodič chce mít dítě ve své péči, ale neprojevuje náhled na možná rizika užívání návykové látky v souvislosti s péčí o dítě, odmítá spolupráci s od-

- bornými službami a jejich doporučení;
- rodič o dítě neprojevuje zájem, či je zájem pouze verbální.

Úřad může rodiči využití odborné pomoci i uložit prostřednictvím tzv. výchovného opatření. Jde však pouze o „odbornou poradenskou pomoc“, nikoliv o možnost nařízení léčby závislosti. Tato pravomoc přísluší jen soudu ve formě ochranného léčení a je vyhrazena pro situace, kdy se osoba závislá na návykových látkách dopustila protiprávního (trestného) jednání. V případě, že rodič nespolupracuje a ohrožení dítěte přetrvává, má tak orgán sociálně-právní ochrany k dispozici opatření, které se zásadním způsobem promítá jak do života dítěte, tak rodiče, a to je odebrání dítěte z péče rodiče. O této skutečnosti rozhoduje soud, stanovisko úřadu, který je opatrovníkem dítěte, je však vždy jedním z klíčových podkladů pro toto rozhodování.

Častým jevem při odebrání dítěte z péče rodiče je skutečnost, že rodič vypadává ze systému služeb a odborné podpory. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí ukládá orgánům sociálně-právní ochrany pouze povinnost jednou za tři měsíce navštívit rodiče dítěte, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo ochranná výchova. Právní úprava sice ukládá postupovat tak, aby došlo k reintegraci rodiny (tato skutečnost by se měla promítnout do cílů a opatření individuálního plánu ochrany dítěte), v praxi se však lze setkat s případy, kdy po umístění dítěte do ústavního zařízení nebo do náhradní rodiny dochází k vážnému narušení vazeb mezi rodičem a dítěte.

Adiktologické služby

Současný systém odborné pomoci a služeb pro řešení situace problémových uživatelů návykových látek je rozdělen zejména mezi zdravotnickou a sociální oblast. Standardy definují adiktologické služby jako multidisciplinární, vychází z konceptu nedělitelnosti zdravotní a sociální péče a otevírají adiktologické služby cílové skupině pacientů či klientů, kteří hledají pomoc v souvislosti se zneužíváním nebo závislostí na všech typech návykových látek. Kromě oborové roztržitosti je dalším problémem dostupnost služeb. Mimo velká města je odborná péče hůře dostupná, u řady služeb existují dlouhé čekací

lhůty, chybějí rovněž terénní pracovníci. Příznivější situace je v oblasti služeb pro uživatele nealkoholových drog, přestože alkohol představuje z hlediska výskytu závislosti v populaci závažnější problém.

Práce s rodinou a dítětem často probíhá formou řady vzájemně nekoordinovaných dílčích aktivit, které se zaměřují na jednoho člena rodiny (buď na rodiče, nebo naopak jen na dítě), nebo na některý z aspektů života rodiny. Důsledkem je přijímání rozhodnutí či řešení, která jsou výhodná pouze pro některou ze stran.

Z charakteru zařízení a typu cílové skupiny, se kterou pracují, jsou dány i možnosti a meze spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí a dalšími subjekty.

Harm reduction služby

Jde o služby, jejichž hlavním cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik. Jsou nízkoprahové, tedy anonymní. Patří k nim **terénní programy a kontaktní centra**. Primární cílovou skupinou terénních a nízkoprahových služeb jsou injekční a tzv. problémoví uživatelé drog pohybující se na otevřené drogové scéně.

Do základní nabídky služeb patří výměnný program injekčních stříkaček a souvisejícího materiálu, základní zdravotní ošetření, sociální poradenství, zprostředkování dalších služeb. Cílem těchto služeb není dosažení abstinence, ale navázání kontaktu, podpora motivace klienta ke změně a následné zprostředkování návazné péče, zejména léčebné.

Úkolem terénních programů, které se pohybují v přirozeném prostředí klientů, jsou rovněž monitoring drogové scény a vyhledávání tzv. problémových uživatelů drog.

Kontaktní centra nabízejí obdobné služby, doplněné o hygienický a potravinový servis, je zde větší prostor pro poradenství, a to i osobám blízkým. Zastoupení těchto služeb je v ČR poměrně dostačující, v r. 2016 jich bylo registrováno 104, byly v kontaktu se 40 000 uživateli návykových látek. V terénních programech a kontaktních centrech neprobíhá léčba směřující k abstinenci, z hlediska Společné šance se tak spolupráce uskuteční zejména s dalšími typy služeb.

Ambulantní péče a léčba (včetně intenzivní ambulantní léčby v denních stacionářích)

Primární cílovou skupinou ambulantních služeb jsou uživatelé návykových látek, případně rodinní příslušníci. Pomoc a léčba je prováděna bez vyčlenění klienta z jeho původního prostředí. Pacient/klient dochází do zařízení, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení jsou přizpůsobeny jeho potřebám a dohodnuty v ústní nebo písemné podobě. Nejčastěji jde o ordinace psychiatra, AT ordinace (alkoholicko-toxická), adiktologické poradny, denní stacionáře (intenzivní ambulantní léčba nahrazující či navazující na léčbu pobytovou), poradny.

Léčbu adiktologických pacientů v r. 2015 vykazalo celkem 447 ambulancí oboru psychiatrie. Mezi nabízenými službami jsou ambulantní léčba, zprostředkování jiné léčby, individuální poradenství, psychotherapie, rodinná a párová sezení, psychiatrická péče, sociální a právní servis, poradenství, motivační práce, reference do právních a dluhových poraden aj.

V rámci projektu Společná šance bude využito ambulantní léčby nejčastěji. Obvyklá doba léčby je 3–6 měsíců, optimální frekvence docházení klienta do zařízení je 1–3x v týdnu a je nastavována individuálně.

Uživatelům návykových látek mohou sloužit i **denní stacionáře** (zpravidla se však tento typ sociální služby zaměřuje na jiné cílové skupiny, v České republice působí pouze několik denních stacionářů pro drogově závislé osoby). Jde o ambulantní službu poskytující zejména sociálně-terapeutické služby (někdy je pro její označení užíván pojem „intenzivní ambulantní péče“). Denní stacionáře jsou určeny především pro klienty motivované pro vstup do léčby. Klient je v programu jenom část dne, intenzivní léčebná péče se zkracuje až na tři měsíce, tedy na minimální účinnou dobu léčby. Cílem služby je změna životního stylu včetně úplné abstinence od návykové látky. Na příkladu existující služby (Denní stacionář organizace SANANIM)²¹ lze demonstrovat využitelnost

ambulantních služeb pro práci se specifickou cílovou skupinou, kterými jsou těhotné ženy a matky (s dítětem ve vlastní péči, nebo umístěným v náhradní rodinné péči či ústavu). V jejich případě nabízí služba nejenom léčbu, ale i celkové řešení rodinné situace. Součástí nabídky je kromě poradenství a terapeutických služeb také program týkající se výchovy a péče o dítě a náviku rodičovských dovedností, provázení při snaze získat odebrané dítě zpět do péče, pomoc a asistenci při jednání s institucemi a úřady (soudy, orgány sociálně-právní ochrany dětí, porodnice, ústavy pro děti), právní servis a podobně.

Detoxifikace (lůžková zdravotní, ambulantní)

Primární cílovou skupinou těchto služeb jsou **aktivní uživatelé návykových látek**. Smyslem této léčebné metody (detoxifikace) je zbavit organismus návykové látky. Nejčastěji je prováděna formou

V rámci projektu budou detoxifikaci absolvovat někteří rodiče, kteří nastupují do pobytové, příp. ambulantní léčby.

pobytu na lůžku v detoxifikačním centru, obvyklá doba pobytu je v řádu dnů až týdnů. Toto se může dít buď bez použití léků, nebo s pomocí farmakologické podpory pomáhající překonání odvykacích příznaků. Služba má obvykle připravit klienta na další následnou léčbu.

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Primární cílovou skupinou terapeutických komunit jsou uživatelé s dlouhodobou závislostí na návykových látkách, převážně nealkoholového typu, případně s kombinovanou závislostí. Terapeutické komunity poskytují pobytové služby (dlouhodobé i na přechodnou dobu) pro osoby závislé na návykových látkách, které mají zájem o začlenění do běžného života. Hlavním prostředkem léčby je každodenní život v terapeutické komunitě s postupným návikem zodpovědnosti, změny škodlivých vzorců chování na základě otevřené komunikace mezi klienty a personálem a spoluúčasti klientů na

²¹ Podobnou službu nabízejí i další poskytovatelé, například Drop-in.

rozhodovacích procesech v komunitě. Cílem je získání pracovních návyků a schopnosti fungování ve společnosti aj. Obvyklá doba léčba je 6–10 měsíců. Mezi nabízené služby patří skupinová terapie, režim, pracovní terapie, sociální poradenství aj.

Jednou z komunit je Terapeutická komunita Karlov určená pro společnou léčbu závislých matek (vč. těhotných žen), případně otců – uživatelů drog s jejich dítětem. Základním cílem léčebného programu je plnohodnotné zapojení klientky (matky) do běžného života, základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence. V Terapeutické komunitě Karlov jsou zajištěny služby psychiatra, mimo komunitu pak služby praktického lékaře, pediatra, gynekologa, hepatologa aj., kteří poskytují kontinuální péči během pobytu klientů a dětí. K pobytu matky s dítětem v terapeutické komunitě není nutné, aby je měl svěřené do vlastní péče, naopak – většina matek má stanovené výchovné opatření (dohled) či je dítě svěřeno do péče jiné osoby nebo instituce a postupně vraceno do péče vlastního rodiče²². V rámci projektu nebude komunitní léčba využívána pro svoji dlouhodobost, kterou nelze skloubit s dobou pobytu dítěte v pěstounské rodině na přechodnou dobu.

Zdravotní lůžková léčba (ústavní)

Primární cílovou skupinou zdravotní lůžkové léčby jsou uživatelé návykových látek s rizikovým sociálním okolím, s psychickými či somatickými komplikacemi. Léčba může mít různou délku trvání (krátkodobá, střednědobá i dlouhodobá). V rámci projektu a s ohledem na možnou dobu umístění dítěte v pěstounské péči na přechodnou dobu (1 rok), lze využít zejména krátkodobou pobytovou léčbu (6–8 týdnů). Léčba probíhá nejčastěji na specializovaném oddělení pro závislosti psychiatrické nemocnice (léčebny). Nabízenými službami jsou lékařská péče, strukturovaný program, psychoterapie aj.

Velkým zásahem do rodinného života je skutečnost, že pobytové služby zpravidla neumožňují intenzivní kontakt rodiče s dítětem. Často dochází v průběhu intenzivní léčby ke zpřetrhání pouta mezi rodičem

a dítětem. V některých zařízeních je omezením kontaktů cíleně vytvářen prostor pro rodiče, aby se mohli věnovat svým vlastním problémům se závislostí, ale některá zařízení se snaží častější kontakt rodiče s dítětem umožnit.

Jediným zařízením, které přijímá k léčbě matky i s dítětem je Psychiatrická nemocnice Červený Dvůr (okres Český Krumlov). Týká se matek závislých na alkoholu i nelegálních drogách, léčba společně s dítětem je možná krátkodobá i střednědobá. Kapacita je pouze dvě místa pro matky s malými dětmi – maximálně do šesti let. Je pravděpodobné, že na poptávku budou reagovat i další zařízení a společný pobyt matky s dítětem umožní.

Doléčování včetně chráněného bydlení

Primární cílovou skupinou těchto služeb jsou aktuálně abstinující uživatelé návykových látek. Doléčování nejčastěji navazuje na ambulantní či pobytovou léčbu, trvá obvykle 6 až 12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby. V České republice je 35 až 45 programů ambulantní následné péče. Některá doléčovací centra nabízejí možnost kromě ambulantního doléčovacího programu (podpora

Využití doléčovacích programů předpokládáme nejčastěji u rodičů odcházejících z pěstounské rodiny společně s dítětem.

k udržení abstinence po léčbě) také možnost chráněného bydlení (cca 20 programů, jejich celková kapacita je odhadem 200 míst), případně programu podporovaného zaměstnání.

Substituční programy

Primární cílovou skupinou substitučních programů jsou dlouhodobí uživatelé se závislostí opiatového typu, po opakovaných neúspěšných abstinčních léčbách a také těhotné ženy. Jde o způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno podáváním legální látky (medikace lékařem) s podobnými účinky a vlastnostmi, ale s výrazně menšími riziky, a také

²² Podle § 30 zákona o sociálně-právní ochraně dětí může i v případě, že je u dítěte nařízena ústavní výchova, ředitel ústavního zařízení po předchozím písemném souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností povolit dítěti pobyt u rodičů, popřípadě jiných fyzických osob, a to nejvýše v rozsahu 30 kalendářních dnů při prvním pobytu u těchto osob. Tato doba může být prodloužena na základě písemného souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

bezpečnějším způsobem užití. Nejčastěji užívaným přípravkem v substituční léčbě je suboxone (buprenorfin+naloxon), mezi další patří subutex a metadon. Jde o látky, které jsou dostupné převážně jen v substitučních zdravotnických centrech (subutex však pronikl i na černý trh, ilegální subutex je běžně užíván nitrožilně jako oblíbená kombinace s pervitinem). Legální subutex je v těhotenství doporučován jako varianta s nejlepšími výsledky. Ženy, které v programu jsou, mají zpravidla zájem o dítě a po jeho narození mohou plně kojít. Cílem jsou celková stabilizace klienta, vytržení z rizikového užívání a drogové komunity a sociální a zdravotní adaptace. Může trvat od několika týdnů k mnoha letům, je předem časově neomezená. Mezi nabízené služby patří psychiatrické vyšetření, farmakoterapie, sociální poradenství, psychoterapie aj.

V souvislosti s léčbou závislosti na návykových látkách se objevuje otázka **predikce úspěšnosti této léčby**. Exaktně nelze určit, zda bude léčba u konkrétního uživatele úspěšná. Každý uživatel je jinak traumatizován, má jinou genetickou výbavu, osobnost atd. Podle zahraničních výzkumů zhruba 40 % uživatelů drog po absolvování léčby zcela abstinguje od užívání návykových látek. U zbylých 50–60 % uživatelů drog se díky léčbě podaří alespoň zlepšit jejich zdravotní a sociální stav natolik, že méně vyžadují další odbornou péči. Přesto, že nevydrží po léčbě zcela abstingovat, chová se většina z nich i méně rizikově – již neužívají drogy v tak vysokých dávkách jako před léčbou, neužívají je injekčně a mají tendenci dříve nastoupit k opakované léčbě, aby se své závislosti zbavili. Pouze u nepatrné části uživatelů drog nenastane po léčbě žádné nebo jen nevýrazné zlepšení²³. Z české praxe lze odhadnout cca 50 až 60% úspěšnost v ambulantní léčbě (liší se však podle užívané látky). Podle statistik Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (U Apolináře) z pacientek, které řádně dokončí základní čtyřměsíční pobytovou léčbu, abstinguje tři roky po ukončení cca 70 %. Naopak u žen, které léčbu nedokončí, se ví o ojedinělých případech abstinence (do 5 %). Některé ženy se dostanou ke dlouhodobé abstinenci až po recidivě a jejím přeléčení. U mužů je úspěšnost léčby asi 60 %.

V této souvislosti je důležité si uvědomit, že snížení rizika spojeného s užíváním návykových látek může být sice pozitivně hodnoceno z pohledu samotného uživatele (menší dávky, méně riziková aplikace, abstinence), ale podstatné je hodnotit, zda postupem léčby došlo i ke zlepšení nebo posílení rodičovských kompetencí.

Služby v oblasti rozvoje rodičovských kompetencí

Služby pro rozvoj rodičovských kompetencí mohou v České republice působit v několika režimech. Nejčastější formou jsou registrovaní poskytovatelé sociálních služeb (typickými reprezentanty těchto služeb jsou **sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi**), pomoc rodičům však lze realizovat i na základě pověření k výkonu sociálně-právní ochrany. Tyto služby jsou poskytovány převážně terénní formou, v domácnosti klienta. Mohou být poskytovány rodinám s dětmi i rodičům, kteří o dítě aktuálně nepečují, mohou se zaměřit i na těhotné ženy v obtížné situaci. Jejich obecným cílem je prevence odebrání dítěte z rodiny nebo úprava podmínek na straně rodiče, tak aby se dítě do rodiny mohlo vrátit, a tam, kde to není možné, udržení kontaktů rodiče s dítětem, je-li to v zájmu dítěte. Konkrétní podoba služby se může lišit, jejím základem jsou činnosti směřující k podpoře rodičovských kompetencí a k sociální sta-

Tyto služby budou zapojeny do podpory rodiče během pobytu v pěstounské rodině a optimálně ještě 6–12 měsíců po ukončení Společné šance.

bilizaci rodiny. Kromě individuální podpory a nácviků mohou nabízet i skupinové rodičovské programy. Služba může být poskytována jako preventivní či na základě požadavku OSPOD. K dobré praxi patří úzká spolupráce s pracovníky OSPOD a dalšími subjekty, poskytování a plánování služeb probíhá na základě podrobného vyhodnocení rodičovských kompetencí. Dostupnost služeb je regionálně však velmi odlišná.

²³ RADIMECKÝ, J: Funguje léčba uživatelů drog? 01. 03. 2006, online: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog->, 22. 9. 2017.

Náhradní rodinná péče Význam a formy

V případě, že dítě nemůže vyrůstat v péči vlastního rodiče, je svěřeno do náhradní rodinné péče nebo ústavní výchovy. Náhradní rodinná péče má přitom podle platné právní úpravy (občanský zákoník) vždy přednost před umístěním dítěte do ústavu. Důvodem jsou prokázané negativní důsledky institucionální péče na vývoj dítěte, které jsou o to závažnější, čím je dítě mladší. Novelizovaný zákon o sociálně-právní ochraně dětí (účinnost od 1. ledna 2013) v § 21 odst. 1 stanoví, že obecní úřad obce s rozšířenou působností vyhledává náhradní rodinou péči vždy, pokud jsou podávány soudu návrhy na zásahy do rodičovské odpovědnosti (omezení, zbavení atd.), nařízení ústavní výchovy, svěření dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc apod. Tento úřad má zároveň vyhledávat vhodné osoby, které se mohou stát pěstouny, vede úvodní jednání se žadatelem o náhradní rodinnou péči a podobně.

Specifikem náhradní rodinné péče v České republice je skutečnost, že je velmi často vykonávána příbuznými dítěte. **Péče příbuzných (a osob dítěti blízkých)** má přednost před náhradní rodinnou péčí vykonávanou osobami bez příbuzenského poměru k dítěti. U osob, které jsou s dítětem v příbuzenském vztahu nebo jsou osobou blízkou (bez příbuzenského poměru)²⁴, se neprovádí tzv. zprostředkování náhradní rodinné péče krajským úřadem. Jejich schopnost pečovat o dítě posuzuje přímo soud během soudního řízení o svěření dítěte do péče těchto osob. Oproti tomu zprostředkovaná náhradní rodinná péče vyžaduje, aby budoucí náhradní rodiče absolvovali odborné posouzení a přípravu k náhradnímu rodičovství (48 hodin v případě pěstounské péče a adopce, 72 hodin v případě pěstounské péče na přechodnou dobu). Za svěření konkrétního dítěte do konkrétní náhradní rodiny pak zodpovídá krajský úřad.

Existuje několik **forem náhradní rodinné péče**, které se liší šíří rodičovské odpovědnosti²⁵ vůči dítěti a také mírou hmotné a odborné podpory ze strany státu:

1. Pěstounská péče je v České republice nejrozšířenějším typem náhradní rodinné péče. Do pěstounské péče může být dítě svěřeno tehdy, nemůže-li o něj pečovat žádný z rodičů ani poručník. Pěstounská péče je ze své podstaty institutem dočasným, protože o pěstounské péči může soud rozhodnout na dobu, po kterou trvá překážka bránící rodičům v osobní péči o dítě. Rodič může (pominou-li důvody, pro které bylo dítě nuceno opustit rodinu) požadovat dítě zpět do své osobní péče. Existuje však samozřejmě řada případů, kdy dítě setrvává v pěstounské péči až do zletilosti, či dokonce déle, pokud se připravuje na budoucí povolání²⁶. Vyživovací povinnost k dítěti mají nadále rodiče. Nárok na výživné přechází na stát, který dítěti jako náhradu výživného vyplácí dávku „příspěvek na úhradu potřeb dítěte“. Pěstouni mají dále nárok na odměnu pěstouna, jednorázový příspěvek na úhradu potřeb dítěte a další sociální benefity.

2. Pěstounská péče na přechodnou dobu. Jde o specifický typ pěstounské péče, která je někdy nepřesně označována jako péče profesionální. Pěstoun na přechodnou dobu však má stejná práva a povinnosti jako „běžný“ pěstoun, resp. pěstoun vykonávající pěstounskou péči dlouhodobého charakteru. Liší se však účel této péče a rozsah hmotného zabezpečení pěstouna na přechodnou dobu. Pěstoun na přechodnou dobu pobírá odměnu pěstouna i v době, kdy nepečuje o žádné dítě, neboť musí být kdykoliv připraven k převzetí dítěte²⁷. Účelem této péče je rychlé, ale zároveň přechodné zajištění péče o dítě a dalších jeho potřeb. Pěstounská péče na přechodnou dobu je časově omezena na jeden rok. Výjimkou jsou případy, pokud jsou do pěstounské péče na přechodnou dobu téhož pěstouna svěřeni sourozenci

²⁴ Viz poznámku č. 15.

²⁵ Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, jež spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud. Omezení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti neruší vyživovací povinnost ze strany rodiče.

²⁶ V tomto případě již nejde o pěstounskou péči. Stát však bývalé pěstouny finančně podporuje, pokud bývalému svěřenci poskytují zázemí pro dokončení vzdělání. Tato podpora je poskytována nejdéle do 26 let věku mladého dospělého.

²⁷ Jedinou výjimkou jsou vážné překážky na straně pěstouna, což v praxi představuje především akutní onemocnění znemožňující nebo omezující péči o dítě.

(lhůta jednoho roku se počítá od sourozence, který byl do pěstounské péče na přechodnou dobu svěřen naposled). Do pěstounské péče na přechodnou dobu by měly být svěřovány děti, u nichž je předpoklad, že se budou moci vrátit do péče rodiče, nebo naopak u nichž je zřejmé, že budou v poměrně krátké době směřovat do jiného typu péče (osvojení). Podmínky, za nichž může být dítě svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu, upravuje § 27a zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Jde o dobu:

- a) po kterou rodič nemůže ze závažných důvodů dítě vychovávat,
- b) po jejímž uplynutí může rodič dát souhlas k osvojení (nejdříve šest týdnů po narození dítěte) nebo po kterou může rodič souhlas k osvojení odvolat (tři měsíce po udělení souhlasu),
- c) dobu do nabytí právní moci rozhodnutí soudu o tom, že souhlasu rodičů k osvojení není třeba.

Svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu lze i formou tzv. předběžné úpravy poměrů dítěte. V České republice je pěstounská péče na přechodnou dobu využívána především jako alternativa umístění dítěte do kojeneckého ústavu (80 % dětí svěřených do této péče je mladších dvou let) nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Pěstouni na přechodnou dobu však mají i funkci „krizovou“. Mezi jejich povinnosti patří připravenost převzít bez zbytečného odkladu do péče jakékoliv dítě, jehož situace náhradní rodinnou péčí vyžaduje. Na rozdíl od „dlouhodobého“ pěstouna nemůže pěstoun na přechodnou dobu bez vážného důvodu přijetí dítěte do péče odmítnout (vážným důvodem může být například aktuální zdravotní stav pěstouna, nemůže však odmítnout dítě z důvodu jeho původu, sociální situace, barvy pleti, věku atd.). Takové odmítnutí může ve svém důsledku být důvodem pro vyřazení pěstouna z evidence vedené krajským úřadem a zastavení výplaty odměny pěstouna Úřadem práce ČR. Pěstounská péče na přechodnou dobu je v praxi relativně novým institutem, který má velký potenciál. S jeho využitím počítá i Společná šance.

3. Osobní péče poručníka. Poručník je dítěti ustanovován soudem v případě, že ani jeden z rodičů nemůže plně vykonávat rodičovskou odpovědnost (je zbaven nebo omezen v této odpovědnosti, nebo pokud rodiče zemřeli). Poručník stojí na místě rodičů, má tedy všechny povinnosti a práva jako rodič kromě vyživovací povinnosti. Každé rozhodnutí poručníka v nikoliv běžných záležitostech týkajících se dítěte však podléhá schválení soudu. Poručník rovněž nejméně jednou ročně předkládá soudu zprávu o vývoji dítěte a předkládá účty (přehled) správy jeho jmění. Poručníkem je jmenován nejčastěji příbuzný dítěte nebo osoba blízká dítěte²⁸. Pokud není vhodná žádná fyzická osoba, vykonává veřejné poručenství orgán sociálně-právní ochrany (obecní úřad obce s rozšířenou působností), a to až do doby, než se dítěti naleznou a soudem ustanoví jiný poručník. Poručník, který o dítě osobně pečuje²⁹, má z hlediska hmotného zabezpečení a tzv. doprovázení stejné postavení jako pěstoun, tj. má nárok na dávky pěstounské péče a na odborné služby poskytované na základě dohody o výkonu pěstounské péče.

4. Péče jiné osoby Podmínkou pro svěřeni dítěte do péče jiné osoby je skutečnost, že o dítě nemůže pečovat žádný z rodičů ani poručník. Tato osoba nemá nárok na dávky pěstounské péče. Rodiče mají k dítěti vyživovací povinnost, výživné je hrazeno přímo osobě, která o dítě pečuje. Pokud nelze rodičům nebo ostatním příbuzným uložit vyživovací povinnost k dítěti, je nutné svěřit dítě do péče pěstounské. Velmi často je tento typ náhradní rodinné péče využíván u příbuzných dítěte.

Svěření dítěte do péče jiné osoby rodičem (§ 881 občanského zákoníku)

Podle § 881 občanského zákoníku péčí o dítě a jeho ochranu, výkon jeho výchovy, popřípadě některých jejích stránek, nebo dohled nad dítětem mohou rodiče svěřit jiné osobě; dohoda rodičů s ní se nemusí do-
tknout trvání ani rozsahu rodičovské odpovědnosti.

²⁸ Podle § 22 občanského zákoníku je blízkou osobou příbuzný v přímé řadě (rodič, prarodič, praprarodič atd.) a sourozenec. Za osobu blízkou se považují také další příbuzní (teta, strýc, bratranec, sestřenice atd.), ale pouze tehdy, pokud by „újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní“. Za osoby blízké dítěti nebo jeho rodině se za stejných podmínek mohou považovat i osoby bez příbuzenského vztahu k dítěti, pokud s dítětem trvale žijí. Je však nutné, aby tento osobní vztah vznikl ještě předtím, než bylo dítě umístěno do náhradní rodinné péče.

²⁹ Poručník nemusí mít dítě v péči, poté je jeho postavení obdobné jako rodiče, který nemá dítě v osobní péči.

Jde o svěření dítěte, jehož motivem není úmysl předat dítě do náhradní péče, která má dlouhodobý nebo trvalý charakter. Pokud by tento úmysl existoval, jsou rodiče nebo osoba, která dítě přejímá, povinni informovat orgán sociálně-právní ochrany dětí, který dále postupuje podle situace dítěte.

Všechny výše uvedené formy náhradní rodinné péče se zásadně liší od **osvojení**. Rozhodnutím o osvojení vzniká mezi osvojitelem a dítětem stejný vztah jako mezi rodičem a dítětem. Osvojitelé nemají (na rozdíl od pěstounů nebo osobně pečujících poručníků) nárok na žádné zvláštní dávky ani na speciální odbornou pomoc (některé organizace však služby pro osvojitele nabízejí). K osvojení je nutný souhlas obou rodičů (matka může dát tento souhlas nejdříve šest týdnů po porodu – veškeré dohody uzavřené před narozením dítěte jsou neplatné a právně nevymahatelné). Jde o ochranu matky po dobu tzv. šestinedělí s ohledem na psychický stav matky. Další tři měsíce činí lhůta, po kterou je možné již vyslovený souhlas k osvojení odvolat. Vychází se z předpokladu možné pozitivní změny ve vztahu k dítěti. Souhlasu rodiče k osvojení není třeba, pokud rodič nemá o dítě zjevně opravdový zájem nebo byl zbaven rodičovské odpovědnosti. „Nezájem“ rodiče musí trvat alespoň tři měsíce. Orgán sociálně-právní ochrany má v tomto případě povinnost poučit rodiče o možných důsledcích jejich chování a poskytnout rodičům poradenství a pomoc. Rozhodnutím o osvojení zanikají rodičovská odpovědnost vlastního („biologického“) rodiče dítěte, jeho vyživovací povinnost či další rodinné či majetkové vazby (například dítě již nebude po tomto rodiči dědit atd.). V poslední době jsou osvojitelé vedeni v přípravách i formou poradenství k aktivnímu přístupu k identitě dítěte, práci s jeho původem, životním příběhem atd. Vlastní rodič dítěte však spolu se ztrátou rodičovské odpovědnosti ztrácí i právo na osobní kontakt s dítětem, je věcí dítěte a osvojitelů, zda takový kontakt umožní.

Děti svěřené do náhradní rodinné péče jsou pod zvláštní ochranou státu. Ochrana je kromě prověřování vhodnosti osob, které mají náhradní rodinnou péči vykonávat, prováděna formou **dohledu nad vývojem dítěte** umístěného v náhradní rodinné péči. Dohled vykonávají obecní úřady obcí s rozší-

řenou působností formou návštěv v náhradních rodinách (minimálně jednou za šest měsíců, v období prvního půl roku po příchodu dítěte do náhradní rodiny jednou za tři měsíce).

Způsob podpory náhradních rodičů během péče o svěřené dítě

Pěstouni, pěstouni na přechodnou dobu a osobně pečující poručníci mají nárok na níže vyjmenovanou odbornou pomoc a služby:

- a) Právo na poskytnutí trvalé nebo dočasné pomoci při zajištění osobní péče o svěřené dítě. Tato péče je poskytována po dobu, kdy je pěstoun uznán dočasně práce neschopným nebo při ošetřování osoby blízké, při narození dítěte, při vyřizování nezbytných osobních záležitostí (za takovou záležitost se považuje například účast na povinném vzdělávání) nebo při úmrtí osoby blízké. Někdy je označována jako „krátkodobá“ péče, její doba se však odvíjí od skutečnosti, po kterou pěstoun z výše uvedených příčin nemůže pečovat o svěřené dítě.
- b) Právo na poskytnutí pomoci se zajištěním celodenní péče o svěřené dítě v rozsahu nejméně 14 kalendářních dnů v kalendářním roce. Tato péče musí být přiměřená věku dítěte. Poskytuje se v případě, když je svěřené dítě starší než dvou let.
- c) Právo na zprostředkování psychologické, terapeutické nebo jiné odborné pomoci alespoň jednou za šest měsíců.
- d) Právo na zprostředkování nebo zajištění bezplatného vzdělávání. Povinnost zvyšovat si znalosti a dovednosti v oblasti výchovy a péče o dítě je pěstounovi stanovena v rozsahu 24 hodin v době 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců.
- e) Právo na pomoc při plnění povinnosti udržovat sounáležitost dítěte s rodiči, dalšími příbuznými a osobami blízkými a zajišťování osobního styku dítěte s těmito rodinami.

Nároky pěstounských rodin na odbornou podporu a služby jsou zajištěny prostřednictvím služeb tzv. **doprovázení pěstounských rodin**, které je vykonáváno na základě Dohody o výkonu pěstounské péče. Tuto dohodu může pěstoun uzavřít s obecním nebo krajským úřadem (až na výjimky uzavírají dohody obecní úřady obcí s rozšířenou působností) nebo se subjektem, který má k uzavírání dohod pověření k výkonu sociálně-právní ochrany. V rámci

služby „doprovázení“ je vypracován Plán průběhu pobytu dítěte v pěstounské rodině, který musí vycházet z Individuálního plánu ochrany dítěte.

Pěstouni (resp. děti svěřené do péče pěstouna) mají dále nárok na dávky pěstounské péče, z nichž klíčové jsou příspěvek na úhradu potřeb dítěte (nárok dítěte) a odměna pěstouna. **Příspěvek na úhradu potřeb dítěte** je náhradou výživného, které rodiče dítěte hradí nikoliv dítěti, ale příslušné krajské pobočce Úřadu práce ČR. Pokud je výživné vyšší než vyplácená dávka, náleží rozdíl dítěti. Výše příspěvku na úhradu potřeb dítěte činí podle věku dítěte a skutečnosti, zda je dítě osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby podle zákona o sociálních službách 4 950 až 9 900 Kč měsíčně. **Odměna pěstouna** je poskytována jako ocenění činnosti náhradního rodiče. (v současné době je vyplácena ve výši od 12 000 Kč hrubého měsíčně a odvíjí se od počtu dětí v pěstounské péči a jejich stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby.) Tato sazba se může významně zvyšovat při péči o vyšší počet dětí, zvláště je-li pečováno o dítě, které je ve II. až IV. stupni závislosti na pomoci jiné osoby. Podle zákona o sociálních službách. Jde o „hrubou“ výši odměny, pěstounovi je odměna zdaňována a je z ní odváděno pojistné na sociální zabezpečení, pojistné na úrazové pojištění a pojistné na všeobecné zdravotní pojištění (odměna pěstouna se pro účel těchto systémů posuzuje stejně jako příjem z výkonu závislé činnosti). V případě pěstouna na přechodnou dobu je odměna stanovena jednotně na 20 000 Kč měsíčně, pokud pečuje o dítě znevýhodněné, činí 24 000 Kč měsíčně. Dávky pěstounské péče vyplácí na základě žádosti pěstouna Úřad práce ČR.

Výkon pěstounské péče je spojen nejenom s právy pečujících osob, ale rovněž s jejich povinnostmi. Základní povinností je pečovat o dítě a přiměřeně vykonávat rodičovskou odpovědnost. Pěstouni jsou dále povinni:

- zvyšovat si znalosti a dovednosti v oblasti výchovy a péče o dítě v rozsahu 24 hodin v době 12 kalendářních měsíců po sobě jdoucích,
- umožnit sledování naplňování dohody o výkonu pěstounské péče podle § 47b odst. 5 zákona o sociálně-právní ochraně dětí a spolupracovat se zaměstnancem pověřeným sledovat vývoj dětí podle § 19 odst. 6 téhož zákona,

- v souladu s Individuálním plánem ochrany dítěte udržovat, rozvíjet a prohlubovat sounáležitost dítěte s osobami dítěti blízkými, zejména s rodiči, a umožnit styk rodičů s dítětem v pěstounské péči, pokud soud rozhodnutím nestanoví jinak.

Vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny (zhodnocení potenciálu rodiče pro účast ve Společné šanci)

Cílem vyhodnocení je zjistit, zda jde o dítě ohrožené ve smyslu § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zda a jak je ohrožen zájem dítěte, zda není zanedbávána péče o dítě, zda není ohroženo jeho zdraví či život atd.). V rámci úvodní fáze vyhodnocení se orgán sociálně-právní ochrany zabývá i praktickými otázkami (jak je aktuálně zajištěna péče o dítě, kde se dítě nachází, zda je v péči rodičů nebo jiné osoby atd.) Vyhodnocení je rozhodující pro stanovení toho, zda je orgán sociálně-právní ochrany oprávněn zařadit dítě do své evidence, nebo jde o případ spadající do okruhu preventivních aktivit. Dobře provedené vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny navíc přináší odpověď na otázku, zda je pro řešení situace dítěte a jeho rodiče možné využít systém Společná šance (využití Společné šance může rodiči navrhnout a doporučit i jiná služba, než je OSPOD, pokud je s potenciálním klientem v kontaktu ještě dříve, než se „o případu“ dozví OSPOD).

Nabídka Společné šance může směřovat i k matce doposud nenarozeného dítěte. V tomto případě však existuje pro nastavení spolupráce několik specifík. Podle platné právní úpravy může orgán sociálně-právní ochrany (obecní úřad obce s rozšířenou působností) ve vztahu k budoucím rodičům vyvíjet pouze poradenské aktivity (v rámci obecné preventivní činnosti). Zároveň však může jít o osobu v nepříznivé sociální situaci, která má nárok na pomoc ve formě sociální práce vykonávané tím samým obecním úřadem obce s rozšířenou působností (pouze jiným sociálním pracovníkem v jiném oddělení). Na podporu těhotných žen se dále zaměřují i některé sociální služby (zpravidla NNO).

Fyzické a psychické zdraví dítěte podstatnou měrou ovlivňuje zdravotní stav a chování matky v těhotenství. U matek, které užívají návykové látky, je důležité, zda v těhotenství abstinují, a jak je jejich celkový



Box 1 příklad vyhodnocovacího rámce

Vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny je provedeno ve třech základních oblastech:

- Vývojové potřeby dítěte (zdraví, učení se, emoční vývoj a chování, rodinné a sociální vztahy, identita a sociální prezentace, samostatnost a sebeobsluha)
- Rodičovská kapacita (základní péče, zajištění bezpečí a ochrany, citová vřelost, stimulace a podněty, vedení a hranice, stabilita)
- Rodina a prostředí (rodinná historie, fungování rodiny, širší rodina, bydlení, zaměstnání, finanční situace, sociální začlenění rodiny a komunitní zdroje)

Fakt užívání návykových látek rodičem může mít z vyhodnocovaných oblastí vliv zejména na zdraví a vývoj dítěte, může ovlivňovat navazování a budování vztahu mezi dítětem a rodičem, zvyšovat riziko, že dítěti nebude zajištěno ze strany rodiče bezpečí. Zásadní je také zdravotní a psychický stav rodiče. Při využití Společné šance je nutné se na tyto oblasti ve vyhodnocení zaměřit detailněji.

Tabulka 2 Vývojové potřeby dítěte

Vývojové potřeby dětí jsou úzce navázány na vztah mezi rodičem a dítětem. Liší se podle věku dítěte.

Vývojové období dítěte	Vývojové potřeby dítěte
Novorozenecké období	Vrozená dispozice k učení (je nutný optimální přísun podnětů včetně sociálních) Formuje se bazální postoj ke světu a vazba s pečující osobou
Kojenecké období	Potřeba učení, stimulace, stálé ochrany – rozvoj motorických dovedností Socializace dítěte, rozvoj řeči, sebepojetí dítěte Objevuje se separační strach jako důsledek citové vazby s blízkou osobou Způsob, jakým dítě prožije první rok života, určuje základní životní strategie
Batolecí věk	Rozvoj motorických dovedností, řeči a poznávacích procesů, vědomí vlastní identity, pro které jsou typické sebezprosazování, negativismus, učí se sociální normy
Předškolní věk	Rozvoj poznávacích procesů Identifikace se svou psychosexuální rolí (přechodně zvýšený zájem o sexuální témata) Uvolňuje se vazba na rodinu, začínají mít větší význam vrstevníci – vhodná předškolní výchova
Školní věk	Změna kvality myšlení od konkrétního k logickému Zvyšuje se potřeba kontaktu s vrstevníky na úkor vztahu k autoritám Vytvářejí se sebehodnocení a sebepojetí
Puberta a adolescence	Somatické změny, změny kvality myšlení k analyticko-deduktivnímu Prostřednictvím vlastních nebo sdílených zkušeností se vytváří identita

zdravotní stav ovlivněn užíváním návykových látek. Důsledky užívání drog v těhotenství závisí kromě jiných faktorů na tom, zda jde o příležitostné užívání (experimentování), časté užívání, které má vyšší rizika a je spojené s psychosociálními problémy, nebo o závislost na návykové látce. Příležitostné uživatelky, které si lépe uvědomují škodlivé důsledky užívání návykových látek na dítě, jsou často schopné začít v těhotenství abstinovat. Problémové uživatelky drog a drogově závislé nejsou schopné abúzus ukončit a často také zanedbávají prenatální péči. Odborné studie ukazují, že tolerance k droze je u těhotné ženy i nenarozeného dítěte velmi individuální. Nelze jednoznačně předvídat, zda dítě matky, která užívala návykové látky v těhotenství, bude mít po narození zdravotní komplikace. Pravděpodobnost komplikací u novorozence se s riziky na straně matky zvyšuje, ale je možné, že se narodí zdravé dítě bez dlouhodobých zdravotních obtíží. Děti uživatelek nealkoholo-

vých látek mají lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků, protože nejčastější příčinou vrozených anomálií a sníženého intelektu bývá alkohol, který zvyšuje rizika i v malých dávkách.

Mírnější formy postižení nemusejí být v časném věku zjevné a objeví se až v pozdějším věku, obvykle se začnou zvýrazňovat v období vývoje dítěte, kdy jsou na nervové struktury kladeny vyšší nároky, a častěji se týkají psychických a psychosociálních obtíží. Z psychických poruch jsou časté především hyperkinetické poruchy, tzv. ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), specifické poruchy učení, poruchy autistického spektra a další poruchy sociálního, emočního, kognitivního či mentálního vývoje. Děti s perinatální zátěží (nedonošenost, časná zdravotní komplikace) by měly být pediatrem sledované dlouhodobě a abnormity ve vývoji psychických funkcí by měly být vždy včas vyšetřeny příslušným specialistou

(dětský klinický psycholog a dětský psychiatr), kterému by měl dítě doporučit pediatr. Včasnou a správnou lékařskou péčí a přiměřeným psychologickým a pedagogickým přístupem lze většinu z nich příznivě ovlivnit nebo zcela odstranit, při zanedbání však mohou přecházet v závažnější stavy, například poruchy chování s rizikem užívání návykových látek.

U dětí rodičů – uživatelů návykových látek mohou existovat (ale nemusí) specifická rizika:

- vrozené dispozice dětí mohou být negativně ovlivněné užíváním návykových látek v těhotenství, děti pak kladou na rodiče podstatně větší nároky jak z hlediska rodičovských kompetencí, tak po stránce emočního prožívání rodičů;
- rodičovské kompetence bývají u uživatelů návykových látek sniženy;
- rodiče nevytvářejí dítěti stabilní, srozumitelné, bezpečné prostředí, které vede ke vzniku bezpečné vazby;
- rodiče mohou svým chováním dítě ohrozit (nepozornost, agrese při intoxikaci);
- rodiče neposkytují dostatečnou stimulaci, vzor adekvátního sociálního chování;
- rodiče nezaručují včasné a adekvátní rozhodování a ochranu dítěte před úrazem;
- rodiče neposkytují v dospívání vhodný rodičovský vzor, se kterým by se dítě mohlo identifikovat při utváření své osobnosti;
- u dětí může dojít k citové a podnětové deprivaci;
- u dětí se mohou vytvářet nevhodné postoje k užívání návykových látek;
- děti mohou mít pocity viny za problémy rodičů;
- děti si často uvědomují, že jim hrozí odebrání z rodiny, mají tendenci rodiče chránit, i když jejich chováním samy trpí;
- děti mohou být traumatizovány samotným chováním rodičů, druhotně systémovým opatřením.

Klíčovou oblastí vyhodnocení je otázka **vztahu mezi rodičem a dítětem**. Nejdůležitějším faktorem pro rozvoj kognitivního potenciálu dítěte a sociálních vztahů je bezpečná vazba, která vzniká v časném věku jako specifická zkušenost dítěte v interakci s pečující osobou. Neuspokojování potřeb dítěte vede k deprivaci, která se může projevit opožděním emočního a kognitivního vývoje, narušením vývoje osobnosti s celoživotními následky v podobě závaž-

ných emočních či osobnostních poruch s dopadem na sociální fungování. Vazbu k (ještě nenarozenému) dítěti je vhodné navazovat již v době těhotenství. Je proto nutné vyhodnotit, zda rodič projevuje o dítě zájem, a pokud ne, jaké jsou příčiny tohoto nezájmu. Ten může mít kořeny v rodinné historii rodiče (rodiče s problematickou vazbou k vlastnímu dítěti ve svém vlastním dětství často vyrůstali bez této vazby, například v institucionální péči nebo nepodnětném rodinném prostředí). V případě, že nejde o první dítě v rodině, je třeba zjistit, zda již v minulosti nedošlo ke špatnému zacházení se sourozencem, jaké jsou vztahy rodiče k dalším sourozencům dítěte atd.

Rodičovská kapacita

Vyhodnocení rodičovských kompetencí se zaměřuje na velmi široký okruh záležitostí spojených s rodičovstvím, od praktické stránky péče o dítě (vedení domácnosti, výživa dítěte, péče o dítě) až po vyhodnocení výchovných kompetencí (výchovné styly v rodině), zhodnocení možných rizik při výchově dítěte a podobně. Je nutné specificky vyhodnotit, jak zásadně a jakým způsobem zasahuje užívání návykových látek do péče o dítě. Na základě vyhodnocení je třeba stanovit, jaké dovednosti budou v rámci pobytu rodiče v pěstounské rodině rozvíjeny (zda se zaměří například na praktické dovednosti při péči o dítě a vedení domácnosti, na vztahovou oblast atd.).

Ve spolupráci s odborným pracovištěm je nutné vyhodnotit, zda rodič potřebuje podporu adiktologické, psychologické nebo psychiatrické ambulace, v jaké fázi užívání návykových látek a případné závislosti se nalézá, zda například prochází léčbou závislosti, nebo již ji ukončil a podobně. S ohledem na cíle systému spolupráce Společná šance je třeba vyhodnotit rovněž potenciál změny, zda je rodič motivován k pozitivní změně, je připraven ke spolupráci (dodržování ujednání, termínů atd.).

Rodina a prostředí

Vyhodnocení materiálních a finančních podmínek života rodiny, úrovně bydlení, možných forem

Návodné otázky pro vyhodnocování rodičovských kompetencí jsou k dispozici v Manuálu Společné šance.

hmotné pomoci rodině, potenciálu získání zaměstnání atd. je standardní. Nicméně s ohledem na časový limit Společné šance, kdy se předpokládá využití institutu pěstounské péče na přechodnou dobu, je třeba během jednoho roku vyřešit otázku budoucího bydlení, zajištění financí pro samostatnost rodiny, podpůrnou síť pro rodiče, který má znovu plně převzít péči o své dítě atd.

Vyhodnocení je třeba doplňovat a pravidelně revidovat, v rámci Společné šance by měla revize probíhat na pravidelném setkávání týmu. Z vyhodnocení vystoupí oblasti a témata, na která je potřeba se zaměřit, bude z něj vycházet Individuální plán ochrany dítěte. Vyhodnocení je dokumentem OSPOD, pro dobrou spolupráci však bude nezbytné výstupy z vyhodnocení sdílet.

9. Fáze spolupráce

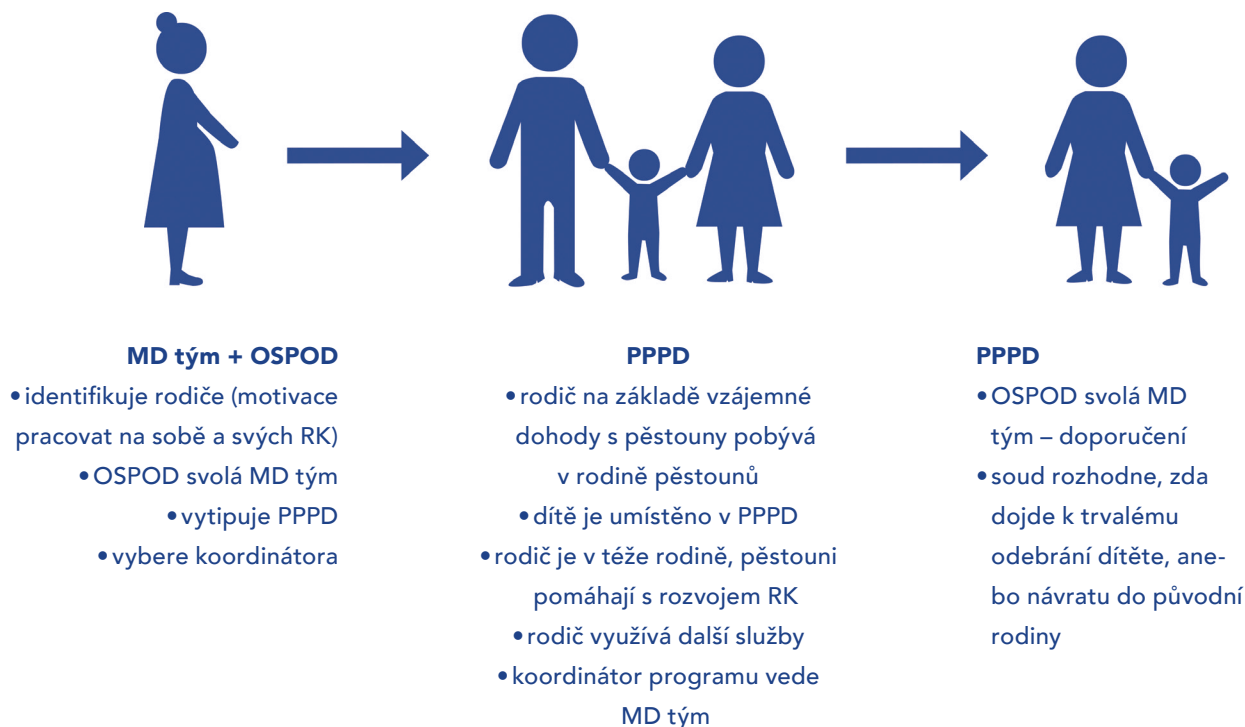
Ustavení multidisciplinárního týmu

Spuštění Společné šance předchází přípravná fáze, která je zaměřena na vznik multidisciplinárního týmu (**MD tým**) a (ideálně písemné) stanovení pravidel jeho fungování³⁰. Jde především o funkční propojení aktivit, které jednotlivé subjekty účastníci se spolupráce v rámci svých úkolů a kompetencí již vykonávají. V přípravné fázi je třeba identifikovat „mezery“ spolupráce (chybějící informace, deficity ve způsobu komunikace mezi aktéry, chybějící služby a další formy pomoci rodinám atd.) a navrhnout řešení, jak tyto mezery překonat. Může jít také například o proškolení pracovníků, kteří se budou přímo účastnit na systému spolupráce. Je rovněž nutné určit koordinátora týmu a stanovit rozsah jeho kompetencí.

Základními členy odborného týmu tedy budou koordinátor, pracovník OSPOD dítěte, pracovník adiktologické služby, klíčový pracovník z organizace doprovázející pěstouny, klíčový pracovník matky – zpravidla ze sociálně-aktivizační služby.

Přímou práci s rodičem bude zajišťovat služba na podporu **rodičovských kompetencí** (nejčastěji sociálně-aktivizační služba), v textu také pojmenován jako klíčový pracovník matky. Podporu pěstounů bude zajišťovat jejich **doprovázející organizace**. V případě, že je touto organizací OSPOD, je nutné zvážit, zda je reálné vyhovět podmínkám častého kontaktu v domácnosti pěstounů (např. ve frekvenci jednou týdně). Opět se nastavení může

Obrázek 5 Týmy a průběh programu



³⁰ Může jít o stručný dokument, který v bodech stanoví okruh činností, za které konkrétní subjekt odpovídá, určí kontaktní osoby, způsob komunikace, svolávání jednání atd. Multidisciplinární tým přítom

Rodič, v jehož situaci připadá do úvahy řešení formou Společné šance, by měl splňovat následující základní podmínky (podrobněji specifikováno v Manuálu):

- Jde o uživatele drog nebo alkoholu ve fázi škodlivého užívání nebo závislosti, je však ochoten spolupracovat s adiktologickým zařízením.
- Vyjadřuje alespoň verbální ochotu ke změně způsobu života včetně užívání návykové látky. Rodič se zavazuje být v pravidelném kontaktu se službou pro léčbu závislosti. Souhlasí také s tím, že bude prokazovat abstinenci prostřednictvím testů, které budou prováděny na žádost rodiče odborným zařízením.
- Dítě rodiče je svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu, nebo se uvažuje o svěřením dítěte do tohoto typu náhradní rodinné péče (dítě je v evidenci orgánu sociálně-právní ochrany dětí). Existuje však zájem rodiče o návrat dítěte zpět do péče (z vyhodnocení situace vyplývá pozitivní motivace rodiče ve vztahu k plánovanému získání dítěte zpět do péče). Rodič není zbaven soudem rodičovské odpovědnosti nebo práva dát souhlas k osvojení dítěte.
- Nepřítomnost závažné psychopatologie a násilné trestné činnosti.
- Před příchodem rodiče do pěstounské rodiny provedené testy na HIV a hepatitidy (podobně jako je tomu při nástupu do bytové léčby s dítětem).
- Zdravotní stav rodiče umožňuje každodenní péči o dítě.
- Rodič žádá o zapojení do projektu, v žádosti uvede, proč se chce do Společné šance zapojit. Souhlasí se spoluprací s jednotlivými subjekty včetně dodržování jejich podmínek.
- Je vyřešena finanční situace rodiče (je evidován na úřadu práce nebo má zaměstnání, jsou vyjasněny nároky na dávky a způsob úhrady osobních nákladů rodiče).
- Rodič souhlasí se sdílením informací se subjekty, které se účastní Společné šance. Jde zejména o informace o dodržování výše uvedených závazků a dále informace nutné pro vyhodnocení kompetencí rodiče v oblasti rodičovství a péče o dítě.

v jednotlivých regionech lišit. V úvahu lze vzít i postup, kdy se některá z organizací v regionu specializuje na tento typ pěstounské péče a uzavření dohody právě s touto organizací je pěstounům – zájemcům o Společnou šanci – doporučeno (přestože konečná volba je na nich).

Další klíčovou roli bude zastávat **adiktologická služba**, ta na počátku spolupráce hodnotí vhodnost systému Společné šance pro konkrétního rodiče s ohledem na míru závislosti, motivaci ke změně, zprostředkovává vyšetření na infekční choroby. Dále rodiči poskytuje ambulantní léčbu, kontroluje abstinenci (testování rodiče) a hodnotí pokroky v léčbě a její úspěšnost. Nutné je, aby odbornou péči zajišťoval adiktolog, psycholog nebo psychiatr

se specializací na návykové látky. Není-li součástí týmu adiktologické služby psychiatr, je nutné, aby s ním zařízení mělo navázanou spolupráci (farmakoterapie).

Nezastupitelná je rovněž role **pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany**, resp. obecního úřadu obce s rozšířenou působností (zákonná povinnost sledovat vývoj dítěte umístěného v náhradní péči, revize vyhodnocení, revize IPOD, plánování budoucnosti dítěte).

Pro informace a poradenství v oblasti řešení finanční situace (dávky pěstounské péče a dávky pro hmotné zabezpečení rodiče dítěte) je možné se obracet v konkrétních případech i na **pracovníky**

Vhodní náhradní rodiče pro zapojení do Společné šance by měli splňovat tyto základní podmínky:

- Pěstoun musí souhlasit s účastí na systému „Společná šance“, zejména s faktem velmi úzké spolupráce s rodičem a pobytem rodiče v pěstounské rodině.
- Mělo by jít o zkušené pěstouny (nejde o první svěření dítěte do jejich péče), vyzrálé osobnosti, které mají stabilní rodinné zázemí, nejsou nuceny řešit vlastní problémy a osobní krize.
- Pěstoun je otevřený spolupráci s dalšími odborníky, souhlasí s tím, že v dohodnutém rozsahu mohou navštěvovat i jeho domácnost.
- Je ověřeno, že primární motivací pěstouna je pomoc dítěti a rodiči, že je schopen rodiče podporovat ve všech fázích procesu a oceňovat jeho pokroky, má dostatečnou míru empatie a tolerance.
- Pěstoun netrpí předsudky ohledně závislosti.
- Pěstoun je ochoten se zúčastnit dodatečné přípravy, případného dalšího vzdělávání zaměřeného na práci s rodičem a supervizi.
- Je ověřeno, že pěstoun je v případě problémů schopen požádat o pomoc (nemá tendenci problémy skrývat, bagatelizovat nebo pokoušet se řešit je sám).
- Pěstoun je ochoten předávat informace o práci s dítětem a rodičem, které budou sloužit pro hodnocení výsledků spolupráce.
- Bytové podmínky pěstounské rodiny umožňují bydlení rodiče (minimálně samostatný pokoj s příslušenstvím)³¹.

úřadu práce (krajské pobočky úřadu práce) nebo na **sociální pracovníky na obcích**.

Fungování týmu se může odlišovat na základě konkrétní sítě služeb v regionu, ve kterém bude služba realizována. Projekt tedy může fungovat pouze v regionech, kde jsou k dispozici uvedené typy služeb.

Identifikace klienta, vyhodnocení jeho situace a nastavení spolupráce s rodinou

Identifikovat rodinu, pro niž je vhodné řešení formou Společné šance může v podstatě kdokoli – tedy jak rodina či blízké okolí potenciálního klienta, tak profesionálové, kteří se s takovým rodičem v rámci své profese setkají. Nejčastěji však zřejmě půjde o orgán sociálně-právní ochrany nebo adiktologickou službu. Pro vstup do systému Společné šance musí rodič splnit podmínky uvedené níže v rámečku.

Stejně tak existují podmínky pro vyhledání vhodné pěstounské rodiny. Konečné rozhodnutí, zda spolupráce v rámci Společné šance skutečně může začít, musí být sdílené všemi aktéry spolupráce.

V případě, že je sdílená pěstounská péce vyhodnocena jako optimální řešení pro dítě a rodič souhlasí s účastí na spolupráci (což stvrdí podpisem dohody a spolupráci a závazkem naplňovat podmínky spolupráce), nastává klíčová fáze, jíž je realizace Společné šance. Tato fáze by měla být jasně časově ohraničena. Určitou hranici nastavuje samotná právní úprava pěstounské péce na přechodnou dobu, která je limitována dobou jednoho roku od přijetí dítěte do rodiny.

Plánování spolupráce a její průběh

Při velkém množství zúčastněných aktérů hrozí stav, kdy s dítětem, rodičem a pěstounskou rodinou přichází do kontaktu velké množství osob (profesio-

³¹ V případě, že rodič disponuje vlastním bydlením, mělo by být bydliště pěstounů ve vzdálenosti umožňující intenzivní kontakt dítěte s rodičem (rodič může do domácnosti pěstouna dojíždět či docházet).

nálních pracovníků). Základem činnosti je týmová práce, jejímž úkolem jsou plánování, koordinace a hodnocení výsledků. Plánování služeb by mělo probíhat takovým způsobem, aby nedošlo k „zahltění“ (přetížení) klienta službami. Je rovněž nutné nastavit „rytmus“ spolupráce, stanovit frekvenci pravidelných týmových setkání, jejich strukturu a obsah. Na týmových setkáních jsou předávány informace o plnění plánu spolupráce a dalších ad hoc úkolů, jsou hodnoceny pokroky.

Plán zpracováváný v rámci Společné šance by měl obsahovat zejména:

- Hlavní závěry vyhodnocení situace rodiče a dítěte (potřeby, které je nutné řešit, potenciál rodiče, hlavní rizika atd.);
- Identifikace informací, které je ještě nutné pro práci týmu získat.
- Jednoznačně definované úkoly všech zúčastněných včetně kontrolních termínů.
- Indikátory dosaženého pokroku (v rozvoji rodičovských kompetencí, vztahu mezi rodičem a dítětem, v léčbě závislosti atd.).
- Termíny a témata setkání týmu.

Základním nástrojem týmové spolupráce budou nejčastěji případová setkání či případové konference³². Z každého setkání multidisciplinárního týmu by měl být vyhotoven záznam předávaný všem aktérům spolupráce, který umožní sledovat vývoj práce a plnění úkolů. Ideální je, pokud se těchto setkání (nebo jejich částí) aktivně účastní rodič i pěstouni.

Koordinátor, který bude facilitátorem jednání, musí zajistit vyváženost a probírání pouze těch témat a informací, které souvisejí s hlavní řešenou situací (závislost, péče o dítě). Pokud rodič nebude na jednání přítomen, musí vždy být seznámen s výstupy z jednání.

Při projednávání spolupráce s rodičem je vhodné v rámci dohody nastavit pravidla komunikace (kontakty, dobu, v níž se může rodič, dítě nebo pěstounská rodina na kontaktní osoby obracet) a informovat všechny zúčastněné o rozsahu kompetencí kontaktní osoby (jaké záležitosti může rozhodnout sama, kdy je nutné zapojit do rozhodovacího procesu celý tým nebo jiný subjekt).

tounská rodina na kontaktní osoby obracet) a informovat všechny zúčastněné o rozsahu kompetencí kontaktní osoby (jaké záležitosti může rozhodnout sama, kdy je nutné zapojit do rozhodovacího procesu celý tým nebo jiný subjekt).

Hodnocení výsledků spolupráce a stanovení dalšího postupu

Závěrečnou fází spolupráce je vyhodnocení jejich výsledků a stanovení dalšího postupu. Před ukončením sdílené pěstounské péče dochází k vyhodnocení, v jehož rámci jsou sledovány zejména tyto faktory:

- Vazba mezi dítětem a rodičem (zda se podařilo navázat odpovídající citovou vazbu, zda rodič projevuje o své dítě zájem atd.);
- Úroveň rodičovských dovedností (schopnost starat se o dítě, vést domácnost atd.);
- Schopnost rodiče pečovat o dítě bez dohledu (v průběhu sdílené pěstounské péče dochází postupně k prodlužování doby, kdy rodič pečuje o dítě samostatně);
- Přítomnost či nepřítomnost porušení sjednaných podmínek spolupráce ze strany rodiče;
- Podmínky pro samostatný život rodiny po ukončení sdílené pěstounské péče (zajištěné stabilní bydlení³³, ekonomické zajištění, dostupnost potřebných služeb);
- Absence recidivy rodiče (zda rodič abstinuje od návykových látek, pokud ne, zda šlo o ojedinělý relaps nebo závažnější problém).

Pro vyhodnocení průběhu sdílené pěstounské péče je možné využívat následující nástroje:

- strukturované hodnotící dotazníky
- rozhovory s aktéry sdílené péče
- pozorování

Jako ideální metoda se jeví hodnocení postupu k cíli formou škál. Každý, kdo pracuje s rodičem, si stanoví cíl a k tomu cíli si stanoví vlastní škálu výsledků hodnocení v kratších časových úsecích (např. každých 14 dnů anebo měsíčně). Toto hodnocení je stanoveno subjektivně, jde o hodnocení toho, kdo pracuje s ro-

³² Manuál k případovým konferencím je k dispozici například na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13087/manual.pdf>

³³ Tedy nikoliv ubytovna či azylový dům.

dičem a to, jak daný odborník vidí postup rodiče. Pokud výsledky rodiče stagnují anebo se zhoršují, je nutné o tomto výsledku informovat koordinátora projektu a danou situaci probrat, ideálně v rámci celého MD týmu.

Na základě vyhodnocení všech oblastí je na společném setkání vypracován následný postup – doporučení pro svěřením dítěte do péče rodiče a příprava podkladů pro soudní jednání. V případě, že se v průběhu Společné šance vyskytnou závažné skutečnosti na straně rodiče, které predikují nemožnost návratu dítěte do jeho péče, je účast rodiče v programu ukončena. Zpravidla půjde o závažné porušování podmínek – zneužívání drog, neochota zlepšovat rodičovské dovednosti. Rovněž v závěrečném vyhodnocení se mohou objevit skutečnosti, které neumožní návrat dítěte – absence citové vazby a neochota rodiče na ní pracovat, nízká rodičovská kapacita a nemožnost dobré péče o dítě apod. V těchto případech tým spolupracuje s dalšími institucemi zodpovědnými za nalezení dlouhodobého řešení pro dítě.

Následná péče

Při hodnocení a plánování procesu osamostatnění rodiče je nutné zvážit potřebu a formu následné péče („aftercare“) o rodiče a dítě. Může jít o pravidelné konzultace nebo intenzivnější formu podpory posky-

tovanou například sociálně-aktivizačními službami pro rodiny s dětmi, optimálně po dobu jednoho roku od svěřením dítěte zpět do péče rodiče.

Nezbytné je rovněž doléčování závislosti, péče o dítě a konfrontace s rodičovskými těžkostmi může zvyšovat riziko relapsu či recidivy. Tyto služby budou rodiči vždy doporučeny při ukončení Společné šance (nemusí vždy jít o změnu organizace ani pracovníka).

Péče o členy profesionálního týmu

Součástí činnosti týmu by měla být i „péče“ o jeho členy. Systém Společná šance je postaven na pozitivním a individuálním přístupu, přesto všichni členové týmu mohou zažívat zklamání, nejistotu, nedůvěru. Pro zajištění psychohygieny v týmu jsou vhodné skupinové supervize z části kazuistické i týmově supervizní (zajišťované externím, kvalifikovaným supervizorem). Supervize by měla být k dispozici průběžně a vždy proběhnout při ukončení případu. Supervize musí být dostupná i pro pěstouny. Její zajištění či zprostředkování je v kompetenci doprovázející organizace.

10. Právní aspekty spolupráce

Smluvní základ spolupráce

Společná šance využívá náhradní rodinnou péči jako jeden z nástrojů pomoci. V České republice mají všechny typy **náhradní rodinné péče soukromoprávní charakter s prvky veřejnoprávní regulace a koordinace**. Náhradní rodinná péče je vykonávána na základě rozhodnutí soudu, jímž vzniká mezi náhradním rodičem a dítětem právní vztah.

Práva a povinnosti pěstouna určuje zejména občanský zákoník³⁴. Veškeré otázky osobního styku mezi dítětem, jeho vlastním rodičem a náhradním rodičem spadají do oblasti soukromého práva. **Pěstouni na přechodnou dobu** však mají poněkud odlišné postavení. Jde o specifický typ pěstounské péče, která je někdy nepřesně označována jako péče profesionální. Pěstoun na přechodnou dobu však má stejná práva a povinnosti jako „běžný“ pěstoun, resp. pěstoun vykonávající pěstounskou péči dlouhodobého charakteru. Liší se však účel této péče a rozsah hmotného zabezpečení pěstouna na přechodnou dobu. Pěstoun na přechodnou dobu pobírá odměnu pěstouna i v době, kdy nepečuje o žádné dítě, neboť musí být kdykoliv připraven k převzetí dítěte. Pro všechny pěstouny bez rozdílu platí, že výkon jejich činnosti se považuje za dobu pojištění pro účely nemocenského, zdravotního i důchodového zabezpečení.

Důležité je, aby písemné dokumenty byly minimalizovány a jejich jazyk byl pro rodiče srozumitelný.

Český právní řád společné soužití zletilé osoby a dítěte v pěstounské rodině („sdílenou“ pěstounskou péči) výslovně neupravuje, tzn. ani ji nevyklučuje či nezakazuje. Základní „indikací“ pro využití pěstounské péče je skutečnost, že existují vážné překážky na straně rodiče bránící řádné péči o dítě, nikoliv skutečnost, zda rodič bydlí společně s dítětem³⁵.

Příchodem rodiče se z pěstounské rodiny stává malá „komunita“ a je nutné stanovit pravidla, která budou všichni respektovat (pravidla tohoto soužití mezi pěstouny, rodičem a dítětem). Nutné je, aby ten, kdo vstupuje do sdílené pěstounské péče, podepsal tzv. Dohodu o spolupráci se všemi aktéry systému Společná šance (tj. adiktologické služby, sociální-aktivizační služba, doprovázející organizace a koordinátor programu), kde všechny strany vyjádří souhlas s programem a jeho základním rámcem (návrh smlouvy bude uveden v Manuálu). Deklaratorně bude rodič stvrzovat závazek abstinence, spolupráci se všemi zainteresovanými odborníky a dále stvrdí souhlas se sdílením informací, vztahující se ke Společné šanci. Z rámcové smlouvy jsou vynechány pak veřejné instituce, které z titulu výkonu funkce tento typ smluv podepisovat nemohou.

Smluvně bude ošetřeno užívání části domu či bytu pěstouna rodičem a úhrada nákladů s pobytem spojených (viz „smlouvu o ubytování“). Návrh smlouvy bude taktéž uvedený v Manuálu. Pravidla soužití v domácnosti, míra zapojení rodiče do péče o dítě, návštěvy dítěte či rodiče v domácnosti pěstounů budou projednány před nastěhováním rodiče do domácnosti pěstounů a budou v písemné formě. Některá ujednání se budou plynutím času měnit – např. rozsah péče o dítě, ta je třeba v pravidelných intervalech přeplánovat (společně pěstouni, rodič, doprovázející organizace a služba na podporu rodičovských kompetencí).

Využití sdílené pěstounské péče by se mělo zároveň odrazit v cílech individuálního plánu ochrany dítěte a ideálně i v dohodě o výkonu pěstounské péče (lze

³⁴ Některá specifická práva a povinnosti pěstounů, zejména s ohledem na čerpání dávek pěstounské péče a služeb na podporu výkonu pěstounské péče, upravuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí.

³⁵ Lze to demonstrovat na jiné modelové situaci: zdravotně postižený rodič nemůže o dítě pečovat, je proto nutné zajistit náhradní péči o dítě. Nic však nebrání tomu, aby i tento rodič žil v rodině pěstouna, stýkal se s dítětem atd.

předpokládat, že pěstounská rodina bude potřebovat zvýšenou podporu formou odborných služeb při spolupráci s rodičem dítěte). V rámci této dohody se pěstoun může zavázat k plnění dalších povinností nad rámec zákona. Znění dohody a případné změny či dodatky schvaluje OSPOD místně příslušný pěstounům.

Informace a podmínky pro rodiče jsou přehledně popsány v materiálu Společná šance – průvodce pro rodiče.

Písemná dohoda je vhodná také pro úpravu vztahu mezi službami navzájem a pro vymezení spolupráce jednotlivých subjektů s rodiči a pěstouny (rodič x adiktologická služba; rodič x služba na podporu rodičovských kompetencí; pěstouni x doprovázející organizace).

Pro smluvní nastavení spolupráce je klíčový také právní důvod umístění dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu, resp. rodiny pěstouna na přechodnou dobu:

Varianta 1: Umístění dítěte do pěstounské rodiny na základě rozhodnutí soudu

Dítě může být pěstounům na přechodnou dobu svěřeno rozhodnutím soudu, a to buď tzv. předběžným opatřením, nebo meritorním rozhodnutím. Jak již bylo řečeno, návrh na svěřeni dítěte do tohoto typu péče může dát obecní úřad obce s rozšířenou působností (orgán sociálně-právní ochrany místně příslušný k dítěti). Při praktické realizaci Společné šance může nastat několik situací:

- Dítě již bylo svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu a rodiči je nabídnuta možnost, aby využil nabídku sdílené pěstounské péče. Předtím je však nutné prověřit, zda pěstouni na přechodnou dobu s tímto řešením souhlasí a splňují předpoklady pro účast ve Společné šanci. Určitým limitem může být rovněž doba trvání pěstounské péče na přechodnou dobu (viz text níže), podle toho, jak dlouho je dítě do této péče svěřeno.
- Je připravováno podání návrhu na svěřeni dítěte

do pěstounské péče na přechodnou dobu. V tomto případě je možné vytipovat ve spolupráci s krajským úřadem vhodné pěstouny na přechodnou dobu. Návrh na svěřeni dítěte podává obecní úřad obce s rozšířenou působností, který informuje soud o specifických úkolech pěstounů v rámci Společné šance.

V případě soudního svěřeni dítěte do pěstounské péče je nutné brát v potaz, že práva a povinnosti pěstouna a rodiče stanovuje právní úprava (viz část „role a postavení rodiče“). Odchyly od této právní úpravy může činit pouze soud svým rozhodnutím. Pěstouni nesou odpovědnost za osobní péči o dítě a jeho výchovu. Pokud tím dojde na základě vyhodnocení k závěru, že je vhodné, aby se rodič intenzivněji podílel na péči o dítě (například pravidelně o dítě samostatně pečoval po část dne či v některých dnech v týdnu), je pro všechny zúčastněné vhodnější, pokud je tento „režim“ nastaven soudním rozhodnutím. Na soud se přitom mohou obrátit pěstouni nebo rodiče (případně obě strany společně). Vše samozřejmě závisí na flexibilitě soudu, intenzitě spolupráce mezi soudem a orgánem sociálně-právní ochrany atd. (nemá například smysl podávat návrh, pokud je zřejmé, že ho soud obvykle projednává několik měsíců). Pěstounská péče na přechodnou dobu končí rozhodnutím soudu, soud stanovuje, zda se dítě vrátí zpět do péče rodiče nebo je zvoleno jiné řešení jeho situace.

Varianta 2: Umístění dítěte do pěstounské rodiny na základě dohody s rodičem

Další variantou právního základu Společné šance je využití oprávnění rodiče podle § 881 občanského zákoníku. I v tomto případě jsou do spolupráce zapojeni pěstouni na přechodnou dobu, jejich postavení je však od první varianty výrazně odlišné. Výhodou této varianty je vyšší flexibilita, protože do systému nevstupuje soudní rozhodnutí. O to významnější je však smluvní úprava vztahu mezi rodiči a „pěstouny“. Označení „pěstoun“ je záměrně uváděno v uvozovkách. Nejde totiž o „klasickou“ náhradní rodinnou péči, která vzniká rozhodnutím soudu, což má řadu dopadů popsaných níže. Důležitější roli má ve variantě 2 také krajský úřad.

Variantu 2 je možné stručně popsat následujícím způsobem:

1. Ve spolupráci krajského úřadu a obecního úřadu obce s rozšířenou působností jsou vytipováni vhodní pěstouni na přechodnou dobu.

2. Možnost pomoci formou systému Společná šance je nabídnuta rodiči. Pokud rodič souhlasí, uzavírá s „pěstouny“ dohodu o svěřeni péče o dítě podle výše uvedeného ustanovení občanského zákoníku. V této dohodě je nutné stanovit rozsah péče, oprávnění ve vztahu k výchově dítěte atd.

3. Oproti variantě 1 rodič nepozbývá rodičovskou odpovědnost a pěstoun ji nenabývá. To má dopad například do dávkové oblasti. Rodič může i nadále pobírat například příspěvek na dítě nebo rodičovský příspěvek. V této specifické situaci sdílené péče je však vhodná konzultace s plátcem dávek, tj. místně příslušným úřadem práce.

4. „Pěstoun“ i nadále pobírá odměnu pěstouna. Pěstoun na přechodnou dobu totiž pobírá odměnu pěstouna i v době, kdy o žádné dítě nepečuje. Z hlediska systému pěstounské péče „pěstoun“ žádné dítě v péči nemá, protože mu nebylo svěřeno soudním rozhodnutím. Důsledkem je jediný rozdíl oproti variantě 1, který spočívá v tom, že „pěstounovi“ nevznikne nárok na příspěvek na úhradu potřeb dítěte. Tato dávka pěstounské péče je náhradou výživného, které je rodič povinen hradit. V případě soudního svěřeni dítěte do pěstounské péče hradí rodič toto výživné Úřadu práce ČR, který následně vyplácí dávku příspěvek na úhradu potřeb dítěte. Ve variantě 2 je zcela legitimní, pokud rodič toto výživné hradí přímo „pěstounům“ (tato záležitost by měla být rovněž ošetřena smluvně).

5. Po dobu trvání péče jsou tito „pěstouni“ krajským úřadem „zablokováni“ pro příjem jiných dětí.

6. Rodič je oprávněn kdykoliv dohodu o svěřeni péče o dítě jiné osobě ukončit. Je na vyhodnocení příslušného orgánu sociálně-právní ochrany, zda je rodič schopen poskytovat dítěti adekvátní péči nebo je nutné navrhnout soudu jiné řešení situace dítěte.

Dohodu o svěřeni péče o dítě může rodič uzavřít s jakoukoliv osobou. Využití pěstounů na přechodnou dobu má však výhodu v tom, že jde o osoby, které prošly přípravou na náhradní rodičovství a posouze-

ním schopností pro tuto roli. Jde navíc o osoby, které mají díky zařazení do evidence krajského úřadu zajištěn pravidelný příjem ve formě odměny pěstouna. Na druhou stranu je nutné zdůraznit, že jde o **výjimečné řešení** pro fázi tzv. pilotních projektů, jejichž cílem je ověřit myšlenku „sdílené“ pěstounské péče pro rodiče, kteří jsou problémovými uživateli návykových látek, v praxi, a vytvořit tak předpoklady pro systémové řešení formou změny platné právní úpravy.

Varianta 3: Systémové řešení změnou právní úpravy

Třetí varianta, tj. ukotvení „sdílené“ pěstounské péče do právní úpravy, je prozatím pouze ideálem. Úspěšné pilotní ověřování systému Společná šance však může k tomuto systémovému řešení výrazně přispět.

Doba trvání náhradní rodinné péče

Pěstounská péče má trvat po dobu, po kterou trvá překážka bránící rodičům v péči o dítě. Soud tedy může svěřit dítě do pěstounské péče na dobu určitou (stanovit například dobu trvání pěstounské péče na dva roky a zároveň určit podmínky, za nichž se dítě může vrátit zpět do péče rodičů). Tento postup zaručuje právní jistotu všem zúčastněným stranám (o ukončení pěstounské péče vždy rozhoduje soud). V praxi však není doba trvání pěstounské péče na dobu určitou soudem stanovována. Soud buď z moci úřední, nebo na základě podnětu či návrhu zkoumá, zda i nadále trvají podmínky pro svěřeni dítěte do pěstounské péče, a rozhoduje o jejím pokračování či ukončení.

V případě svěřeni dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu je tato péče omezena zákonnou lhůtou jednoho roku. V úvodu této kapitoly byly vysvětleny důvody pro výhodnost využití pěstounské péče na přechodnou dobu pro Společnou šanci. Omezená doba trvání této péče je určitým limitem, neboť Společná šance je založena na dlouhodobé systematické práci s rodičem a dítětem. Doba trvání pěstounské péče na přechodnou dobu však není nepřekročitelná. Jak bylo řečeno, primárním hlediskem je zájem dítěte. Pokud by bylo v zájmu

dítěte, aby pěstounská péče na přechodnou dobu pokračovala i po uplynutí jednoho roku, je možné nařídit **nové svěření dítěte do této péče**. Jako vzor lze využít stanovisko Komise pro aplikaci nové civilní legislativy (KANCL), která řešila obdobnou situaci při uplynutí lhůty pobytu u dítěte umístěného do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc³⁶.

Oproti „soudnímu“ svěření dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu není dohoda mezi rodičem a „pěstounem“ uzavřená podle § 881 občanského zákoníku nijak časově omezena. I v tomto případě by však měl tým Společné šance stanovit předpokládanou dobu pobytu dítěte a rodiče v rodině „pěstouna“ a tuto dobu vtělit do uzavřené dohody.

Oblast sociálních dávek a dalších finančních vztahů

O sdílené pěstounské péči je vhodné informovat Úřad práce ČR. Jde o prevenci před pochybnostmi, zda náhradní rodinná péče skutečně probíhá³⁷. Úřady práce ČR se v praxi setkávají s případy, kdy je účelově využívána podpora formou dávek pěstounské péče (o dítě se fakticky stará rodič). Jde o výji-

mečné případy, které jsou zpravidla řešeny podáním podnětu na zrušení pěstounské péče. Aby se předešlo pochybnostem o charakteru soužití pěstounské rodiny s rodičem v jedné domácnosti, je třeba uvědomit Úřad práce ČR o cílech této spolupráce, důvodech, proč je využívána tato netradiční forma řešení situace dítěte a rodiny a případně Úřad práce ČR (v rámci jeho kompetencí) aktivně zapojit.

Samostatnou otázkou jsou sociální dávky vyplácené rodiči, pokud je například příjemcem dávek pomoci v hmotné nouzi, dávek státní sociální podpory (příspěvek na bydlení) atd. Pronájemem části bytu rodiči (uzavřením smlouvy o ubytování) **nevzniká mezi pěstounem a ubytovaným rodičem společná domácnost**. Rodič tedy zůstává i nadále samostatně posuzovanou osobou. Rodič, splňuje-li podmínky, může pobírat příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení.

Nároky na dávky se budou lišit i podle způsobu umístění dítěte do pěstounské rodiny. Rozdíly mezi svěřením dítěte rozhodnutím soudu a na základě dohody s rodičem podle § 881 občanského zákoníku jsou (u vybraných dávek) uvedeny v tabulce.

Tabulka 3 Přehled nároků na dávky

	Svěření dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu	Dohoda s rodičem podle § 881 občanského zákoníku
Odměna pěstouna	Náleží pěstounovi (20 000 Kč měsíčně)	Náleží pěstounovi (20 000 Kč měsíčně)
Příspěvek na úhradu potřeb dítěte	Náleží pěstounovi (4 950 až 9 990 Kč měsíčně)	Pěstounovi nenáleží
Rodičovský příspěvek³⁸	Nenáleží pěstounovi ani rodiči	Náleží rodiči
Přídavek na dítě³⁹	Pobírá pěstoun	Pobírá rodič
Výživné	Rodič hradí Úřadu práce ČR	Rodič hradí pěstounům

³⁶ Stanovisko č. 18 k problematice nového (dalšího) rozhodnutí o svěření dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

³⁷ Úřad práce ČR při rozhodování o nároku na dávky pěstounské péče a další sociální dávky je povinen vycházet z rozhodnutí soudu. V případě pochybností je však oprávněn podat podnět ke změně tohoto rozhodnutí.

³⁸ Zároveň je nutné splnit další podmínky stanovené zákonem o státní sociální podpoře.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Podle zákona o ochraně osobních údajů jsou osobní údaje definovány jako „jakákoliv informace týkající se určeného nebo určitého subjektu údajů“. Citlivým údajem je pak „osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborných organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a genetický údaj subjektu údajů; citlivým údajem je také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu údajů“.

Oblast sdílení informací a ochrany osobních údajů

Důležitou součástí systému spolupráce je otázka **nakládání s osobními a citlivými údaji** a jejich sdílení v rámci týmu. Na všechny zúčastněné soukromé osoby (rodič, dítě, členové pěstounské rodiny) je nutné nahlížet jako na „subjekty údajů“. Shromažďovat a zpracovávat osobní a citlivé údaje⁴⁰ lze buď na základě souhlasu subjektu údajů, nebo na základě zákonného oprávnění. Toto oprávnění mají ze zákona například orgány sociálně-právní ochrany⁴¹, které mohou navíc od řady subjektů požadovat informace pro účely sociálně-právní ochrany⁴². Jde o státní orgány, zaměstnavatele, poskytovatele zdravotních služeb, školy a školská zařízení, pověřené osoby, poskytovatele sociálních služeb atd. U některých subjektů je informační povinnost zúžena zvláštními právními předpisy. Jde zejména o poskytovatele sociálních služeb, kteří pracují s ohroženými dětmi, jsou podle § 100a zákona o sociálních službách povinni na písemnou žádost sdělit bezplatně orgánu sociálně-právní ochrany dětí, zda poskytují nebo poskytovali v žádosti uvedené osobě sociální službu, druh a formu poskytované sociální služby a dobu poskytování a zhodnocení průběhu poskytování sociální služby. Tuto povinnost mají jen v případech, kdy orgán sociálně-právní ochrany dětí v žádosti současně uvede, že situaci dítěte a jeho rodiny vyhodnotil podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí tak, že jde o dítě, na něž se sociálně-právní ochrana dětí zaměřuje.

Určitým problémem je sdílení informací mezi různými aktéry spolupráce, fungujícími v různých právních režimech. Například neexistuje žádné oprávnění k „přímému“ sdílení informací mezi poskytovateli zdravotních služeb a sociálních služeb. Roli prostředníka při sdílení údajů může hrát or-

gán sociálně-právní ochrany. Sdílení informací⁴³ ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí s dalšími spolupracujícími subjekty v procesech multidisciplinární spolupráce není podle stanoviska Úřadu pro ochranu osobních údajů⁴⁴ porušením mlčenlivosti. Podle tohoto úřadu „sdělení takových údajů, které jsou nezbytné při provádění a plnění úkolů sociálně-právní ochrany podle zákona č. 359/1999 Sb., tedy např. při šetření v rodině, u lékaře atd., nelze a priori považovat za porušení povinnosti mlčenlivosti. Je nepochybné, že bez využití určitého množství údajů při vlastním šetření by nebylo možné dosáhnout cílů zákona č. 359/1999 Sb., tedy ochrany práv dítěte. Jinými slovy lze tedy shrnout, že při provádění úkonů podle zákona č. 359/1999 Sb. se zaměstnanec orgánu sociálně-právní ochrany nebo obecního úřadu nemůže dopustit porušení povinnosti mlčenlivosti, pokud pracuje s údaji, které se týkají jím prověřované věci.“ Zřejmě nejcitlivějším údajem jsou v případě rodiče informace o užívání návykových látek a jeho léčbě.

Nejvhodnějším způsobem, jak zajistit oprávnění k nakládání s osobními údaji v rámci systému spolupráce Společná šance jsou **souhlasy všech soukromých osob**, tj. zejména rodiče a pěstounů, vyslovené a stvrzené již při zahájení spolupráce. Při získávání souhlasu je nutné splnit podmínky spočívající v informování dotčené osoby o tom, jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas dáván (k jakému cíli zpracovávání údajů směřuje), jakému správci a na jaké období (tzv. **informovaný souhlas**). V této souvislosti je však nutné řešit, kdo je oprávněn vyslovit takový **souhlas za dítě**. V případě, že rodič nebyl omezen v rodičovské odpovědnosti, bude to on (resp. oba rodiče), kdo bude tento souhlas vyslovovat. Může jít totiž o tzv. podstatnou záležitost v životě dítěte, kde pěstoun není oprávněn dítě zastupovat.

⁴¹ § 57 odst. 3 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

⁴² Zejména § 53 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

⁴³ Jde především o verbální sdílení informací a případné dílčí písemné zprávy, nikoliv o nahlížení do spisové dokumentace jako celku.

⁴⁴ Stanovisko Úřadu pro ochranu osobních údajů čj. VER-6219/08-7. Dostupné z: <https://www.uouu.cz/povinnost-mlcenlivosti-zamestnancu-organu-socialne-pravni-ochrany-deti/d-1763/p1=1265>

Společná šance je založena především na osobním kontaktu a osobním sdílení informací v rámci týmové práce, všechna setkání a důležitá rozhodnutí jsou činěna za přítomnosti dotčených osob. Není tedy nutné řešit zvláštní pravidla pro nahlížení do spisů, neboť tato otázka se řídí platnou právní úpravou.

Mlčenlivost

Pro všechny aktéry systému spolupráce platí automaticky povinnost mlčenlivosti. Tato povinnost vyplývá přímo ze zákona o sociálně-právní ochraně dětí bez ohledu na to, zda dotyčná osoba podepsala či nepodepsala prohlášení o mlčenlivosti. Doporučuje se však, aby před zahájením spolupráce zúčastněné osoby takové prohlášení podepsaly (jde o formu připomenutí zákonné povinnosti).

11. Financování spolupráce

Otázka financování spolupráce by měla být součástí plánu Společné šance a v případě potřeby i navazujících dohod. Již bylo řečeno, že Společná šance využívá především současné kapacity aktérů sociálního, zdravotního a dalších systémů. Mohou však vzniknout určité zvýšené náklady, například na činnost koordinátora, odborné služby, evaluaci atd. Je pravděpodobné, že „pilotní“ projekty Společné šance budou realizovány jako projektové aktivity financované prostřednictvím dotací nebo grantů. Kromě toho je však vhodné zmapovat zdroje, které jsou k dispozici ve „standardních“ systémech.

Dotace na výkon sociálně-právní ochrany dětí a dotace na výkon sociální práce

Dotace na výkon sociálně-právní ochrany dětí je určena především na financování vlastní činnos-

ti obecního úřadu obce s rozšířenou působností na úseku orgánu sociálně-právní ochrany. Pokud by byl koordinátor Společné šance vyčleněn z řad pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany, jeho činnost by byla hrazena z této dotace. Podle metodiky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR **však není tato dotace určena k systémovému financování činnosti sociálních služeb ani pro financování činnosti osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany.**

To, co je možné již za současné úpravy, je možná úhrada případových konferencí (tedy setkávání MD týmu). Obecní úřad obce s rozšířenou působností je dále příjemcem dotace na výkon sociální práce podle zákona o sociálních službách. Rovněž tato dotace je určena především na platy sociálních pracovníků a vnitřní náklady úřadu související s jejich činností.

Obrázek 6 Možné zdroje financování programu



Dotace pro poskytovatele sociálních služeb

V oblasti preventivních služeb a služeb pro rozvoj rodičovských kompetencí je dotace pro poskytovatele sociálních služeb jedním z klíčových nástrojů pro vytváření sítě služeb. O výši dotace pro konkrétního poskytovatele rozhodují každý rok jednotlivé kraje. Vzhledem k tomu, že v oblasti sociálně-právní ochrany dětí chybí systematický finanční zdroj pro služby, které by pracovaly s rodiči, nabízejí se dotace pro poskytovatele sociálních služeb jako jeden z možných zdrojů úhrady části nákladů spojených s „provozem“ Společné šance (resp. s činností poskytovatelů sociálních služeb zapojených do systému spolupráce). Je však nutné jednat s příslušným krajem.

Státní příspěvek na výkon pěstounské péče

Činnost organizací doprovázejících pěstounské rodiny je financována státním příspěvkem na výkon pěstounské péče ve výši 48 000 Kč ročně na jednu uzavřenou dohodu o výkonu pěstounské péče, který je účelovou státní dotací. Tato výše je jednotná bez ohledu na počet dětí v pěstounské rodině, jejich věk nebo potřeby. Pravidla čerpání státního příspěvku na výkon pěstounské péče jsou blíže popsána v tzv. Normativní instrukci vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Z hlediska systému Společná šance je klíčové, že z prostředků tohoto státního pří-

spěvku je možné hradit odbornou pomoc pěstounům a svěřenému dítěti, ale nikoliv rodiči. Určitou nevýhodou je skutečnost, že výše státního příspěvku je jednotná bez ohledu na situaci v rodině. Dodatečné aktivity vykonávané v rámci Společné šance je tak nutné řešit „přerozdělením“ prostředků státního příspěvku na výkon pěstounské péče v rámci pověřené osoby (doprovázející organizace), která se podílí na této spolupráci. Současná pravidla využívání státního příspěvku toto přerozdělení umožňují (není nutné vyčerpat 48 000 Kč na každou jednotlivou pěstounskou rodinu).

Veřejné zdravotní pojištění

Od ledna 2014 je v seznamu zdravotních výkonů šest adiktologických výkonů. Uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami však v praxi naráží na problémy. K červnu 2016 se úhradu adiktologických výkonů podařilo nasmlouvat pouze 11 organizacím pro 13 adiktologických ambulancí v osmi krajích. Hrazená ambulantní péče je stále nedostupná v Karlovarském, Plzeňském, Pardubickém, Moravskoslezském, Zlínském kraji a na Vysočině. Rovněž kraje upozorňují na nesystematičnost při tvorbě sítě zdravotních adiktologických služeb. Zdravotní pojištění jako zdroj úhrady adiktologických služeb v rámci projektu bude možné jen ve smluvních zdravotnických zařízeních a mohou se týkat jen dvou úkonů – kontrolní/cílené vyšetření.

12. Management rizika

Cílem multidisciplinárního týmu je, aby skrze různé odbornosti a přístupy pomohl biologické matce co nejefektivněji stabilizovat její komplikovanou situaci a zlepšit její rodičovské kompetence. Proto se tým schází, odborníci spolu komunikují, připravují a ladí svoje strategie a postupy. Tento postup bývá považován za cestu, která zaručuje úspěch, klient se neztrácí v mnohohrstevné pomoci, necítí se přetížen přemírou nabízených služeb a zabraňuje frustraci a tlaku z toho, co všechno musí zvládnout. I multidisciplinární spolupráce má však svoje ALE.

Specifika spolupráce

Realita může být jiná, pokud koordinátor a členové týmu nezohlední specifika spolupráce v MD týmu. Je důležité, aby si všichni uvědomili, že:

- Každý člen MD týmu může mít jiný názor na to, co je pro klienta dobré/žádoucí/nepřípustné.
- Každá profese zahrnuje jiný typ uvažování, jinou terminologii a jiné představy o spolupráci.
- Každý expert sdílí jiný rozsah informací.
- Cíl může znamenat pro každého člena MD týmu jinou podstatu.

Nastavení týmu

V tomto ohledu platí, že je na koordinátorovi MD týmu, aby vyjasnil role a úkoly v týmu. Role jsou dány jednotlivými odbornostmi a na úkolech se podílejí odborníci s klientkou, když vypracují dílčí odborné plány. Mohou však nastat překryvy jak v kompetencích (např. na něčem pracuje s klientkou jak SAS, tak adiktolog), tak v úkolech (stejný cíl bude mít SAS, ale i pěstoun) a je dobré, aby tato „šedá“ místa koordinátor vyjasnil. Pak koordinátor týmu stanoví způsoby komunikace, frekvenci setkávání a způsob, jakým a jak dlouho budou jednotlivá setkání probíhat. Posledním významným úkolem v začátku programu je stanovení kritických momentů sdílené péče, a to podle individuálních okolností daného případu.

Definice ideálních cílů a kritických situací

Po tom, co se objasní, co kdo a jak dělá v týmu, je důležité, aby se všichni zamysleli nad managementem rizika, protože tým bude neustále vyhodnocovat po-

kroky, adaptovat se na aktuální podmínky a případně měnit plány. Pokud každý sám za sebe stanoví, co je pro něj ideální stav v cílové rovině a co je kritická situace, kde je nutné program ukončit, celý tým tím výrazně předejde konfliktním situacím.

Odborníci, kteří se podíleli na přípravě metodiky a Manuálu, několikrát společně simulovali práci v MD týmu. Jedno ze setkání se věnovalo diskusi, co jsou rizika při práci s fiktivní klientkou. Z toho vyplynuly dvě zásadní skutečnosti:

Princip prevence – pro kritické situace by měla být vypracována společná strategie postupu, ale zároveň každý odborník by se měl zamyslet nad svojí vlastní strategií a eliminací rizikové situace.

a) každý viděl riziko v jiné situaci; b) pokud panovala shoda na riziku, každý odborník mu přikládal jinou důležitost a jinou pravděpodobnost, že situace nastane. Odborníci pak pod vedením koordinátora diskutovali, aby našli shodu, co je rizikem pro daný individuální případ, a v případě výskytu rizika si stanovili základní postupy. Doporučujeme tuto debatu vést hned na začátku projektu a najít **konsenzuální řešení**. Vedlejším efektem tohoto typu diskuze bude i to, že odborníci si promyslí systém včasného varování (tj. postup, jak si vzájemně řeknou, že klientka v jednom typu služby stagnuje, příp. selhává).

Ocenění rizika

Koordinátor by měl věnovat rizikům zvýšenou pozornost. Měl by je sepsat, popsat, najít kompromis ohledně pravděpodobnosti výskytu, a i mírou důležitosti rizika, a takovou matici rizik (seznam rizik) by měl předložit MD týmu. Pak by se MD tým měl zamyslet, jak lze jednotlivá rizika eliminovat. Pokud by tento krok tým vynechal, později může nastat krizová situace a MD začne řešit, zda je to riziko nepodstatné anebo až kritické, zda se k němu váže „plán B“ anebo zda znamená ukončení programu, a na to již v běhu programu nezbývá čas.

Více k práci na ocenění rizika uvádí Manuál v kapitole se stejným názvem.

13. Evaluace

Evaluace není nový proces, kapitola nepřináší nové postupy, jenom zdůvodní, proč je evaluace důležitá. V mnohém je to proces podobný monitoringu anebo kontrolním mechanismům běžně používaným v sociální práci. Na rozdíl od monitoringu a kontroly **evaluace zkoumá, zda dopady práce MD týmu vedou k naplňování základních cílů programu** (tj. ke zlepšení rodičovských kompetencí biologického rodiče a udržení citové vazby mezi biologickým rodičem a dítětem).

Pokud se nedaří naplňovat očekávané dílčí cíle, pracovní postupy v programu Společné šance se musejí upravit, odezva musí být rychlá, protože program trvá max. rok. Proto všichni, kdo pracují s rodičem, musejí dobře vyhodnocovat, plánovat a přizpůsobovat se situaci. Neustále se proto porovnávají výsledky s dílčími plány, aby bylo možné říct, **co se má v blízké budoucnosti změnit a jak** (viz **Obrázek 7 Průběh evaluace ve Společné šanci**). Dále v textu je navržený postup, jak by mohla evaluace programu sdílené pěstounské péče probíhat, v Manuálu jsou pak představené evaluační nástroje a vyhodnocování.

Evaluace musí být nastavena hned na začátku programu, je řízena koordinátorem programu, ale zároveň si ji musí nastavit každý odborník sám. V běžné praxi si pokrok klienta odborníci vyhodnocují, proto nejde o nové postupy. MD tým je pouze složitější v tom, že je nutné se sladit v měření pokroku a sladit

se také v tom, jak sdělujeme výsledky, tj. sjednotit „řeč“ se všemi ostatními kolegy v týmu a nastavit intenzitu práce s rodičem v jednotlivých službách. V praxi se může stát, že některá služba dočasně sníží/zvýší intenzitu, aby dala prostor jiné službě, a to proto, aby bylo dosaženo základního cíle programu.

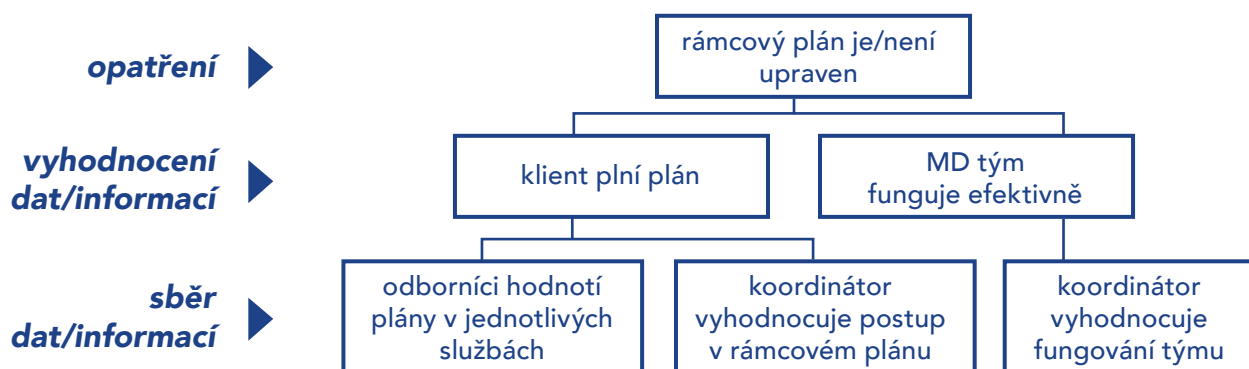
Když se bude vyhodnocovat program Společná šance, hodnocení bude probíhat na několika úrovních (viz **Obrázek 8 Úrovně evaluace**), přičemž nejvyšší úroveň je hodnocení této konkrétní služby všem klientům až po tu, která je poskytována jednomu konkrétnímu klientovi. Dále bude hodnocena průběžná práce týmu. Každý MD tým a každý koordinátor by měl vzít do úvahy všechny tři úrovně, protože každá úroveň přinese doporučení, jež mohou program zlepšit a zefektivnit.

Výsledky jednotlivých hodnocení by měly přispět ke zlepšení okamžité situace („co uděláme, pokud se nedaří, jak jsme si plánovali“), ale i k lepšímu provedení služby do budoucna („příště to uděláme trochu jinak“).

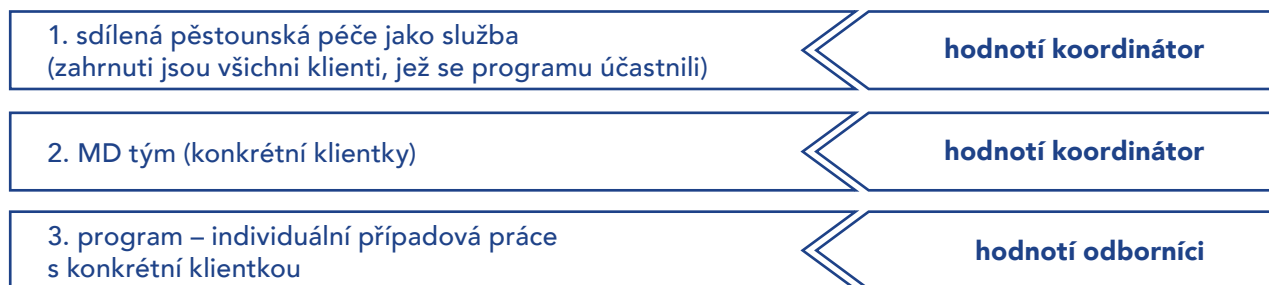
Cíle evaluace na jednotlivých úrovních:

1. Sdílená pěstounská péče jako typ náhradní rodinné péče = hodnocení systému spolupráce jako celku, fungování jednotlivých aktérů spolupráce na základě výsledků.
2. MD TÝM = hodnocení týmové spolupráce, tj. jak funguje MD tým.

Obrázek 7 Průběh evaluace ve Společné šanci



Obrázek 8 Úroveň evaluace



3. INDIVIDUÁLNÍ TÝMOVÁ PRÁCE = hodnocení individuální práce, které probíhá současně na několika odborných pracovištích (spolupráce matky a odborníků).

Evaluaci bude nastavovat buď koordinátor programu (úroveň 1 a 2), anebo odborník (úroveň 3), protože každá část sleduje jiný typ zpětné vazby a má vliv na jiné rozhodování. Pokud nejvyšší, programovou evaluaci bude možné zpracovat až po několika odzkoušeních v terénu a změny budou vykonávány v delším časovém rámci, tak zbylé dvě úrovně budou předpokládat opakované akce v krátkém období, které budou základem pro rozhodování pro změnu.

Evaluace programu

Cílem evaluace je jasné a strukturované sdělení o výsledcích každého jednotlivého případu (práce s jedním klientem), co by mělo přinést klíčové informace, co je třeba zachovat, změnit či pro další fungování zcela opustit. Sdílení zkušenosti bude základem pro vylepšování programu do budoucna.

Z časového hlediska bude evaluace programu prováděna na konci každého jednotlivého programu cca po dvanácti měsících (viz Formulář č. 2 Výstupní dotazník v Manuálu). Na základě evaluací jednotlivých programů (případů) bude hodnocena účinnost celé inovativní služby⁴⁵, fungování jednotlivých aktérů atd. (viz Formulář č. 1 Souhrnný dotazník v Manuálu).

Metoda sběru dat by měla být formou dotazníků, které budou obsahovat výše uvedená kritéria. Zada-

vatelem evaluace bude zadavatel programu anebo ten, kdo najímá koordinátora programu, v praxi by to měl být OSPOD, případně nezisková organizace.

Evaluace MD týmu

Když bude probíhat Společná šance jako program, tj. práce s konkrétním klientem, cílem je zlepšení služby, poučit se z chyb a schopnosti udělat změnu (tj. úpravy plánu/ů, úpravy rizik programu apod.) a také proto, aby byla zajištěná maximální efektivita multidisciplinární spolupráce. Na nastavení evaluace týmové práce je nutné myslet při přípravě dílčích a rámcového plánu.

Tento typ evaluace provádí opakovaně koordinátor týmu, doporučujeme zvolit si takovou frekvenci, která odpovídá setkáním MD týmu, kde má možnost koordinátor získat potřebná data. Jak se ptát a co sledovat, je navrženo v Manuálu, ve formuláři č. 3 Evaluace týmu – pomůcka pro koordinátora. Tato pomůcka je pouze inspirativní a otázky lze nahradit jinými.

Evaluace individuální práce

Cílem této části evaluace by měla být schopnost nastavit MD tým tak, aby pracoval podle individuálních potřeb klientky (tj. vyvažování zátěže kladené na klientku a v možnosti mít ucelenější pohled na případ, a tím lépe nastavovat pro daného rodiče) a volil k tomu nejefektivnější strategie a postupy.

V případě individuální případové práce je vhodné provádět evaluaci průběžnou, tj. proces, který je neoddělitelně spjatý s kontrolou dosahování výsledků

⁴⁵ Základem pro sledování programu by měl být rok 2017, kdy žádná podobná služba v rámci ČR neexistovala. Prvním sledovaným obdobím je rok 2018, kdy byla zahájen první pilotní běh programu.

stanovených v dílčích plánech. Četnost hodnocení se (stejně jako četnost setkávání týmu) stanoví individuálně podle povahy případu (obvykle dva až tři týdny v sociálních službách).

Doporučujeme používat vlastní evaluace, odborníci často využívají např. škály, kde klient hodnotí svůj pokrok, nicméně je důležité, abychom se dostali ke sdělení, jak vidí pokrok rodiče odborník, a ne jak to vidí klient sám. Sebehodnocení klienta ve službě je běžným postupem některých služeb, ale pro MD tým potřebujeme evaluaci odborníka.

Navržené metody evaluace zahrnují škály a kontrolní seznamy, které v krátkých časových obdobích zachytí, zda klient plní vytýčené milníky, a/nebo poskytují obraz, zda dochází ke zlepšení:

- **Kontrolní seznam umožní hodnotit malé kroky** v režimu léčby/terapie např. každých 14 dnů a hodnotí se slovy **SPLNĚNO/NESPLNĚNO**.
- **Škála je vhodný nástroj pro hodnocení dílčích plánů**. Lze ji použít např. jednou za kvartál a ověřovat

si, zda se postupuje podle dílčího plánu. Bližší postup, jak pracovat se škálami, je uveden v Manuálu v kap. Evaluace. Škála musí být nastavena podle možností klienta, pozor, nejde o obecný ideální stav, ale o stav pro daného klienta možný na základě jeho možností.

Během evaluace individuální práce s klientem je nutné dodržovat některá pravidla, jako např. to, že odborník sdílí jenom to, co je předem domluveno, viz Manuál a návrhy smluv o mlčenlivosti.

Další práce s výsledky evaluací již zahrnuje koordinátora a celý MD tým. Základní hodnocení individuální práce v jednotlivých službách posílá odborník koordinátorovi za dané časové období. Koordinátor si hodnocení od všech odborníků seřadí, pak svolá setkání MD týmu. Podle výsledků hodnocení navrhne obsah dalšího setkání a postup vůči Rámcovému plánu, výsledkem je buď upravený Rámcový plán, anebo dodržení původního Rámcového plánu.

14. O projektu

Dnem 1. 10. 2016 zahájil Nadační fond J&T (nyní Nadace J&T) ve spolupráci s občanským sdružením Rodina u nás, z. s. realizaci projektu „Společná šance (Dítě a závislá matka)“.

Projekt prosazuje netradiční přístup k problému péče o matku uživatelku návykových látek a o její dítě formou dlouhodobé spolupráce institucí při návratu matky do normálního života. Matka bude na základě tohoto nového přístupu i s dítětem umístěna do proškolené pěstounské rodiny, odkud bude odcházet na léčbu a kam se následně po jejím absolvování za dítětem vrátí. Pěstouni budou pomáhat v průběhu léčby zajišťovat kontakt matky s dítětem. Matka bude moci následně pěstounskou rodinu opustit v okamžiku, kdy získá a zažije si potřebné rodičovské kompetence, bude mít zajištěné bydlení a příjem (práce, soc. dávky). Pro tento přístup je však potřeba vytvořit širokou spolupracující základnu institucí a metodickou oporu, která zatím v ČR schází.

Cílem projektu je propojení institucí, které přicházejí do styku s matkou uživatelkou a jejím dítětem/děťmi na úrovni komunikační, a zároveň vytvoření a virtuální pilotáž/evaluace metodické báze, která v rámci projektu vznikne. Půjde především o zavedení společného a koordinovaného přístupu založeného na zahraniční dobré praxi a na metodikách adaptovaných na národní prostředí, které umožní zachovat rodinné pouto mezi matkou a dítětem v co nejvhodnější formě.

Podstata nového přístupu, o jehož zavedení projekt usiluje, spočívá ve využití rodinného zázemí dlouhodobé pěstounské péče dítěte jako místa pro uskutečnění primárního kontaktu matky a dítěte před nástupem matky do programu léčení a po jejím návratu. V tomto rodinném zázemí má matka možnost se s pomocí proškolených pěstounů připravovat na svou rodičovskou roli, posilovat své rodičovské kom-

petence, přebírat péči o dítě. Je motivována k zapojení do komunity, k hledání samostatného bydlení, zajištění finančních prostředků pro rodinu.

Tento přístup vyžaduje spolupráci orgánů sociálně – právní ochrany dětí, specializovaných sociálních služeb, služeb náhradní rodinné péče, případně mediační a probační služby, neziskových organizací zabývajících se systematickou prací s rodinou a dalších odborníků dle konkrétní situace matky.

Výstupem projektu budou metodika manuál, které poskytnou pracovníkům odborů soc. péče na krajích a městských úřadech, sociálním pracovníkům a dalším pracovníkům v sociálních službách informace o tom, co všechno mohou udělat, aby se tento proces zdařil, vymezí jejich role v celém procesu a napomohou jim v kontaktování dalších odborníků zapojených do procesu.

Metodika a manuál přinesou zkušenosti dobré praxe ze zahraničí a adaptují je na místní podmínky, vyjasní role veřejné správy a neziskových organizací, poukáží na úzká místa, která v současném modelu péče o dítě matky uživatelky vznikají, a navrhnou opatření, která zlepší situaci spolupracující matky uživatelky při návratu do normálního života a při přebírání plné odpovědnosti za dítě. V projektu vznikne také Průvodce Společnou šancí, který shrne procesy a postupy v programu pro biologickou matku, případně biologického otce, pokud by měli zájem vstoupit do programu.

Registrační číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0001311
Operační program Zaměstnanost – prioritní osa OPZ: 2
Poskytovatel: Ministerstvo práce a sociálních věcí
Příjemce: Nadace J&T
Partner projektu: Rodina u nás, z. s.
Realizace: 1. 10. 2016 – 30. 9. 2018

15. Použitá literatura a zdroje informací

- DORNER, K. – PLOG, U. (1999). Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing.
- FURST, T. P. (1996). Halucinogeny a kultura. Praha: DharmaGaia/Maťa.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava. Násilí na dětech – syndrom CAN. Vzdělávací institut ochrany dětí: Praha, 2006. ISBN:80-86991-78-4
- KALINA, K., 2008. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada
- Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu obcím s rozšířenou působností a hl. m. Praze na výkon agendy sociálně-právní ochrany dětí pro rok 2017
- MORGAN, M. M. – CHRISTIE, M. J. (2011), Analysis of opioid efficacy, tolerance, addiction and dependence from cell culture to human. *British Journal of Pharmacology*, 164: 1322–1334.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., 2016. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- NUTT, David J et al. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, Volume 376 , Issue 9752 , 1558 – 1565.
- PAPEŽOVÁ, H. et al. (2014). Naléhavé stavy v psychiatrii, Maxdorf.
- PÉMOVÁ, T. – PTÁČEK, R. (2017). Zanedbávání dětí. Příčiny, důsledky a možnosti hodnocení. Praha: Grada publishing.
- PINÉ-ABATA, H. – MCNEILL, A. – RAW, M. - BITTON, A. - RIGGOTTI, N. - MURRAY, R. (2013), A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 121 countries. *Addiction*.
- POPOV, P. – KMOCH, V., (2014): in *Psychiatrie : doporučené postupy psychiatrické péče IV.* / Jiří Raboch ... et al., Česká lékařská společnost J.E. Purkyně.
- PRESLOVÁ, I. a kol., 2011. Manuál pro práci s dětmi drogově závislých klientů. Sananim
- Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR 2016
- VÁGNEROVÁ, M. (2005), Vývojová psychologie. Praha: Karolinum.
- VAVŘINKOVÁ, B. – BINDER, T. (2006), Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton
- VELEMÍNSKÝ, Miloš – ŽIŽKOVÁ, Blanka (eds.) (2008), Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství. Praha: Triton.
- VLČKOVÁ, H. a kol., Metodika pro asistovaný kontakt s biologickou rodinou. Rozum a cit z.s.
- Vyhláška č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí.
- ZÁBRANSKÝ, T. a kol. (1998), Drogy na předpis. Olomouc: Votobia

- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Internetové zdroje:

- <http://www.adiktologie.cz>
- <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/>
- <http://www.dokurte.cz>
- <http://www.drogy-info.cz>
- <http://www.emcdda.europa.eu>
- <http://www.europad.org>
- <http://www.familieprojektet.dk>
- <http://mamaadrogy.cz/>
- http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html
- <http://www.uzis.cz>

16. Přehled existujících oborových metodik a dobré praxe

PETŘÍČKOVÁ, Lucie a tým: Metodika spolupráce multidisciplinárního týmu odborníků. Diakonie ČCE – středisko Plzeň, Centrum SOS Archa. Centra SOS Archa. 2011

PRESLOVÁ, Ilona: Metodický manuál práce OSPOD s drogově závislými klienty (se zaměřením na ženy a matky). Manuál pro pracovníky Krajského úřadu Olomouckého kraje. 2015

PRESLOVÁ Ilona: Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů. Komplexní program péče o dítě závislých matek o. s. SANANIM- 2011

Metodika program Teen Challenge pro drogově závislé matky. Teen Challenge International, s. r. o.

JANIŠKOVÁ, Ivana (editor): Práce s klientem s rizikem v chování. (Manuál průvodce dobrou praxí). 2011.

HANSEN, Tobre, Bo: Narození drogově závislým (zápis z workshopu na konferenci Program mezinárodní konference Veletrh dobré praxe 6. 12. 2012)

Šance dětem: Příběhy ze života rodin. On-line: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rodice-jsou-zavisli/pribeh-ze-zivota-rodin.shtml>. 15. 4. 2012

Poznámky:

Metodika Společná šance

1. vydání

Praha

Rok vydání: 2018

Vydavatel: Nadace J&T,

Malostranské nábřeží 563/3, 118 00 Praha 1

IČ: 27162524

(www.nadacejt.cz)