

SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ PRO PRAXI







Terezie Pemová
Radek Ptáček

SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ PRO PRAXI



NADACE
SIRIUS

SIRIUS 

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Mgr. Terezie Pemová, DiS., PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ PRO PRAXI

Autoři:

Mgr. Terezie Pemová, DiS. – *Národní institut pro děti a rodinu, o.s., Praha*
PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA – *Psychiatrická klinika 1. LF UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Česká lékařská komora*

Recenze:

PhDr. Alena Plšková
MUDr. Petra Uhlíková

Odborně lektorovali:

Mgr. Bc. Lenka Buchtová, Mgr. Markéta Hodková, Mgr. Kristýna Jůzová Kotalová,
RNDr. Hana Kuželová, Mgr. Lucie Nováková, Mgr. Lucie Myšková, Mgr. Eva Šilarová, Lenka Šimková, Mgr. Michaela Tetřevová, Mgr. Klára Trubačová

© Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. a Nadace Sirius, 2012

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2012

© Fotografie na obálce Anatolij Samara (Dreamstime.com)

Pro Obecně prospěšnou společnost Sirius, o.p.s. a Nadaci Sirius vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 4699. publikaci
Sazba a zlom Josef Lutka
Počet stran 192
Vydání první, Praha 2012

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

ISBN 978-80-247-4317-2

Obsah

Úvod	9
1 Lidskoprávní aspekty sociálně-právní ochrany dětí	11
1.1 Historický a teoretický kontext sociálně-právní ochrany	11
1.2 Vývoj legislativní ochrany dětí	13
1.2.1 Mezinárodní zkušenosti a souvislosti sociálně-právní ochrany dětí	14
1.2.2 Vývoj odborného postoje k ochraně a potřebám dětí	18
1.2.3 Vývoj kulturně hodnotových postojů společnosti k ochraně dětí	21
1.2.4 Moderní koncepce ochrany dětí	22
1.3 Shrnutí	24
2 Sociálně-právní ochrana dětí v systému veřejné správy	27
2.1 Sociálně-právní ochrana dětí v systému státní správy a samosprávy	27
2.2 Obecné nástroje ochrany dětí	30
2.3 Specifické nástroje ochrany dětí	30
2.4 Etické konflikty	33
2.5 Shrnutí	37
3 Case management v sociálně-právní ochraně dětí	39
3.1 Definice case managementu	39
3.2 Case management v ochraně dětí	42
3.3 Vedení spisové dokumentace	43
3.4 Případová konference	45
3.5 Shrnutí	47
4 Systematická práce s ohroženým dítětem/rodinou	49
4.1 Systém hodnocení ohroženého dítěte	49
4.2 Detekce (identifikace) ohroženého dítěte	51
4.3 Shromažďování informací od poskytovatelů služeb	56

4.4	Úvodní hodnocení dítěte	61
4.4.1	Plán vstupního hodnocení	64
4.4.2	Postup jednotlivých konzultací vstupního hodnocení	65
4.4.3	Hodnocení ohroženého dítěte	65
4.4.4	Hodnocení sourozence/ů ohroženého dítěte	66
4.4.5	Hodnocení rodiče, který není podezřelý z ohrožení dítěte	67
4.4.6	Hodnocení rodiče, který je podezřelý z nevhodné/nedostatečné péče	68
4.4.7	Standardizované pozorování	68
4.4.8	Analýza informací z jiných zdrojů	69
4.4.9	Víceúrovňové hodnocení ohrožení dítěte	69
4.4.10	Závěrečná hodnotící zpráva	70
4.4.11	Závěrečné hodnotící setkání s rodinou	71
4.4.12	Posouzení mimořádných potřeb rodiny	71
4.5	Komplexní hodnocení dítěte/rodiny	71
4.5.1	Vyhodnocení rodinné situace	72
4.5.2	Průběh komplexního hodnocení dítěte/ rodiny	76
4.6	Oblasti hodnocení dítěte a rodiny	79
4.6.1	Hodnocení dítěte	80
4.6.2	Posouzení kvality péče a kompetencí rodičů	88
4.6.3	Analýza expertních posudků dalších odborníků	88
4.6.4	Zhodnocení prostředí, ve kterém dítě žije	89
5	Rodina jako klient sociálních služeb	91
5.1	Sociální šetření	92
5.2	Sociální šetření versus home-visiting	92
5.3	Sociální šetření versus návštěva v rodině	94
5.4	První šetření v rodině	95
5.5	Etické konflikty při konzultaci v rodině	98
5.5.1	Přijímání darů	98
5.5.2	Diskrétnost spolupráce	99
5.5.3	Pochopení příčin	99

5.5.4	Důsledky nevhodné/nedostatečné péče	99
5.5.5	Silné stránky rodiny a jejích jednotlivých členů	100
5.5.6	Jak jednotliví členové rodiny vnímají rizikové chování a podmínky	100
5.5.7	Analýza získaných dat	100
6	Individuální plán ochrany dítěte	103
6.1	Principy tvorby ipod	103
7	Úvodní případová konference – zpracování podkladů pro IPOD	109
7.1	Principy realizace IPOD	110
7.2	Intervenční strategie	111
7.2.1	Druhy poskytovaných služeb	113
7.3	Hodnocení progresu sociální intervence	115
7.4	Příklady hodnocení v sociální práci	116
7.5	Shrnutí	119
8	Profesionální sociální pracovník	121
8.1	Teoretické znalosti a praktické dovednosti	122
8.2	Zkušenosti z praxe	123
8.3	Osobnostní předpoklady	124
8.4	Celoživotní vzdělávání a osobnostní rozvoj	126
8.5	Psychická zátěž a syndrom vyhoření	128
8.5.1	Příčiny	128
8.5.2	Dopady syndromu vyhoření v sociálních službách	129
8.5.3	Prevence a terapie syndromu vyhoření	132
9	Rodina a její postavení v systému sociálně-právní ochrany dětí	133
9.1	Dítě a rodina jako klient sociálně-právní ochrany	133
9.2	Intervence v rodině	136
9.2.1	Komunikace v sociální práci	142
9.3	Návrh na oddělení dítěte od rodičů	143
9.4	Shrnutí	145

10	Rizika výkonu sociálně-právní ochrany dětí	147
10.1	Pracovní postupy	147
10.2	Prostředí	149
10.2.1	Práce v terénu	150
10.3	Rizikový klient	152
10.4	Shrnutí	152
11	Jednání s agresivním klientem	155
11.1	Teoretické souvislosti	155
11.2	Jednání s agresivním klientem	158
11.2.1	Prostředí	158
11.2.2	Rozvoj agresivního chování a jeho predikce	159
11.2.3	Průběh jednání	160
11.3	Shrnutí	163
12	Domácí násilí a syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	165
12.1	Teorie	165
12.2	Násilí v rodině	166
12.3	Intervence	168
12.4	Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	169
12.5	Shrnutí	172
	Literatura	177

Úvod

Tato publikace vznikla v souvislosti se vzdělávacím programem „Přístupy a dovednosti při výkonu sociálně-právní ochrany dětí“ v rámci projektu Podpora pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí při péči o ohrožené děti, který realizovala Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. a Nadace Sirius v úzké spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR v roce 2012.

Publikace je určena především sociálním pracovníkům a pracovnícím orgánů sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „OSPOD“), kteří dosáhli odpovídajícího formálního vzdělání, byť různého stupně, a většina z nich má za sebou i praxi v oboru, proto je u nich možné předpokládat základní orientaci v problematice i znalost odborného názvosloví. Nicméně je vhodná i pro odborníky z jiných oblastí, kteří v oblasti sociálně-právní ochrany dětí (dále jen „SPOD“) působí. Publikace není systematickou učebnicí, ale zaměřuje se na některá konkrétní témata, která jsou pro výkon SPOD důležitá, a ke kterým není v domácí literatuře dostatek zdrojů. Důraz je kladen na praktické souvislosti, a proto i jednotlivé kapitoly neuvádějí úplné teoretické souvislosti. Těžiště publikace spočívá zejména v pohledu na systematické vedení případu a dovednosti potřebné pro práci s klienty. Publikace je dělena do 12 základních kapitol. Jednotlivé kapitoly obsahují vždy teoretickou část, která se snaží stručně představit daný problém, dále pak praktická doporučení, která mohou napomoci při uplatňování nabytých znalostí a dovedností v praxi, a na závěr každé kapitoly je krátké shrnutí. Jednotlivé kapitoly tak přinášejí především základní seznámení s danou problematikou a odkazy na odbornou literaturu, případně další zdroje. Vzhledem k tomu, že publikace je především učebním textem, jsou citace použitých zdrojů uváděny v minimální míře, aby nerušily samotný text. Všechny použité zdroje jsou pak uvedeny na konci publikace.

K finální podobě publikace významně přispěly četné připomínky recenzentů i odborných lektorů, kterým touto cestou děkujeme. Mimořádné poděkování patří též Lence Šrámkové, ředitelce Nadace Sirius, a Kamile Badové, ředitelce Obecně prospěšné společnosti Sirius, o.p.s. za podporu a spolupráci při tvorbě této publikace. Poděkování patří samozřejmě i Nadaci Sirius a Obecně prospěšné společnosti Sirius, o.p.s., které vydání této publikace umožnily.

Doufáme, že publikace přispěje k nelehké, ale důležité práci v oblasti sociálně-právní ochrany dětí.

*Mgr. Terezie Pemová, DiS.
PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.*

1 Lidskoprávní aspekty sociálně-právní ochrany dětí

Úvodní kapitola věnuje pozornost vývoji systémové ochrany dětí v historickém a teoretickém kontextu. Sociálně-právní ochrana dětí tak, jak jí vnímáme dnes, je důsledkem složitých a dlouhodobých společenských změn a právního vývoje v oblasti občanského, rodinného i trestního práva. Z tohoto pohledu je potřeba na aktuálně probíhající změny v systému ochrany dětí pohlížet nikoliv jako na revoluci, ale jako na evoluci. Právě realizované změny jsou tedy důsledkem přirozeného vývoje postojů a hodnot společnosti ve vztahu k ochraně dětí a rodin, společenského poznání v oblasti psychologie a sociologie, ale i ekonomického a právního prostředí.

1.1 Historický a teoretický kontext sociálně-právní ochrany

Současné pojetí lidských práv neznamená jen prostý souhrn právních norem, ale je odrazem celkové kulturní, hodnotové a etické orientace naší společnosti. Tento koncept ovlivňuje vztah mezi jednotlivcem (občanem) a státem, fungování systému veřejné správy i soudní soustavy, poskytování vzdělávání, zdravotních a sociálních služeb. Základním lidskoprávním dokumentem je Všeobecná deklarace lidských práv. Deklarace vymezuje pět skupin lidských práv, a to práva občanská, politická, hospodářská, sociální a právo na vzdělání a kulturní prostor. Deklarace byla přijata jako politický dokument OSN, ale postupně byla jak na mezinárodní úrovni, tak jednotlivými členskými státy, případně dalšími mezinárodními organizacemi (EU, Rada Evropy), přetvořena do konkrétních právních norem a institutů, jejichž smyslem je implementace těchto legislativních principů do fungování demokratických států (v České republice např. Listina práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Evropská sociální charta, Evropská úmluva a výkonu práv dětí). Pro účely této publikace představujeme jen krátký souhrn základních dat a historických milníků.

Samotná profese sociálního pracovníka je jedním z hmatatelných a pozitivních důsledků zájmu společnosti o potřeby jednotlivce, jeho ochrany a podpory, o nutnost vyjednávání vztahů mezi různými společenskými

skupinami a snahu o sociální blaho. Základní principy lidských práv se zcela samozřejmě prolínají s teoretickými paradigmaty sociální práce, jedná se o právo na život, svobodu a volnost, rovnost a nediskriminaci, spravedlnost, solidaritu, sociální odpovědnost a nenásilí (1). Lidská práva jsou nedílnou součástí teorie sociální práce, vytváří její etickou a hodnotovou základnu, obhajoba těchto práv musí být nedílnou součástí výkonu sociální práce (2). Smyslem profesionální sociální práce je podpora sociálních změn v životě klientů, pomoc při řešení problémů v mezilidských vztazích a snaha o zvýšení kvality života. Vychází z teorií věnujících se lidskému chování a fungování sociálních systémů. Sociální práce vychází z principů lidských práv a sociální spravedlnosti (3). Mezinárodní federace sociální práce rovněž upozorňuje na „odpovědnost všech sociálních pracovníků svým pracovním výkonem, ale i osobním příkladem, přispívat k rozvoji těchto principů a hodnot“ (4, 5). Aktuálně diskutovaným tématem v rámci profese sociálních pracovníků je rovněž otázka univerzality lidských práv a zároveň i otázka kulturního relativismu (6). Tedy, kde je při výkonu sociální práce hranice mezi respektem k individuálním kulturním hodnotám klienta a kdy je nezbytné trvat na univerzálnosti lidských práv. V případě ochrany dětí se jedná zejména o témata jako užívání fyzických trestů, rituální zneužívání a mrzačení dětí, dětská práce, vztah rodiny k organizovanému vzdělávání a průběhu socializace.

Základy profesionální sociální práce byly položeny v 19. století, ve kterém došlo k prvnímu pojmenování společensky negativních jevů a snaze o jejich systémové řešení (moderní pojetí chudoby dělníků v továrnách, dětská práce, žebrota dětí, nevzdělanost apod.). Základy sociální práce lze hledat v charitativních a dobrovolných aktivitách majetných vrstev a politických představitelů, často vycházející z etických hodnot tehdejší společnosti. Mnohé aktivity měly silně moralizující charakter a byly charakteristické přesvědčením pomáhajících, že za hmotnou i sociální nouzi si může oběť sama a je projevem jejího morálního selhání. Poskytovaná péče si kladla za cíl nejen samotnou pomoc potřebným, ale především snahu vnutit ohroženým i hodnotové schéma střední třídy (7). Na tyto činnosti tudíž nelze pohlížet z dnešní perspektivy, kdy se v rámci sociální politiky z DARU stává NÁROK a poskytující (většinou stát) sice po příjemcích vyžaduje dodržování určitých sociálních norem, nikoliv však bezpodmínečné sdílení hodnotové orientace a společenské ideologie.

Sociální práce ve 20. století byla dále ovlivněna zejména sociálně ekonomickými reformami vedenými snahou o zlepšování sociálních podmí-

nek a úsilím o zajištění přiměřeného zabezpečení pro všechny potřebné, prudkým rozvojem společenských věd (psychologie, sociologie, antropologie), dále pak myšlenkami feminismu a dalších aktivit směřujících k ochraně a podpoře menšin a rozvoje komunitních hnutí. Moderní profese sociálního pracovníka je jednoznačně založena na altruistických hodnotách respektu k důstojnosti jednotlivce a povinnosti společenských systémů zajistit spravedlivou dostupnost strukturálních zdrojů pro všechny své členy (8).

Sociálně-právní ochrana dětí je jednou z oblastí praktického naplňování lidských práv v systému moderní sociální politiky a projevem společenské odpovědnosti státu za ochranu a péči o slabší a potřebné (9). V historickém vývoji ochrany dětí se odrážejí změny ve vnímání rodinného a občanského práva, transformace postavení občana ve vztahu k státu, významu i průběhu lidské socializace, ale i proměny teoretických psychologických, sociologických a pedagogických konceptů zabývajících se dětstvím, duševním vývojem jednotlivce. V neposlední řadě se do ní promítají změny společenských postojů a hodnot v oblasti rodinného života a vztahu rodičů i společnosti k dětem. Přestože se tyto vlivy navzájem prolínají a někdy je mezi nimi obtížné najít příčinnou souvislost, lze se na historii ochrany dětí podívat ze třech různých perspektiv.

1.2 Vývoj legislativní ochrany dětí

V počátcích se právní ochrana dětí soustředila především na ochranu majetku, rodových privilegií a opatrovnictví dětí v případě jejich osíření, postupně pak reflektovala problematiku dětské chudoby, dětské práce a žebroty, a konečně poté i definici ohrožení dítěte a úpravu vztahu rodič – dítě – stát, s vymezením možností intervence státu do integrity rodiny, včetně přechodného i trvalého odebrání dítěte z péče rodičů a omezení rodičovské odpovědnosti.

V současné době je pozornost většiny legislativních systémů ochrany dětí věnována především:

- snaze nalézt rovnováhu mezi ochranou dětí a ochranou rodičovských práv,
- vymezením kompetencí státních institucí v oblasti možné intervence do integrity a soukromí rodiny a dítěte,
- vyvážením instrumentů prevence (ochrany) a represe (trestu) v právních normách i v procedurálních postupech sociální práce,

- možnostem a formám systematické evidence ohrožených dětí, případně osob podezřelých z nevhodného/nepřijatelného zacházení s dětmi, to vše s ochranou osobních údajů každého jednotlivce (10).

1.2.1 Mezinárodní zkušenosti a souvislosti sociálně-právní ochrany dětí

Tabulka 1.1 představuje některé významné historické momenty ve vývoji legislativy sociálně-právní ochrany dětí ve Velké Británii a v USA (11–14). Pro účely tohoto materiálu jsme zvolili tyto země, protože se jedná o jedny z nejstarších systémů ochrany dětí, které jsou dodnes inspirací pro systémy jiných států a v neposlední řadě i proto, že jsou systematicky zpracovány a podrobeny kritické analýze v odborné literatuře.

Tab. 1.1 Významné historické momenty ve vývoji legislativy sociálně-právní ochrany dětí ve Velké Británii a USA

Velká Británie	
1600	Přijetí první chudinského zákona „Poor Law Act“, který kromě jiného umožnil oddělení dětí od rodičů (do věku 16 let v případě dívek a do věku 21 let v případě chlapců), jestliže byli rodiče chudí, a nemohli proto zajistit řádnou péči o děti.
1660	Přijetí zákona „Tenures Abolition Act“ – „Zákon rytířského opatrovnictví“, jež zrušil dosavadní praxi, která osiřelým dětem feudálů přidělovala opatrovníka z řad příbuzných, kteří pak mohli volně rozhodovat o jejich majetku, vzdělání i osobních poměrech. Zákon ponechal právo rodičům svobodně ustanovit v závěti dítěti opatrovníka pro případ vlastního úmrtí i rozsah jeho práv vůči dítěti.
1660 – dále	„Kancleřský soud“ měl pravomoc rozhodovat spory mezi soukromými stranami ve věcech závěti a opatrovnictví dětí. V průběhu let v rámci soudní praxe došlo k rozšíření pojmu opatrovnictví z pouhé ochrany majetku dítěte i na další oblasti jeho života, jako je vzdělání, náboženská příslušnost, místo pobytu, sňatek apod.
1839	„Custody of Infants Act“ – „Zákon o opatrovnictví dětí“. Tento zákon dával pravomoc soudu zasahovat do rodičovských (otcovských práv), rozhodovat o oddělení dítěte o rodiče včetně úpravy návštěv a kontaktu mezi rodiči a dětmi.

Velká Británie	
1889	„Children Act“ – „Zákon o dětech“. Umožňoval státu poprvé skutečně aktivně zasáhnout do vztahů mezi rodiči a dětmi. Policie mohla zatknout rodiče v případech týrání dětí a odebrat dítěte z rodičovské péče, jestliže jeho setrvání v péči rodičů pro něj představovalo nebezpečí. Zákon dále upravoval podmínky pro zaměstnávání dětí a zakázal zneužívání dětí k žebrání.
1894	Na základě novely „Children Act“ bylo dětem umožněno svědčit u soudu, psychické týrání bylo uznáno jako zavrženíhodné chování a trestným činem se stalo neposkytnutí lékařské péče nemocnému dítěti.
1908	Na základě zákona byly založeny soudy pro mladistvé a zaveden systém registrace pěstounů.
1932	Novelou byla rozšířena pravomoc soudů pro mladistvé, zejména na oblast pravidelného dohledu nad ohroženými dětmi. V následujícím roce došlo ke sjednocení existující roztržitěné právní ochrany dětí do jednoho právního předpisu.
1948	Byl založen Výbor pro děti při každém místním úřadě. Následovalo vytvoření parlamentního Výboru péče o děti, který měl zaštiťovat a koordinovat ochranu dětí.
1968	V tomto roce místní úřady převzaly plnou odpovědnost za vyšetřování špatného zacházení s dětmi.
1974	Vytvoření Výborů ochrany dětí (ACPCs) v Anglii a Walesu, které koordinují místní úsilí o ochranu ohrožených dětí. K vytvoření těchto systémů vedly kauzy úmrtí ohrožených dětí, ke kterým došlo v důsledku nekoordinovanosti a pasivity stávajícího systému.
1989	Aplikace Úmluvy o právech dítěte, ústředním principem systému ochrany se stalo přesvědčení, že o děti je obvykle nejlépe postaráno v jejich rodině. Zákon nabyl účinnosti v Anglii a Walesu v roce 1991 a s určitými rozdíly v roce 1996 i v Severním Irsku.
1991	Byly vytvořeny závazné standardy pro postup identifikace a intervence veřejnoprávních subjektů v případech ohrožených dětí (tzn., jakým způsobem a v jakých časových lhůtách provádět šetření v případech hlášení ohrožení dětí, jaké jsou kompetence jednotlivých subjektů a kdo je zodpovědný za koordinaci a dohled nad výkonem sociálně-právní ochrany dětí).

Velká Británie	
1999	K zákonu o ochraně dětí z roku 1999 byl schválen dodatek s cílem zabránit pedofilům pracovat s dětmi ve vzdělávacích, zdravotnických, sociálních a volnočasových službách.
1999–	Byl vytvořen elektronický systém sledování ohrožených dětí, aby nemohlo dojít ke „ztrátě“ dětí v soustavě ochrany dětí. Změny byly iniciovány na základě tragických případů úmrtí ohrožených dětí. Při následné analýze těchto kauz bylo zjištěno, že tyto děti byly opakovaně systémem zachyceny, ale nebyla jim nadále věnována potřebná ochrana a v důsledku nevhodné/ nedostatečné péče rodičů zemřely.
USA	
17. století	Na území amerických kolonií byla převážně převzata praxe anglického práva – především „Chudinského zákona“ z roku 1600, který umožňoval intervenci do rodičovských práv z důvodů chudoby rodiny. Děti, jejichž rodiče nebyli schopni zajistit základní péči, zpravidla přicházely do jiných rodin, kde sloužily především jako levná pracovní síla.
18. století	Soudní praxe (např. ve státě Virginia) umožňovala zásah do rodičovských práv nejen v důsledku chudoby rodiny, ale i v situacích, kdy rodina neposkytovala dítěti „dobré vychování“. Pro tyto situace se začal používat pojem rozhodnutí „v nejlepším zájmu dítěte“. Tento pojem měl význam především ve smyslu tehdejší náboženské (kalvinistické) etiky.
1824	V tomto roce došlo k založení prvního dětského azylového domu v New Yorku, což podnítilo moderní praxi oddělování ohrožených dětí od dospělých delikventů a žebráků. Do té doby byly totiž osiřelé, chudé a případně delikventní děti umísťovány do společných zařízení spolu s dospělými osobami.
1850	Začala být hromadně budována privátní, církevní a komunitní zařízení, která pečovala o ohrožené děti. Preferována byla menší zařízení (kolektivní pěstounské péče) oproti velkým městským institucím. Nicméně pěstounské rodiny byly málokdy předem prověřovány a ani po umístění nebyla situace dítěte monitorována a kontrolována.

USA	
1875	V New Yorku byla založena první Společnost pro prevenci krutého zacházení s dětmi – „Society for the Prevention of Cruelty to Children“ (SPCC). Vzhledem k tomu, že byla tvořena především vzdělanými muži ze střední třídy, soustředila se především na problematiku ohrožení dětí v chudinských komunitách, nikoliv na špatné zacházení s dětmi jako celospolečenský fenomén.
1909	V Bílém domě byla uspořádána První národní konference o potřebách dětí, v jejímž průběhu bylo konstatováno, že „život v domácím prostředí je nejvyšším a nejlepším produktem civilizace“. Postupně docházelo od odklonu ochrany dětí provozované soukromými agenturami ve prospěch vládní kontroly těchto aktivit federálními veřejnými orgány. Tato snaha byla postupně podpořena i vytvořením Federální agentury ochrany dětí a prvními legislativními úpravami v této oblasti. Přestože ve všech dokumentech byl deklarován důraz na ochranu a podporu rodiny ohrožených dětí, v praxi docházelo spíše k dlouhodobému umístování dětí do institucionální péče, protože nebyla dostatečná kapacita podpůrných služeb.
dvacátá až osmdesátá léta 20. století	V tomto období je sociálně-právní ochrany dětí charakteristická především vymežováním pravomocí a judikatur jednotlivých států a federálního práva. Dále pak snahou o vyjasnění rozporů vyplývajících z konfliktu mezi ústavními právy rodičů a potřebou ochrany dětí.
1980	„Adoption Assistance and Child Welfare Act“ („Zákon o adopci péči o dítě“) – tento zákon byl přijat za účelem sjednocení a zkvalitnění profesionální pěstounské péče o ohrožené děti. Zároveň si kladl za cíl posílit roli sociálních pracovníků v oblasti slučování rodin, aby se zabránilo dlouhodobé pěstounské péči a byla upřednostňována péče v původní rodině dítěte. Postupně se však ukázalo, že zákon nedostatečně reaguje na potřeby nemocných a handicapovaných dětí a v případech neúspěšné či komplikované sanace rodiny neúměrně dlouho prodlužuje provizorium pěstounské péče.

USA	
1997	<p>V tomto roce byl přijat nový zákon „Adoption and Safe Families Act“ („Zákon o adopci a bezpečí rodin“ – tento zákon nařídil, aby všem dětem umisťovaným do náhradní rodinné péče byl vytvořen individuální plán, který se prioritně zaměřuje na sanaci rodiny, ale zároveň počítá s alternativou neúspěchu v této oblasti. Důraz tedy není jen na sloučení rodiny, ale zejména na individuální potřeby dítěte a trvalost řešení jeho situace. Součástí zákona bylo i vytvoření federálních fondů pro náhradní rodinnou péči (úhrada sociálních služeb sanace rodiny, úhrada služeb pěstounů, lékařská péče a vzdělávání pro děti umístěné do náhradní péče).</p> <p>Problémy zákona z roku 1997 spočívaly především v rapidním nárůstu počtu dětí v systému sociálně-právní ochrany dětí a nekontrolovanému růstu výdajů plynoucích do této oblasti. Výdaje se zvyšovaly jak na straně poskytovatelů sociálních služeb, kteří neustále prodlužovali délku intervenčních programů sanace rodiny, tak i na straně pěstounských rodin, kterým začal být poskytován rozsáhlejší systém sociálních dávek.</p>

1.2.2 Vývoj odborného postoje k ochraně a potřebám dětí

Odborný postoj k ochraně dětí je zejména ovlivněn vytvořením konceptu syndromu CAN- syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jakož i studiem příčin tohoto jevu, jeho preventibility i možností terapeutického ovlivnění, zkoumáním důsledků traumatizace v dětství na fyzický, psychický i sociální vývoj jedince a jeho osobnost, rovněž i sledováním vlivu vazby rodič – dítě a následkům narušení této vazby a umístění dítěte do náhradního výchovného prostředí. V neposlední řadě je potřeba věnovat pozornost přenesení všech těchto poznatků do organizace systému sociálně-právní ochrany dětí.

Vnímání dětství jako sociálního konstruktů, které s sebou přináší specifické charakteristiky typické pro toto věkové období, ale i osobité obtíže s dětstvím spojených, jsou z historického pohledu myšlenkou poměrně mladou. Zejména pochopení a odlišení dětství a dospělosti v celém svém rozsahu, tzn. změna v paradigmatu prosazující, že děti jsou jen zmenšení dospělí, odstartoval diskuzi o specifických potřebách dětí,

o jejich nenaplnění a tudíž i o týrání, zneužívání a zanedbávání (15). Koncem 18. století se začala do společenského vědomí prosazovat myšlenka vnímající „dětství jako období nevinnosti“, tudíž i období, které zasluhuje zvláštní ochranu. První právní normy v této oblasti se zaměřily na ochranu majetkových práv dětí včetně ochrany před chudobou a primitivní regulací dětské práce. O potřebě zákonných norem chránících děti před fyzickými tresty nebo ranými sexuálními aktivitami ze strany dospělých, však společnost ještě vůbec ani neuvažovala. Až koncem 19. století začalo být toto téma společností vnímáno jako palčivé a vyžadující regulaci. Přičemž ještě v roce 1919 Freud považoval sdělení dětí o krutém zacházení a sexuálním zneužívání v rodinách jako projev sexuální fantazie dětí. Z čehož lze usuzovat, že i pro Freuda, který v jiných ohledech prokazoval obrovskou dávku intelektuální odvahy, bylo obtížné přijmout skutečnost, že se rodiče mohou k dětem i úmyslně chovat takto krutě (16).

Teprve až v šedesátých letech 20. století se začal fenomén špatného zacházení s dětmi skutečně systematicky popisovat a zkoumat (17, 18). Poměrně rychle pak přišla reakce jednotlivých států, které začaly modifikovat své systémy sociálního zabezpečení a ochrany dětí ve prospěch včasné identifikace ohrožených dětí a tvorby účinných intervenčních strategií (19, 20). Kromě definice jednotlivých forem ohrožení dětí, stanovování diagnostických kritérií a studia jejich následků, byla velká pozornost věnována i snaze vysvětlit samotné příčiny nevhodné nebo nedostatečné péče o děti. Původní teorie vycházely z předpokladu „patologie rodiče“, který v rozporu s rodičovskými pudy není schopen nebo ochoten zajistit dítěte odpovídající péči (21). V opozici k těmto teoriím se objevily modely, které vycházejí z předpokladu, že zásadní vliv na kvalitu rodičovské péče má společnost a špatná péče rodičů je důsledkem sociálních jevů, jako je chudoba, nezaměstnanost, sociální vyloučení apod. (22). Ani tento model však neodpovídal ucelenosti a provázanosti dané problematiky. Postupně tedy byly vytvořeny komplexní teorie propojující individuální a společenské faktory ovlivňující špatné zacházení s dětmi.

Uznáním role „ekologických“ nebo také „situačních“ faktorů postupně vedlo k vývoji současných multikauzálních interaktivních modelů, které zdůrazňují význam sociokulturního kontextu týrání a zanedbávání dětí. Takto vznikl celý komplex teorií, které jsou charakteristické předponou „ECO“ například **bio-ekologický model** (23), **vývojově ekologický model** (24), **sociálně ekologický model** (25) a **ekobehaviorální model** (26).

Tyto teorie se zaměřují na sledování vzájemných vlivů biologických dispozic dítěte, primárního výchovného prostředí (rodiny) a širšího společenského zázemí na rozvoj jeho osobnosti (27, 28). Tento model vidí dítě (s danou genetickou dispozicí) v centru série soustředných kruhů, z nichž ty vnější tvoří rodina (s nejsilnějším vlivem), dále pak skupina vrstevníků, školní prostředí a místní komunita, v tom nejvzdálenějším kruhu jsou distální vlivy, jako například média, vládní rodinná politika, aktuální kulturní přesvědčení a hodnoty společnosti. Všechny tyto faktory, spolu se zohledněním aspektu času, mají vliv na formování vývoje dítěte a jeho ochranu, případně ohrožení nevhodnou nebo nedostatečnou péčí (29).

Ekobiologické a ekosociální modely představují praktické využití výše uvedených teoretických konceptů v oblasti veřejného zdraví a sociální politiky. Na jejich základech jsou konstruovány v podstatě všechny moderní systémy sociálně-právní ochrany dětí. Jejich předností je, že se „nesoustředí pouze na rizikové faktory jednotlivých dětí (rodičů), ale také na společenské a zákonné normy, přesvědčení a sociální a ekonomické systémy, které vytvářejí podmínky na základě, kterých může k týrání nebo zanedbávání dětí dojít (30). Efektivní preventivní strategie by měly zahrnovat kontinuum činností, které se zaměřují na různé úrovně tohoto teoretického modelu (dítě, rodina, komunita, odborná veřejnost, laická veřejnost, média, společenské vědomí, hodnoty, kultura apod.). Tyto činnosti by měly odpovídat potřebám a vývoji jednotlivých dětí a měly by být poskytovány v průběhu celého jejich života. U tohoto přístupu je větší pravděpodobnost úspěchu a udržitelnosti dosažených změn než v případech, kde se používají jednotlivé a izolované zásahy (31). V současné době se ukazuje, že jen naprostá menšina rodičů, jejichž děti jsou v evidenci veřejných systémů ochrany dětí, jsou osoby narušené, kdy motivem jejich nevhodné péče o děti je osobnostní patologie, sexuální deviace, naprostá necitlivost, krutost a nelidskost ve vztahu k dětem. Naopak většina rodičů jsou osoby, které o své děti pečovat chtějí, ale nedostává se jim znalostí, dovedností, podpory nebo odpovídajících osobnostních vlastností (32).

Poměrně zásadní vývojové zvraty lze sledovat i v přístupu k řešení situace ohrožených dětí. V důsledku přijetí zákonů na ochranu dětí koncem šedesátých a počátkem sedmdesátých let došlo v USA k rapidnímu nárůstu počtu hlášených případů ohrožení dětí. Jednání, které do té doby bylo považováno za soukromou rodinnou záležitost, se stalo předmětem

zkoumání státních institucí a poměrně často vyústilo v odebrání dítěte z péče rodičů. V tomto období byly výrazně preferovány sociální služby založené na trvalém umístění dítěte do náhradního prostředí (33). Zároveň však ukázalo, že systém náhradní péče nebyl dostatečně propracován, a tak v některých případech docházelo k přesunu dítěte z jedné pěstounské rodiny do druhé, občas i z důvodů týrání nebo jiného nevhodného zacházení samotnými pěstouny (34). Jiné sociální systémy, např. praxe v České republice, na případy nevhodného/nešetrného zacházení s dětmi reagovaly zřizováním kolektivních zařízení náhradní výchovné péče. I tento způsob řešení problematiky ohrožených dětí se postupně ukázal z dlouhodobého hlediska jako nevhodný a poškozující děti (35).

V současné době se většina existujících systémů ochrany dětí snaží ohroženým dětem najít především co nejrychleji trvalé a bezpečné prostředí respektující jejich individuální potřeby a zkušenosti, nikoliv chaotické, nestabilní a provizorní prostředí, ať už v původní rodině, institucionální nebo pěstounské péči (36).

1.2.3 Vývoj kulturně hodnotových postojů společnosti k ochraně dětí

Vývoj lze sledovat i ve změnách postojů a hodnot společnosti ve vztahu k dětem, vnímáním jejich pozice ve společnosti i nutnosti jejich ochrany. K těmto hodnotovým posunům často dochází vlivem medializace konkrétních příběhů ohrožených dětí, často s fatálními důsledky, které burcují společnost a mění nejen právní normy, ale i dosavadní výchovné metody a pečovatelské standardy.

Historikové vědí velmi málo o historii dětství, o vztazích mezi rodiči a dětmi, zejména v oblasti nevhodného nebo krutého zacházení s dětmi. Minulá století nám totiž zanechala příliš málo svědectví, než abychom si mohli tuto skutečnost představit, neboť týrání a zneužívání dětí bylo vždy striktně soukromou záležitostí, která se jako veřejné společenské zlo neuznávala (37). V 19. století veřejná moc a priori počítala s patologií dětství jen v prostředí sociálně marginalizovaných vrstev, o tom, že by k nevhodnému nebo krutému zacházení s dětmi mohlo docházet i v středostavovský nebo tzv. „spořádaných“ rodinách se vůbec neuvažovalo (38). Paradoxně byly první systematické aktivity směřující k ochraně dětí zaznamenány ze strany spolků na ochranu zvířat. V New Yorku roku 1874 byla na základě podnětu Americké společnosti pro prevenci násilí na zvířatech (American Society for the Prevention of Cruelty to Animals)

odebrána z péče zanedbávajících pěstounů zubožená osmiletá dívka Mary Ellen. Společnost byla schopna zasáhnout na základě argumentu, že dítě je také členem živočišné říše, a proto si zaslouží ochranu jako pes nebo kočka. V roce 1875 v reakci na publicitu kolem této události New York státu inicioval vytvoření Společnosti pro prevenci týrání dětí. Několik dalších států tyto iniciativy následovalo (39). V Kanadě byla obdobná organizace založena v roce 1891 a do dvou let byl přijat první zákon na ochranu dětí „An Act for the Prevention of Cruelty to and Better Protection of Children“ („Zákon o prevenci týrání a ochraně dětí“, který platí s drobnými úpravami až dodnes (40).

I v dalším období sehrála média a veřejnost v různých zemích důležitou roli při změnách legislativy v oblasti ochrany dětí i konkrétních procedurálních postupu. Na základě konkrétních případů krutého týrání nebo úmrtí ohrožených dětí došlo například k zavedení ohlašovací povinnosti, jednotné evidence ohrožených dětí a sdílení informací mezi jednotlivými subjekty sociálně-právní ochrany dětí, povinnosti registrace, výběru a dohledu nad pěstounkou péčí (41). Přestože se tyto události staly v různých zemích, nejčastěji v USA a Velké Británii, byly postupně jako příklady dobré praxe implementovány do legislativních úprav ochrany dětí v mnoha dalších zemích, včetně České republiky. Aktuálním příkladem vzájemného ovlivňování veřejného mínění a legislativy ve prospěch ochrany dětí, je například zákaz fyzických trestů ve Švédsku (42) a postupně dalších 31 zemích světa (43).

1.2.4 Moderní koncepte ochrany dětí

Základním předpokladem pro vytvoření funkční koncepce péče o ohrožené děti je obecně platná a srozumitelná definice samotného pojmu „ohrožené dítě“ a jednotná terminologie v této oblasti napříč celým spektrem pomáhajících profesí. V zahraniční odborné literatuře se pro děti vyžadující pozornost a péči veřejných systémů ochrany dětí používají různé termíny „endangered child“ („ohrožené dítě“), „child at risk“ („dítě v ohrožení“) nebo „vulnerable child“ („ohrožené (ve smyslu zranitelné) dítě“). Někdy se jedná o synonyma téhož výrazu, jindy legislativa nebo klinická praxe činí mezi těmito pojmy rozdíly. Dle Národního informačního centra pro týrané děti lze termín „vulnerable child“ – tedy „ohrožené dítě“ – použít pouze v souvislosti s jeho zranitelností, tedy schopností či neschopností sebeobrany před nevhodnou nebo nedostatečnou péčí ze strany rodičů

či jiných osob zodpovědných za péči (44). Naopak pojem „child at risk“ – tedy „dítě v ohrožení“ – vyjadřuje mnohem širší pojetí této problematiky.

Dle této koncepce lze považovat za dítě v ohrožení:

- dítě s omezenou sociální percepcí,
- traumatizované dítě,
- dítě s handicapem,
- dítě s problematickým chováním (45, 46).

Britský zákon na ochranu dětí (Children Act z roku 1989) pracuje s pojmem „children in need“ tedy „děti v nouzi“.

Tuto situaci definuje jako:

- Dítěti se nedostává možnosti dosahování nebo udržování potřebného standardu péče o jeho zdraví a vývoj bez intervence příslušné autority.
- Zdraví nebo vývoj dítěte je významně negativně ovlivněno nebo bez adekvátní intervence ovlivněno být může.

Přestože se jedná o právní definici a mohli bychom tedy říct, že je to vymezení formulačně exaktní a obecně platné, mnozí autoři upozorňují, že v běžné praxi systému ochrany dětí se pojmu „ohrožené dítě“ a „dítě v nouzi“ užívá spíše intuitivně a bez standardizovaného postupu hodnocení ohrožení dítěte se jedná o pouhou prázdnou formulaci bez hmatatelného klinického využití (47). Absolutní většinu dětí, které jsou nahlášený do systému sociálně-právní ochrany dětí, tvoří děti týrané, zneužívané nebo zanedbávané (dalšími případy jsou otázky kolizního zastupování dětí v průběhu rozvodového řízení, majetkových či jiných občanskoprávních sporů apod.). V roce 2009 v USA bylo zanedbáváno 78,3 % dětí nahlášených do systému sociálně-právní ochrany dětí, 17,8 % oznámených dětí bylo fyzicky týráno, 9,5 % bylo sexuálně zneužito, 7,6 % dětí bylo psychicky týráno a u 2,4 % dětí došlo k zanedbání zdravotní péče“ (48). Obdobné informace uvádí i vládní statistické ročenky Austrálie pro období 2008–2009. Ve sledovaném období bylo v systému sociálně-právní ochrany dětí evidováno 39 % emocionálně týraných dětí, 29 % dětí zanedbávaných, 22 % fyzicky týraných dětí a 10 % sexuálně zneužívaných dětí (49). Rozdíly mezi počty ohrožených dětí uváděnými oficiálními statistikami a komunitními studiemi se objevují v kategoriích týraných a sexuálně zneužitých dětí, zatímco prevalence zanedbávaných dětí je stabilní (50). Roční výkazy MPSV ČR ukazuje tabulka 1.2.

Tab. 1.2 Roční výkazy MPSV ČR (51, 52)

Forma ohrožení dětí evidovaných v systému	2009	2010
fyzické týrání	13,35 %	11,6 %
psychické týrání	2 %	14,27 %
sexuální zneužívání (včetně komerčního zneužívání)	18,75 %	14,23 %
zanedbávání	55,3 %	62,89 %
Celkový počet evidovaných dětí	4,447	5,787

Interpretace těchto dat je velmi komplikovaná, protože samotné Výkazy neobsahují metodiku identifikace jednotlivých forem ohrožení ani způsob vedení evidence těchto dat. Rovněž tak nelze bez podrobnější analýzy vstupních dat komentovat nárůst celkového počtu evidovaných dětí o více než 30 % v období 2009/2010. Z uvedených údajů je však patrné, že výrazně největší skupinu ohrožených dětí tvoří děti zanedbávané. Vzhledem k výrazné stigmatizaci dětí i rodin v případech používání pojmů jako „týrání“, „zneužívání“, „agresor“ či „obět“ se v zahraničí od těchto pojmů ustupuje a je nahrazován významově neutrálnějším pojmem „maltreatment“, který můžeme do češtiny přeložit jako „špatné zacházení“ (53).

1.3 Shrnutí

Historie zájmu o ochranu dětí byla poznamenána několika zlomovými téaty:

- respekt k ochraně soukromí většinových rodin – kde jsou hranice možné intervence státu do rodinných systémů,
- soustředění pozornosti na chudé rodiny a sociálně handicapované rodiny – rodiny sociálně a ekonomicky stabilní se stávají předmětem zájmu OSPOD méně často, přestože i jejich péče o děti nemusí být odpovídající,
- odebrání ohrožených dětí z péče rodičů a způsob trvalého řešení situace těchto dětí.

Postupně se však jako zásadní problém ukázal především poslední bod, jednoduché a automatické řešení spočívající v odebrání dětí se postupně ukázalo nejen jako nefunkční, ale rovněž jako traumatizující. Postupně se ukázalo, že i nevhodně zvolená intervenční strategie může mít obdobně katastrofální následky jako původní špatné zacházení s dítětem. I když jsou děti odebrány z prokazatelně nefunkčního prostředí a o samotném odebrání nejsou sebemenší pochyby (z pohledu procesního i faktického), jako naprosto klíčové se jeví především následující intervence státu – tedy do jakého prostředí je dítě umístěno, zda toto prostředí zajišťuje všechny potřeby dítěte včetně potřeb emocionálních, a nakolik je stabilní z pohledu dlouhodobého vývoje dítěte. V této souvislosti je zejména upozorňováno na fakt, že děti se mohou stát v prostředí náhradního výchovného prostředí obětí týrání, zneužívání a zanedbávání, aniž by jim bylo možné pak účinně pomoci, a rovněž tak je zdůrazňován negativní vliv citové deprivace.

Bez jasných pravidel a standardizovaných a objektivních metod posuzování hlášení o ohrožení dítěte pak přetrvává nebezpečí, že některé případy ohrožení dítěte sociální pracovníci vůbec nebudou řešit (sexuální zneužívání) nebo jejich řešení bude mít silně subjektivně emocionální podtext související s osobností konkrétního sociálního pracovníka (týká se zejména různých forem zanedbávání, jako například „nedostatek dohledu“ nebo „chaotický životní styl“). Ohrožení dětí ze zdánlivě funkčních a sociálně integrovaných rodin je stále skryté a tabuizované. Ohrožení dětí je problém, který byl společností uznán, ale rozhodně nevyřešen (54).

2 Sociálně-právní ochrana dětí v systému veřejné správy

V této kapitole se budeme věnovat organizaci sociálně-právní ochrany, a to jak na úrovni organizace a řízení této činnosti, tak přímého výkonu případové práce konkrétními sociálními pracovníky. Vymezíme roli a vzájemný vztah státní správy a samosprávy v systému ochrany dětí, principy, kterými se řídí moderní a funkční systémy ochrany dětí. Dále se pak budeme věnovat definování pojmu moc, pravomoc, kontrola, pomoc a podpora, a to na úrovni teoretické, tak jejich praktickému uplatnění v každodenním výkonu ochrany dětí. Závěr kapitoly věnujeme nejčastějším etickým konfliktům, kterým čelí pracovníci/e při výkonu sociálně-právní ochrany dětí.

2.1 Sociálně-právní ochrana dětí v systému státní správy a samosprávy

Moderní sociálně-právní ochranu dětí můžeme charakterizovat jako centrálně garantovanou, ale lokálně provozovanou. Tato charakteristika znamená, že ochrana dětí je ve všech moderních systémech již od počátku 20. století garantována státem prostřednictvím státní správy, ale přímo realizovaná konkrétními sociálními pracovníky na místní úrovni (přenesená působnost státní správy na samosprávu). Centralizace řízení ochrany dětí zajišťuje rovný přístup všem dětem v nouzi, je zárukou, že hodnocení situace dítěte (rodiny) i následná intervence bude realizována standardně, objektivně a transparentně a umožňuje externí analýzu a kontrolu zvolených postupů i přenos příkladů dobré praxe, případně modifikaci legislativy na základě praxe. Zároveň je však nezbytné, aby konkrétní výkon ochrany dětí probíhal na lokální úrovni, se znalostí dítěte, rodiny, komunity i širších sociálních souvislostí daného regionu, s možností pravidelného a intenzivního kontaktu s klienty a návaznými sociálními službami (55). Sociální pracovník SPOD zastává klíčovou roli při hodnocení ohrožení dítěte a stanovení intervenčních strategií, ale není jediný, kdo nese odpovědnost za ochranu dětí. Odpovědnost totiž nesou především rodiče, všichni odborníci, kteří s dětmi pracují v rámci výkonu své profese, ale rovněž tak veřejnost (56, 57).

Veřejný systém ochrany dětí je odpovědný za:

- detekci ohrožených dětí, včetně přijímání a zpracování informací od veřejnosti o možném týrání, zneužívání nebo zanedbávání,
- pomoc rodinám při řešení problémů, které mohou vyústit z týrání nebo zanedbávání,
- zajištění bezpečí pro ohrožené děti,
- předcházení rozdělování rodin, zejména odebrání dětí z péče rodičů,
- podporu a intervenci ve prospěch návratu dětí do původních rodin, pokud byly odděleny,
- zajištění kvalitní a stabilní péče pro děti, které nemohou být ve své původní rodině (58).

Ohrožení dítěte je obvykle důsledkem selhání jedné nebo více funkcí rodiny ve vztahu k dítěti. Nejčastějším důvodem bývá částečná nebo úplná absence základních rodičovských schopností a dovedností, špatná sociální situace rodiny, která rodičům neumožňuje poskytnout vhodnou péči odpovídající potřebám zdravého vývoje dítěte a fyzické nebo psychické problémy rodičů. Ať už jsou důvody jakékoliv, dítě se ocitá ve stavu ohrožení od osob nejbližších a pomoc, kterou potřebuje, musí přijít zvenčí. Vzhledem k tomu, že problematika syndromu CAN zasahuje mnohé obory (sociální práci, medicínu, psychologii, psychiatrii, speciální pedagogiku, právní disciplíny a mnohé další), zaměříme se na úlohu sociální práce a na typy intervence, které je možné rodinám zanedbávající děti nabídnout. Je potřeba vždy zohledňovat, že případy ohrožení dětí, které vyžadují okamžitou a razantní intervenci státu v jejich prospěch, jsou spíše výjimečné. Většina dětí, které jsou zaevidovány v systému ochrany dětí, jsou děti, o jejichž setrvání v původní rodině není pochyb, ale zároveň je zjevné, že je naprosto nezbytné jejich rodině poskytnou účinnou pomoc a podporu.

Stát je v těchto systémech zodpovědný za:

- právní podmínky sociálně-právní ochrany (tvorba příslušné legislativy, implementace mezinárodních dokumentů a smluv, vyhodnocování, případně novelizace související legislativy v souvislosti s poznatky z praxe nebo jako reakce na judikaturu Nejvyššího nebo Ústavního soudu apod.),
- organizaci sociálně-právní ochrany nejen v rámci státní správy, ale i v oblasti organizace soudní moci (Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí, opatrovnické senáty soudů, soudnictví ve věcech mládeže apod.),

- koordinaci a metodické vedení výkonu sociálně-právní ochrany – garance odbornosti výkonu sociálně-právní ochrany prostřednictvím celoživotního vzdělávání, vydávání metodických doporučení, prosazování systémových opatření nadregionálního charakteru (OM/NOM případy, standardy SPO, systém včasné intervence, pravidla pro registrace pověřených osob apod.),
- financování systému – úhrada sociálně-právní ochrany provozované v rámci veřejné správy, ale i pro pověřené organizace a návazné sociální služby,
- kontrolní činnost.

Samospráva (v přímé i přenesené působnosti) je v těchto systémech zodpovědná za:

- výkon sociálně-právní ochrany vůči konkrétním dětem, žijících v oblasti jejich pravomocí (povinnosti dle zákona o SPO),
- vytváření multidisciplinární sítě odborných i dobrovolnických služeb ochrany dítěte a podpory rodiny (komise sociálně-právní ochrany dětí, síťování sociálních služeb, dotační programy podpory sociálních služeb),
- monitoring a analýzu rizikových faktorů ohrožení v oblasti jejich pravomocí a vytváření prevenčních programů a opatření ochrany dětí a podpory rodiny (zařízení péče o předškolní děti, volnočasové aktivity a jiné prorodinné aktivity, dopravní a finanční dostupnost uvedených opatření),
- vytváření a financování komunitního plánu v oblasti sociálních služeb a podpory rodiny (materiální a finanční podpora sociálních služeb, jejich síťování, vytváření komunikačních strategií mezi jednotlivými subjekty, informovanost veřejnosti, transparentnost jejich působení apod.).

Jak již bylo řečeno, ochrana dětí, případně sociálně-právní ochrana dětí, je historicky základním parametrem moderní funkční rodinné, pothažmo sociální politiky. Většina z nás a také naprostá většina laiků je schopna intuitivně určit, co je a co není správné v péči o děti, rovněž tak umíme vnitřně rozhodnout, co lze považovat za týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Na těchto dojmech však nelze založit profesionální poskytování sociálně-právní ochrany dětí. Vzhledem k tomu, že ohrožení dětí je multifaktoriální jev, je i k jeho řešení potřeba multidisciplinární spolupráce a kombinace formálních i neformálních prostředků, které se zaměřují na dílčí příčiny zanedbávání (59). Poskytované služby a inter-

vence by se měly zaměřit na minimalizaci zjištěných rizikových faktorů péče o dítě, prostřednictvím posilování silných stránek dítěte a rodiny (60).

2.2 Obecné nástroje ochrany dětí

Nevhodná/nedostatečná péče o děti je velice často projevem širších a závažnějších sociálních problémů rodin, zejména pak špatných socioekonomických podmínek, část pomoci rodinám proto spadá samozřejmě do poskytování sociální pomoci (finanční i hmotné), prevenci chudoby a sociálnímu vyloučení. V našich podmínkách se jedná o celý soubor dávek státní sociální podpory, hmotné nouze a sociální péče, dále pak nemocenského a důchodového zabezpečení a dávek poskytovaných nezaměstnaným. Dalším nástrojem pro pomoc rodinám v ekonomicky obtížné situaci jsou následující oblasti sociální politiky realizované státní správou i samosprávou. Jsou to především rodinná politika, politika zaměstnanosti, bytová politika, péče o zdraví a vzdělání, prevence kriminality, podpora volnočasových aktivit dětí a vytváření podmínek pro existenci poskytovatelů sociálních služeb, jako jsou azylové domy, krizová centra, služby sociální intervence, nízkoprahová centra apod. (61).

2.3 Specifické nástroje ochrany dětí

Pro trvalé řešení problematiky ohrožených dětí musíme využívat komplexní sociálně intervenční programy kombinující různé terapeutické postupy a přístupy. Izolované a nahodilé zásahy v rodinách se jeví z dlouhodobého hlediska jako neefektivní (62, 63). Veřejné systémy ochrany dětí by měly být postaveny na následujících principech (64, 65).

Systematizace procesu ochrany dětí

Proces ochrany dětí musí být transparentní, efektivní a systematický. Diagnostika ohrožených dětí musí vycházet z komplexního hodnocení situace dítěte, jeho rodiny i komunity. Hodnocení probíhá s využitím standardizovaného a zdokumentovaného postupu a slouží k vytvoření plánu ochrany dítěte a intervenční strategie, nikoliv k trestání rodiny. Proces intervence a jeho výstupy jsou pravidelně vyhodnocovány a podrobovány kritické analýze. Měřítkem efektivity intervence jsou kvalitativní ukazatele prokazatelného snížení ohrožení dítěte, zlepšení jeho

životních podmínek a zvýšení kompetence rodičů, nikoliv kvantitativní kritéria četností a délky konzultací. Případy ohrožených dětí jsou evidovány, statisticky zpracovány a podrobovány analýze, která může přispět k zlepšení nebo inovaci procesu ochrany dětí, případně přenosu příkladů dobré praxe.

Komunitní přístup k diagnostice a intervenci

Diagnostika a intervence ohrožených dětí je postavena na komunitním principu, tzn., že maximum dílčích aktivit probíhá v místě, kde dítě žije, s využitím místně dostupných formálních i neformálních zdrojů. Přednostně jsou využívány služby terénního a ambulantního charakteru před institucionalizovanými službami. Služby respektují kulturní specifika každé rodiny a využívají silných stránek těchto kultur (např. úcta ke stáří a zapojování prarodičů do péče o děti apod.). K podpoře rodiny se využívají i komunitní formy pomoci, které se nezaměřují pouze na péči o děti, např. rekvalifikaci pro rodiče, veřejně prospěšné práce, komunitní bydlení apod.

Intervence se zaměřuje na dítě i jeho rodiče

Psychosociální služby jsou poskytovány komplexně a zaměřují se jak na samotné děti, tak jejich rodiče. Je-li v rodině více sourozenců, je potřeba identifikovat potřeby každého dítěte zvlášť, a rovněž tak intervenci vůči dětem je potřeba individualizovat. Služby poskytované dětem směřují především k zmírnění nežádoucích projevů předchozí nedostatečné péče, terapii traumatických následků předchozí péče (např. úzkostné poruchy spojené se zážitky opuštění rodiči apod.) a rozvoji jejich dovedností a schopností. Služby zaměřené na rodiče směřují především k posílení rodičovských kompetencí, zvládnutí stresových a krizových situací, zmírňování sociální izolace a zlepšování postavení rodiny v komunitě a společnosti.

Princip multidisciplinární spolupráce

Diagnostika i intervence v případech ohrožení dětí je postavena na principu multidisciplinární spolupráce. Tento přístup není uplatňován pouze formálně, ale je zásadním a dynamizujícím prvkem celého procesu ochrany dětí. Multidisciplinarita zajišťuje komplexní zhodnocení situace dítěte, rodiny i komunity, určení aktuálního stavu dítěte a jeho potřeb, stanovení reálných cílů a jejich následné vyhodnocení. Multidisciplinární spolupráce

rovněž umožňuje odpovědné a kvalifikované posouzení obtížných nebo nejednoznačných případů ohrožení dětí, kdy pouze globální posouzení celé situace může určit míru nebezpečnosti pro dítěte i formu intervence.

Profesionalita poskytovaných služeb

Má-li být systém ochrany dětí efektivní a flexibilní, je jeho nezbytnou součástí pravidelné a systematické vzdělávání nejen všech zainteresovaných odborníků, ale i dobrovolníků a dalších participujících subjektů. Ohrožení dětí je velmi variabilní jev, jehož formy, podoby i důsledky výrazně zrcadlí sociální, ekonomické i kulturní podmínky dané společností. Je potřeba, aby i systém ochrany dětí byl schopen tyto vlivy reflektovat a přizpůsobovat těmto změnám své metody práce. Vzdělávání by rovněž mělo být zaměřeno na systémová opatření a konkrétní postupy umožňující a usnadňující multidisciplinární spolupráci. Nedílnou součástí zajištění profesionality jsou pravidelné a odborně vedené supervize, koučing a mentoring.

Gardner (66) uvádí následující znaky dobré praxe SPO:

- včas reagovat na všechny projevy ohrožení dítěte,
- vnímat zkušenosti související s nevhodnou/nedostatečnou péčí o dítě z jeho perspektivy a se zohledněním jeho potřeb,
- prioritní otázkou výkonu SPO je zajištění adekvátní péče o dítě,
- do procesu intervence se kromě odborníků musí zapojit celá rodina, včetně členů širší rodiny,
- rodičům je potřeba velmi jasně definovat míru jejich zodpovědnosti za zdraví, vývoj a život dítěte,
- intervenci není možné poskytovat bez komplexního posouzení zdravotního stavu a vývoje dítěte,
- intervenční postupy musí být systematizované a členěné do jednotlivých, krátkodobých a reálných cílů,
- v průběhu intervence je nezbytné průběžně sledovat a pojmenovávat i drobné dosažené změny, včetně zohlednění názorů dětí a členů rodiny,
- vedení kvalitní a pravidelně aktualizované záznamy o průběhu intervence,
- kvalitní praxe by se měla vyvarovat předsudkům a stereotypům.

V systémech ochrany dětí jsou stále nejvíce diskutovány následující otázky (67):

- jakým způsobem distribuovat finanční zdroje ve prospěch ohrožených dětí – zda spíše do prevence nebo do následné péče,
- zaměřit preventivní programy na jednotlivce nebo rodiny, případně širší sociální prostředí,

- vytvářeny univerzální nebo cílené preventivní programy,
- jakým způsobem v poskytovaných službách reflektovat kulturní odlišnosti a specifika klientů.

V této publikaci nezmiňujeme ani roli a způsob práce neziskových organizací, organizací a osob pověřených k výkonu sociálně-právní ochrany dětí, ani subjektů z oblasti školství a spravedlnosti, protože vysoce přesahují možnosti a rozsah tohoto materiálu.

2.4 Etické konflikty

Sociální pracovníci OSPOD jsou v přímém kontaktu s klienty vystaveni základnímu etickému i profesnímu dilematu, a to, zda je hlavním smyslem jejich práce podpora a ochrana rodiny (dítěte) nebo sociální kontrola. Nastavení těchto hranic vychází nejen ze samotné legislativy, ale i teoreticko-filozofického nastavení sociální politiky státu, tzn., nakolik je pojetí sociální politiky paternalistické nebo naopak individualistické. Toto vymezení odráží společenské představy o tom, zda veřejnost vnímá intervenci státu do integrity rodiny (dítěte) jako oprávněnou i v případech, kdy se rodiny liší ve svém životním stylu od většiny sdílených sociálních norem, např. odmítání dětského očkování, domácí porody, domácí vzdělávání, odlišné stravovací návyky, příslušnost k menšinovým náboženským skupinám apod. A také, zda platí obecné očekávání, že se stát postará o ohrožené lidi (děti) v nouzi, a případně jak intenzivní takový zásah může být (68).

Sociální práce jako společenský obor se od počátku své existence pohybuje mezi dvěma vyhraněnými póly kontroly a ochrany, přičemž mezní hranici nikdy nelze jednoznačně stanovit. Jedná se o jednu z eticky neproblematičtějších oblastí sociální práce, zejména v kontaktu s osobami v obtížné sociální situaci nebo osobami, které jsou závislé na sociální pomoci, ať už se jedná o závislost faktickou (imobilní osoba ve vztahu k osobnímu asistentovi) nebo formální (úředník rozhodující o výchovném opatření u dítěte nebo rodiče). Tento vztah je charakteristický rizikem zneužití kontroly (moci) pomáhajícího nad svými klienty a toto riziko je tím vyšší, čím vyšší je závislost klienta na pomáhajícím. DePanfilis definuje tři typy autority (moci), kterou disponuje OSPOD, a to: 1. jako orgán veřejné správy nadaný právy a povinnostmi vyplývajícími ze zákona, 2. jako expertní orgán disponující odborníky v oblasti ochrany dětí, 3. osobní autoritou každého sociálního pracovníka, vycházející z jeho osob-

nosti, odbornosti a životních i profesních zkušeností. Je v této souvislosti potřeba oddělit moc a pravomoc, přestože jsou někdy používány jako synonyma. Moc znamená kontrolovat chování nebo život ostatních, ať už přímo nebo nepřímou, zatímco pravomoc je odvozena od zákonného práva (někdy i povinnosti) rozhodovat o příslušných otázkách – objektivně, transparentně a na základě podložených informací (69).

Schéma 2.1 představuje zjednodušený model distribuce kontroly a podpory v systému sociálně-právní ochrany dětí. Lze ho považovat za teoretický model pracující s absolutními hodnotami, které v kategorii KONTROLA reprezentuje policie, zatímco v kategorii PODPORA je představována profesí psychoterapeuta. Práce OSPOD se pak nachází uprostřed této škály a při výkonu ochrany dětí kombinuje prvky kontroly a podpory (dle fáze spolupráce s rodinou, míry ohrožení dítěte, formální role OSPOD – úřední nebo soudní dohled). Pro ilustraci tohoto modelu lze do schématu zanést ještě další oblasti výkonu sociální práce (Probační a mediální služba – PMS, pověřené osoby SPO), kdy PMS je ještě více než OSPOD inklinuje k provádění kontroly, zatímco pověřené osoby SPO se na této ose pohybují více v kategorii podpory.

Tab. 2.1 *Rozdíly v užívaných metodách práce*

Policie	Sociální práce	Psychoterapie
Vyšetřuje.	Získává informace potřebné k pomoci.	Zajímá se o vztahy.
Shromažďuje důkazy.	Zajímá se o vztahy, souvislosti a příčiny.	Zajímá se o komunikaci.
Dokumentuje.	Zajímá se o vývoj situace.	Pomáhá realizovat řešení.
Předává informace dalším.	Nabízí a hledá řešení.	Léčí.
Vyslýchá – komunikace je direktivní.	Zplnomocňuje k řešení.	Provází.
Zákonem pověřena.	Někdy pověřena, někdy vyžádána.	Na žádost klienta.

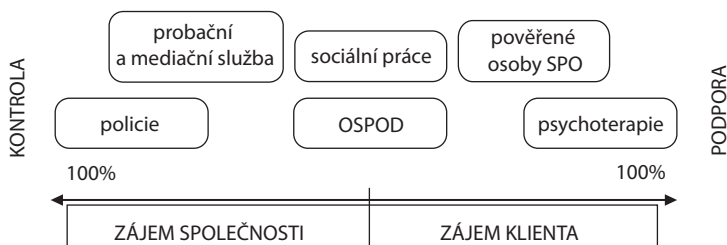


Schéma 2.1 Vymezení pojmů KONTROLA a PODPORA v sociální práci

Vzhledem k tomu, že kontrola má v systému SPOD nezastupitelné místo, je v zájmu ochrany před jejím zneužitím potřeba, aby vždy byla prováděna:

- jen legitimním způsobem (legislativa upravuje, jakým způsobem může být prováděna kontrola dětí v nouzi a jejich rodin),
- pouze v odůvodněných případech (kontrola nemůže nahrazovat systematickou sociální práci s rodinou nebo se stát nástrojem státní šikany),
- v rozsahu odpovídajícím potřebám ochrany dítěte (např. jinak bude sociální pracovník postupovat u nesporného rozvodu a úprav poměrů k dětem po rozvodu bez jakýchkoliv známek ohrožení dítěte a jinak v případech hlášených závažných forem fyzického týrání dětí),
- se zachováním lidské důstojnosti (i v případě, že je potřeba zkontrolovat fyzický stav dítěte, místo, kde dítě žije apod. – sociální pracovník by měl postupovat taktně, respektovat intimitu a stud dětíských i dospělých klientů),
- se zachováním ochrany osobních údajů (získaná data mohou být používána výhradně pro potřeby ochrany dětí a i v rámci jednoho pracoviště by s nimi mělo být nakládáno důvěrně a s taktem),
- transparentně a přezkoumatelně (výsledky kontrolní činnosti musí být zaznamenány tak, aby mohly být v případě dalšího zkoumání nebo stížnosti rodiny přezkoumány a zpětně hodnoceny).

Kromě dodržování výše uvedených pravidel je nezbytné pravidelné a systematické reflektování zacházení s vlastní mocí a bezmocí klientů, ať už formou intervize, supervize nebo externího auditu postupu SPOD. Zároveň je potřeba zohledňovat, že konflikt mezi snahou pomoci klientům a nutností je kontrolovat je nedílnou součástí sociální práce. Nej-

výrazněji se tento konflikt projevuje v situacích, kdy má SP dojem, že si klient za svou situaci může sám, že se dostatečně nepodílí na řešení své situace, že nevhodná/nedostatečná péče o děti vyplývá z nezájmu o jejich potřeby nebo je projevem nepřátelství vůči dítěti. V této souvislosti je potřeba zmínit především častou subjektivitu nebo emocionálnost těchto postojů, které mohou pramenit z nezpracovaných předsudků SP, ale i jejich přetíženi, vyhořelosti nebo nedostupnosti následných sociálních služeb, kterou SP pocítuje jako bezmoc při řešení situace dítěte (70).

Při samotném výkonu SPO často řeší SP následující etická dilemata:

- Kdy a na základě jakých faktorů upřednostnit v zájmu dítěte „šetrný“ a kdy „razantní“ zásah do rodinného prostředí?
- Je vždy celistvost rodiny v nejlepším zájmu dítěte?
- Je lepší v kontaktu s klienty zohledňovat spíše podpůrný a ochranný přístup k rodině, nebo trvat na kriminalizaci nevhodného chování rodičů?
- V samotném procesu ochrany dítěte má být větší důraz kladen na policejní vyšetřování nebo na hodnocení potřeb dítěte a jeho léčbu?
- Existuje jednotný koncept ohrožení dětí nebo je mnoho různých forem, z nichž každá má své příčiny, projevy a důsledky?
- Jakým způsobem může případné trestní stíhání rodičů ovlivnit proces ochrany dítěte?
- Je lepší zaměřit se na dítě nebo rodiče (v případech domácího násilí na oběť nebo agresora)?
- Je lepší nahlížet na dítě jako na „ohrožené“ nebo se snažit přesně definovat konkrétní formu ohrožení (71)?

Výše uvedené charakteristiky je potřeba vnímat jako skutečná etická dilemata, tzn., nejedná se o zpochybnění právních norem (např. ohlašovací povinnosti), ale uvědomění si, že každá situace klientů má nejen právní souvislosti, ale i konsekvence etické a ty musí SP při své práci také respektovat. V této souvislosti je zmiňována především potřeba pravidelné reflexe etických konfliktů a vytvoření systematických postupů (standardy, metodické pokyny, pravidelné vzdělávání, supervize, mentoring), které mají eticky sporné situace analyzovat a řešit.

2.5 Shrnutí

Většina států v současnosti směřuje sociálně-právní ochranu spíše k podpůrným a ochranným aktivitám, s tím, že kontrolní, případně represivní činnost přenechává v pravomoci občanskoprávního nebo trestněprávního soudního systému, který však řeší jen nejzávažnější projevy ohrožení dítěte. Tento posun lze sledovat, jak ve změně odborné terminologie (např. pojem „children at risk“ – „dítě v ohrožení“ za pojem „child in need“ – „dítě v nouzi“), tak procedurálních postupů i transformaci vztahů mezi rodinou a pracovníky SPOD (72). Změna tohoto paradigmatu představuje výrazný posun i ve smyslu případné stigmatizace rodiny, kdy v původním systému byla evidence na SPOD vnímána jako něco zahanbujícího, což rodinu mohlo výrazným způsobem odrazovat od aktivní spolupráce se SP, a dnes naopak otevírá možnosti pozitivní definice spolupráce na základě snahy pomoci rodině, zlepšit její sociální situaci a využít její potenciál (73). Tyto změny v praxi SPOD kladou důraz na intenzivnější práci s rodinou (všemi členy včetně dětí), větší zapojování dětí i rodičů jak do hodnocení potřeb a stanovování plánů jejich naplnění, tak do průběžného vyhodnocování pokroků intervenčního procesu. Norsko prošlo tímto typem systémových změn na přelomu tisíciletí, ze zkušeností tamních odborníků vyplývá (74), že mezi nejčastější bariéry transformace systému ochrany dětí v systém podpory rodiny, patří:

- nedostatek komunikačních dovedností pro intenzivní práci s dětmi
SP mají často z důvodů nezkušenosti obavy z vedení hlubších rozhovorů s dětmi zejména předškolního věku, bez patřičného vedení nebo odborné průpravy pro ně může být obtížné zorientovat se ve vyjádřeních dětí, která mohou být chaotická a ambivalentní. Dále pro ně může být nepříjemné až traumatizující hovořit s dětmi o bolestivých a krutých zkušenostech a situacích. A v neposlední řadě často SP nemají dostatek času ani vhodného prostoru pro tento typ práce.
- obtíže při navazování vztahu s klienty (dětmi a dospělými)
Většina klientů, kteří jsou zaregistrováni do systému ochrany dětí, se nacházejí v obtížné sociální situaci, která je stresuje, vyvolává v nich pocity bezmoci, beznaděje, někdy i agresivity. Intervenci SP mohou vnímat jako nežádoucí a ohrožující, mohou prožívat pocity studu, strachu z budoucnosti i samotné osoby sociálního pracovníka. Mohou mít obavy, že upozorní-li na vlastní nedostatky nebo pochyby, budou SP potrestáni (v krajním případě jim dokonce budou odebrány děti).

- časový tlak a pracovní přetížení při řešení závažných případů ohrožení dětí

V podstatě všechny systémy SPOD ve světě se potýkají s nedostatkem času a lidských zdrojů pro řešení situace dětí v nouzi. Vzhledem k tomu, že systémy jsou dlouhodobě přetíženy a často nejsou ani finanční ani lidské zdroje k navýšení jejich kapacity, standardizují se postupy při určení míry ohrožení dítěte. Na základě určení rizik jsou pak stanoveny intervenční postupy, jejichž intenzita, frekvence i délka odpovídá individuálně určeným potřebám dítěte a jeho rodiny.

3 Case management v sociálně-právní ochraně dětí

V této kapitole se budeme věnovat modelu práce s klienty, který se nazývá CASE MANAGEMENT. Představíme definici case managementu, jeho využití v systému ochrany dětí a činnosti, které jsou v rámci této formy práce klientům poskytovány. Nedílnou součástí case managementu je i systémové nastavení vedení a práce se spisovou dokumentací. Závěr kapitoly věnujeme teoretickému vymezení případových konferencí (case conference).

3.1 Definice case managementu

Case management je pojmenování expertního přístupu v sociální práci nebo v poskytování sociálních či zdravotních služeb, do českého jazyka bychom jej mohli přeložit jako „vedení případu“, ačkoliv se toto spojení nepoužívá. Case management se používá při řešení životních nebo sociálních situacích, které mají multikauzální příčiny a do jejichž úspěšného zvládnutí je potřeba aktivně a intenzivně zapojit klienta a multidisciplinární tým – např. v rámci sociální rehabilitace póurazových stavů, při řešení problematiky drogových a alkoholových závislostí a v sociálně-právní ochraně dětí.

Jedná se o model práce s klienty, ve kterém SP (klíčový pracovník) koordinuje služby poskytované klientům, s tím, že do všech fází tohoto procesu je aktivně zapojen sám klient. Je-li klientem rodina, jsou do spolupráce zapojeny i děti, samozřejmě v závislosti na jejich věku, způsobilosti a komunikačních možnostech. Poskytování služeb je realizováno na základě společného posouzení potřeb klienta, z tohoto pak vyplývá vytvoření intervenčního plánu – tzn., co je potřeba změnit, jaké jsou priority těchto změn, jaký je cíl těchto změn, jak bude hodnoceno dosažení změn a jaké zdroje mohou být využity k jejich naplnění. Smyslem intervenčního plánu je především zpřehlednit situaci klienta, stanovit příčiny aktuální obtížné situace a hledat možnosti, jak ji změnit. Společně vytvořený, podrobný a strukturovaný intervenční plán umožňuje, aby klient rozuměl jejich smyslu i tomu, jak ho naplnit, aby cíle i způsoby jejich dosahování byly reálné, aby na sebe logicky navazovaly, aby motivovaly klienta ke změně, aby klient nebyl požadavky přehlcn a aby dosažené

změny byly měřitelné. Hlavním cílem case managementu je aktivizace klienta a jeho zplnomocňování k řešení své životní situace. Tento přístup předpokládá, že člověk „má komplexní a různorodé potřeby a k jejich naplnění vede více cest, které potřebuje s podporou a vedením odborníka nalézt. Proto je potřeba poskytování služeb koordinovat, ale zároveň individualizovat. Vedení případu pak spočívá v uspořádání poskytovaných služeb tak, aby se v maximální možné míře využila jejich efektivita, ale zároveň nedošlo k jejich dublování nebo přetížení klienta. V oblasti sociálně-právní ochrany dětí je zcela zásadní, aby všechny aktivity směřovaly k ochraně dítěte, k naplnění všech jeho potřeb, s důrazem na potřeby emocionální a sociální, a k podpoře stabilního a funkčního prostředí, ve kterém bude dítě vyrůstat“ (75).

Specifikem case managementu v sociální práci je, že klíčový SP nepracuje jen s klienty samotnými, ale i s jeho sociálním prostředím. Tzn., že k intervenci dochází nejen na straně klienta, ale i na systémové úrovni (např. ve škole, kterou dítě navštěvuje, v rámci sociálních služeb, které klient využívá, v komunitě, kde rodina žije, apod.). Proto je navýsost důležitým aspektem tohoto přístupu schopnost navázat, rozvíjet a udržet pracovní vztah s klientem (76). Pracovní vztah je v tomto kontextu vnímán jako vztah mezi klientem a pomáhajícím, který může klientům pomoc k žádoucí změně.

Přístup case managementu také představuje důležitý prvek v zefektivnění celého systému poskytování sociálně-právní ochrany dětí, v možnostech využívání příkladů dobré praxe a v přehodnocování využívaných systémových opatření. Centrálním efektem case managementu je koordinace a sladění sociálních a zdravotních služeb, které by bez tohoto sjednocujícího prvku působily roztráštěně, neefektivně a v některých situacích i kontraproduktivně. Jedná se totiž o koncentraci lidských i finančních zdrojů ve prospěch nejvíce ohrožených dětí, namísto toho, aby byl systém přetěžován méně závažnými případy, které si však z nejrůznějších důvodů přitáhnou pozornost (rozvodové případy, do kterých intervnují právní zástupci rodičů, nesamostatní klienti, kteří se „navážou“ na SP a vyžadují jeho zájem, apod.) (77). Naprosto vystihujícím příměrem, popisujícím roli case managementu v systému ochrany dětí, je tvrzení, že case management je „lepídkem, které drží pohromadě systém ochrany dětí a zajišťuje efektivitu a kontinuitu poskytovaných služeb“ (78).

Case management není pouhým byrokratickým používáním standardizovaných postupů SP, ale je založen na skutečném zvnitřnění principů a zásad, ze kterých vychází. Jedná se zejména o následující přesvědčení:

- většina rodičů své děti miluje a chce jim poskytovat nejlepší péči a výchovu,
- většina lidí má kapacitu učit se novým dovednostem a měnit své chování,
- změny je možné dosáhnout prostřednictvím terapeutického vztahu s důvěryhodným profesionálem.

Organizace Save the Children, která se věnuje problematice ochrany dětí ve více jak 63 zemích světa, definuje základní charakteristiky systému ochrany dětí, které využívají princip case managementu následujícím způsobem:

- Služby jsou poskytovány na základě podrobné a objektivní analýzy situace a potřeb klienta.
- Do všech fází procesu je aktivně zapojován klient a jeho nejbližší.
- Intervenční proces se skládá z následujících fází: hodnocení, plánování, poskytování služeb, monitorování a vyhodnocení.
- Intervenční proces je realizován vždy na základě transparentních a systémových postupů, které zároveň přesně definují odpovědnost a kompetence všech zúčastněných.
- Case manager může v průběhu fáze „poskytování služeb“ pracovat s rodinou přímo (přímé setkávání s rodinou a pracovníky poskytujícími služby, návštěvy v rodině, vedení motivačních rozhovorů apod.) nebo nepřímou formou prostřednictvím nasmlouvaných sociálních služeb (79).

Proces case managementu:

- screening,
- hodnocení rizik (diagnostika obtíží),
- plánování péče,
- poskytování služeb,
- monitorování poskytovaných služeb,
- hodnocení,
- ochrana zájmů klienta.

Příklady odborných povinností case managera:

- Vyhledává odborníky, kteří se mohou spolupodílet na hodnocení situace klienta.
- Osobně provádí hodnocení situace klienta prostřednictvím rozhovorů se samotným klientem, jeho rodinnými příslušníky i ostatními profesionály.
- Identifikuje a zajišťuje další odborné hodnocení v případě specifických

potřeb klienta (např. pokud klient potřebuje tlumočení, anebo vzhledem k věku nebo komunikačním schopnostem nemůže vést hodnocení sám sociální pracovník).

- Kompletuje informace od všech spolupracujících subjektů, aby bylo možné dokončit hodnocení potřeb klienta.
- Na základě komplexního hodnocení vyvíjí individuální plán podpory (ochrany) klienta.
- Zajišťuje a prozkoumává všechny dostupné zdroje.
- Pomáhá všem zúčastněným porozumět a podporovat intervenční plán.
- Hodnotí správnost a účinnost dohodnuté služby.
- Slouží jako kontaktní osoba pro komunikaci všech zainteresovaných osob.
- Vyhodnocuje pokroky v realizaci intervenčního plánu.
- Poskytuje krizovou intervenci v případě, kdy se může klient dostat do mimořádné situace.

3.2 Case management v ochraně dětí

Hlavním nástrojem case managementu je systematická případová práce s klientem. Jejím minimálním cílem je zastavit sociální propad klienta a maximálním cílem trvalé zlepšení jeho životní situace.

Jedním nejčastějších profesionálních přístupů využívaných ochraně dětí je kombinace **případové sociální práce** a **sociální práce zaměřené na úkol**. Sociální práce zaměřená na úkol vychází z předpokladu, že krátkodobá a jasně zacílená intervence může být stejně užitečná jako dlouhodobá a intenzivní terapeutická práce s klientem, anebo dokonce i užitečnější. Využívá silných stránek klientovy osobnosti a člení problémy, se kterými se klient ve svém životě potýkal, do dílčích a menších těžkostí, které jsou snáze odstranitelné a nepůsobí nezměnitelně a neřešitelně. Během celého procesu by měla být rodina co neaktivnější, **SP by měl navrhnout alternativy**, ze kterých si klienti (pokud to jde) vybírají. Rodiče a děti jsou považováni za nejkompentnější osoby, které jsou způsobilé řešit vlastní problémy. Při vyjednávání s klientem je potřeba, aby SP určil nejen **co možná nejkonkrétněji obsah spolupráce** (úprava bytových poměrů, stabilizace finanční situace rodiny, snížení užívání tělesných trestů apod.), ale rovněž si vyjasnil formu požadované intervence.

V této souvislosti lze uvažovat o čtyřech formách intervenčních strategií:

Návody a poučení – klient očekává, že od SP získá potřebné informace, které mu pomohou orientovat se ve své situaci a umožní mu zvolit jeho vlastní strategii řešení. Klient potřebuje radu sociálního pracovníka, nikoliv jeho aktivitu. Je ve fázi, kdy se řešení situace jeví jako předčasné (např. klientka osloví sociálního pracovníka s žádostí o informaci týkající se průběhu rozvodového řízení – není rozhodnuta se rozvést, ani neočekává od sociálního pracovníka jakoukoliv intervenci, jen pro své rozhodování potřebuje dostatek informací).

Pomoc – klient sděluje SP svou starost a zároveň očekává buď jeho pomoc při jejím řešení, anebo informace o možných variantách a alternativách, které jednotlivá řešení představují (např. klientka je již rozhodnuta podat žádost o rozvod a od SP potřebuje pomoc se sepsáním žádosti, případně zprostředkování této služby).

Doprovázení – klient hledá u SP podporu a spolusdílení obtížné situace, kterou není schopen unést sám. Jedná se o přechodné období potřebné pro psychické přijetí zásadních životních událostí – vážná nemoc, úmrtí, ztráta zaměstnání, trauma, rozvod apod. (např. přestože se klientka rozhodla pro podání návrhu na rozvod, prožívá v jeho průběhu obtížné období a potřebuje, aby s ní někdo sdílel pocity, které v ní rozvod vyvolává).

Terapie – není součástí sociálně-právní ochrany dětí poskytované OSPOD (např. klienti vykazují závažné projevy traumatizace, kterou je potřeba řešit formou terapeutické intervence – SP by měl pomoc zprostředkovat).

3.3 Vedení spisové dokumentace

Důležitým aspektem kvalitní case managementu je vedení spisové dokumentace (není tím myšleno vedení dokumentace ve smyslu zákona o SPOD, ale vedení spisu jako součást a podklad terapeutické práce). Každý pracovník je přímo zodpovědný za ochranu všech údajů o klientovi, které shromáždil a zpracoval ve spisové dokumentaci, kterou o něm vede. Spisová dokumentace by měla být vedena řádně, přehledně a pravidelně. Vedení spisové dokumentace je nedílnou součástí pracovní náplně, každý pracovník by si měl uvědomit, že to, co není zaznamenáno ve spisové dokumentaci, jako by se nestalo. Spisová dokumentace by měla

obsahovat jen údaje nezbytné pro kvalitní poskytování ochrany dětí. V dokumentaci by měl být výrazně odlišen popis situace nebo prostředí od interpretací a dojmů pracovníka, které v těchto situacích prožíval. Při formulování zápisu z konzultace by měl mít pracovník vždy na zřeteli, že veškeré záznamy, které o klientovi vede, má klient právo nejen číst, ale rovněž se k nim vyjadřovat. Spisová dokumentace by měla mít institucionalizovanou podobu, tak aby byla srozumitelná kolegovi, který může z různých důvodů práci s klientem přebírat, aby umožnila kontrolu a vyhodnocování zvolených intervenčních postupů a aby poskytla rychle a efektivně podklady pro statistické zpracování v rámci systému ochrany dětí (tab. 3.1).

Tab. 3.1 Příklady popisu situací a interpretací

Popis	Interpretace
Na kuchyňské lince bylo neumyté nádobí, na stole zbytky potravin pokryté plísní, na podlaze byly neuklizené psí výkaly.	V bytě byl hrozný nepořádek.
Otec sdělil, že „do toho, jak vychovává své dítě, nikomu nic není a práci sociálního pracovníka považuje za zásah do soukromí“.	Otec se choval arogantně a agresivně.
Dítě při příchodu sociálního pracovníka bylo ve svém pokoji, na pokyn rodičů sice přišlo, ale na otázky sociálního pracovníka neodpovídalo. Koukalo se do země, nenavazovalo oční kontakt. Po každé položené otázce se ohlédlo po rodičích.	Dítě nespolupracovalo, protože se bálo rodičů.

Ve spisu by pak měly být uvedeny především popisy, které jsou až na závěr shrnuty a interpretovány na základě odborných kompetencí sociálního pracovníka třeba v podobě shrnutí.

Praktická doporučení pro vedení spisové dokumentace:

- Všechny záznamy jsou pravdivé, řádně datované a podepsané.
- Pokuste se vyhnout gramatickým a dalším chybám (snižují profesionalitu personálu).
- Používejte slovník, který je srozumitelný a obecně akceptovatelný, tak, aby se předešlo nedorozuměním v kontaktu s klienty,

- Zachovávejte maximum objektivitu.
- Pro hodnocení situace dítěte/rodiny v maximální možné míře využijte standardizované nástroje a škály. V případě jejich používání je potřeba vyplnit všechny kolonky (např. nelze hodnotit).
- Je vždy potřeba obzvláště pečlivě dokumentovat konfliktní nebo stresové situace s popisem chování klienta, které může být až následně interpretováno.
- Z dokumentace mají být patrné změny v chování klienta – co a jak se klient učí, jaké činí pokroky, zda se daří naplňovat stanovené cíle a plány.
- Zaznamenávejte i telefonické konzultace případně jednání v zájmu klienta (osobní, telefonické).
- Co není zaznamenáno v dokumentaci, jako by se nestalo.

3.4 Případová konference

Jednou z technik, která je používána v průběhu case managementu, je případová konference. Tato metoda byla postupně rozvíjena v různých zemích a sociálních systémech, až došlo k vydefinování společných základních pravidel a postupů, které je potřeba využívat, aby bylo možné tento způsob práce nazvat „případová konference“ (z anglického „The child protection conference“). Metodické doporučení MPSV charakterizuje případovou konferenci jako „odbornou diskusi zainteresovaných subjektů nad konkrétním případem ohroženého dítěte nebo jeho rodiny; účelem je rychlé a úplné vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny s cílem nalézt optimální řešení. Setkání se uskuteční určení odborníci za účelem řešení konkrétního problému, uskutečňuje se za účasti dítěte a jeho rodiny nebo osob odpovědných za výchovu dítěte“ (80).

V průběhu case managementu se případové konference konají zejména před zahájením hodnocení dítěte/rodiny (za účelem stanovení postupu hodnotícího procesu a okruhu osob, které se ho účastní), po skončení hodnocení dítěte/rodiny (při vytváření individuálního plánu ochrany dítěte), v průběhu realizace individuálního plánu ochrany dětí (za účelem monitorování realizace plánu, redefinici cílů a způsobu jejich dosahování) a při ukončování spolupráce. Přestože se případové konference účastní členové rodiny (je-li to možné a žádoucí, tak i dítě), za vypracování intervenčního plánu zůstávají zodpovědní odborníci (81). Povinnost používat případové konference a úprava jejich procesních pravidel je v současné době zakotvena v právních rádech mnoha států, jedná se

zejména o Children Act 1989 (Velká Británie), Child Care Act 1991 (Irsko), Children, young persons and their families act 1997 (Austrálie), The Children Scotland Act 1995 (Skotsko) apod.

Vzhledem k tomu, že v zahraničí jsou případové konference používány již delší dobu, lze najít řadu vědeckých studií, které se věnují dopadu této metody na systémy ochrany dětí, její efektivitě i rizikům jejího používání. Hodnotit přínos případových konferencí pro zlepšení ochrany ohrožených dětí je komplikované, protože se jedná jen o jednu z technik, které se týkají přístupu k řešení situace dítěte (rodiny), nikoliv o metodu nebo intervenční postup sui generis, který lze srovnávat s jinou metodou. Většina výzkumů využívá sebehodnotících metod, a to jak mezi odborníky, tak i rodinami ohrožených dětí, s tím, že se zaměřuje především na hodnocení kvality vztahu mezi rodinou, sociálním pracovníkem a naopak, dále pak kvalitou spolupráce mezi jednotlivými pomáhajícími profesemi a případnými bariérami, které mohou využití případových konferencí ohrozit. Realizované studie především pozitivně hodnotí změny ve vnímání postavení rodičů v systému sociálně-právní ochrany dětí, a to ve smyslu jejich většího zapojení do procesu změny, zlepšení vztahu mezi pomáhajícími a rodinou a zprůhlednění výměny informací mezi rodinou a odborníky (82–84). Původní obavy některých sociálních pracovníků z většího zapojení rodiny (zejména v případech podezření na násilí na dětech) a ztráty kompetencí, případně zneprůhlednění odpovědnosti, se postupně ukázaly jako zbytečné. Naopak sociální pracovníci v systémech využívajících případové konference působí v rolích skutečných případových manažerů, které jsou pro ostatní pomáhající profese srozumitelné, akceptovatelné a profesionální (85, 86).

Některé studie, zejména ty, které se týkaly efektivity případových konferencí a zapojení lékařského a ošetrovatelského personálu do případových konferencí, pojmenovaly překážky, které mohou bránit větší participaci těchto odborníků. Jedná se především o terminologická nedorozumění (lékaři používají medicínské termíny při popisu stavu dítěte, sociální pracovníci používají právní terminologii), dále pak organizačně technické komplikace, které se týkají možnosti, aby se zdravotnický personál zúčastnil případových konferencí (místo, čas apod.) a v neposlední řadě eticko-právní aspekt spojených s povinností dodržovat lékařské tajemství (87, 88). Většina autorů těchto studií se shoduje, že se sice v konkrétních případech může jednat o závažné překážky, ale v celku je lze uspokojivě řešit prostřednictvím společného vzdělávání všech zainte-

resovaných odborníků, úpravou procedurálních pravidel a vyjasněním legislativy (89). Případové konference jsou běžným nástrojem řešení situace ohrožených dětí v mnoha zemích světa a je jen dobře, pokud se ve větší míře stanou běžnou součástí práce sociálních pracovníků u nás. Nejde jen o mechanické přenesení pravidel a postupů užívaných jinde, ale skutečnou systémovou změnu, která pomůže vybudovat novou kvalitu vztahu mezi rodinami a systémem sociálně-právní ochrany dětí. Tento přístup směřuje k výkonu sociálně-právní ochrany dětí založené na důkazech („evidence based“). Jde tedy o omezení intuitivních a nepodložených rozhodnutí, u kterých obvykle ani není jasné, jaké budou mít vliv na dítě a jeho další vývoj, a o směřování k praxi založené na objektivizujících postupech, které mají oporu v empirických datech a jejich výstupy lze s určitou mírou pravděpodobnosti predikovat.

3.5 Shrnutí

Využití principů case managementu nejen zefektivňuje poskytování sociálně-právní ochrany dětí v jednotlivých případech, zejména ve smyslu zpřehlednění a průběžného vyhodnocování poskytování služeb. Ale především systémově zajišťuje maximální možnou míru zapojování klientů – dětí i jejich rodičů do všech fází intervence. Case manažer se pak stává skutečně klíčovým pracovníkem, ve smyslu jeho klíčového významu pro úspěšné vyřešení obtížné sociální situace dítěte a jeho rodiny. Case management také poskytuje základnu pro multidisciplinární spolupráci v systému ochrany dětí, a to jak vytvářením formálních podmínek a pravidel pro spolupráci, ale rovněž tak využíváním konkrétních nástrojů, například v podobě případových konferencí.

4 Systematická práce s ohroženým dítětem/rodinou

Kapitola se věnuje systematické práci s ohroženým dítětem/rodinou. Postupně podrobně probereme všechny fáze intervence, od identifikace ohroženého dítěte, vstupního hodnocení jeho ohrožení a následného určení intenzity intervence, dále pak komplexního zhodnocení dítěte/rodiny, až po vytvoření individuálního plánu ochrany dítěte realizace intervenčních služeb. Proces práce s dítětem/rodinou bude doprovázen zjednodušenými schémata a doplněn o popis jednotlivých nástrojů, které lze v různých fázích intervence využít.

4.1 Systém hodnocení ohroženého dítěte

Hodnocení ohroženého dítěte představuje v kontextu výkonu SPOD zcela zásadní aktivitu. Účelný systém identifikace ohroženého dítěte znamená nejen vyšší efektivitu při detekci reálně ohrožených dětí, ale přináší též výraznou úsporu práce v případech, kdy dítě reálně ohroženo není a do systému SPOD se dostává z nějakých formálních, zákonem daných důvodů. Do současné doby v České republice neexistuje jednotný systém hodnocení ohroženého dítěte. To znamená, že takového hodnocení je nejčastěji produktem čistě individuálního zhodnocení a rozhodnutí SP, ale zároveň také to, že takovéto rozhodnutí není jednoduše ověřitelné, případně přenositelné na jiný úřad. V tomto smyslu je ve světě jednoznačný trend k systematizování způsobů hodnocení ohroženého dítěte. Vytvářejí se standardizované systémy, které umožňují objektivní rozhodnutí, které je dále i dobře akceptovatelným podkladem pro další rozhodování (např. soudu), je přenositelné (např. v případě, že se klienti stěhují) a hlavně umožňuje vytvářet individuální plány ochrany dítěte, které jsou založené na objektivních datech.

V současné době se v České republice takový systém hodnocení vytváří. Systém transparentním způsobem objektivizuje řadu kroků od samotné identifikace dítěte, přes jeho vstupní a komplexní hodnocení až po vytváření individuálního plánu ochrany. Schéma 4.1 tento systém ilustruje.

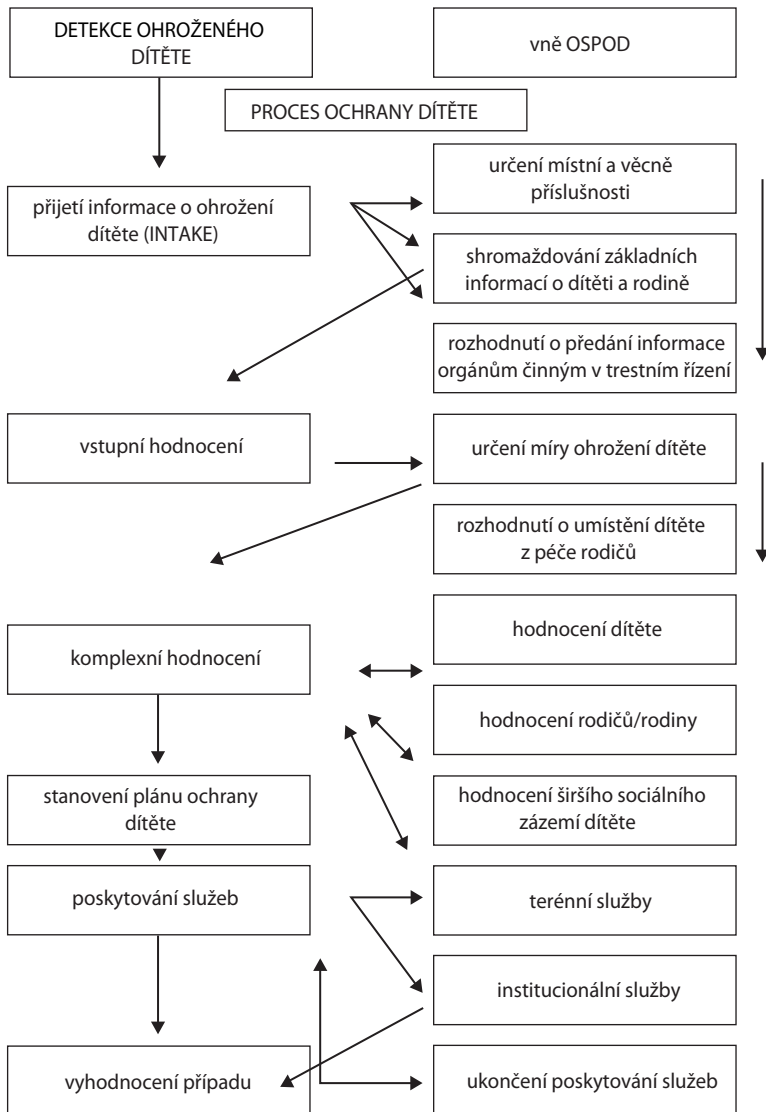


Schéma 4.1 Základní schéma hodnocení ohroženého dítěte

Identifikace ohrožené dítěte – jedná se o úvodní fázi procesu hodnocení ohrožených dětí. Většinou probíhá vně systému SPOD.

Přijetí informace o ohroženém dítěti – úvodní zaznamenání ohroženého dítěte v systému SPOD, shromažďování vstupních informací, rozhodnutí o dalším postupu.

Vstupní hodnocení – určení závažnosti ohrožení dítěte a vymezení rychlosti a intenzity následného postupu.

Komplexní hodnocení dítěte/rodiny – hodnocení potřeb, rizik a silných stránek dítěte, rodiny a komunity za účelem vytvoření Individuálního plánu ochrany dětí.

Individuální plán ochrany dětí (IPOD) – komplexní plán ochrany dětí, zahrnující cíle na straně dítěte, osob, které o něj pečují, i rodiny jako celku, včetně způsobu jejich naplnění, časového rámce i měřitelných kritérií.

Poskytování služeb – jedná se o veškeré aktivity a služby, které budou dítěti/rodině poskytovány za účelem řešení jejich sociální situace (služby sociální, zdravotnické, vzdělávací, poradenské atp.).

Vyhodnocení případu – průběžné i závěrečné zhodnocení realizace IPOD, splnění, případně redefinice cílů IPOD.

4.2 Detekce (identifikace) ohroženého dítěte

Proces identifikace ohroženého dítěte probíhá vně systému OSPOD (ve školských a zdravotnických zařízeních, sociálních službách, nebo v komunitě, kde dítě žije). Včasná identifikace ohroženého dítěte je zásadním faktorem fungujícího systému sociálně-právní ochrany dětí. Míra spolupráce odborníků i veřejnosti na identifikaci ohrožených dětí závisí na povědomí o této povinnosti, schopnosti rozpoznat ohrožující chování a uvědomění si osobní a společenské odpovědnosti za ochranu dětí. Je potřeba si uvědomit, že pro laickou veřejnost může být obtížné určit, zda jednání rodičů vyžaduje intervenci sociálních úřadů, proto by OSPODy měly této oblasti věnovat pozornost v rámci preventivních činností.

Řádná identifikace ohrožené dítěte vychází ze:

- systematického a kontinuálního vzdělávání profesionálů, tak, aby byli schopni rozpoznat znaky svědčící o ohrožení dítěte a věděli, jak následně postupovat,

- systematické osvětové činnosti směřující k široké veřejnosti v oblasti ochrany dětí,
- srozumitelnosti, důvěryhodnosti a profesionality OSPOD ve vztahu k veřejnosti, médiím apod.

Oznamovací povinnost v rámci sociálně-právní ochrany dětí je definována takto:

Školy, školská zařízení a zdravotnická zařízení, popřípadě další zařízení určená pro děti **jsou povinny** oznámit orgánům sociálně-právní ochrany dětí skutečnosti, které nasvědčují tomu, že mají ve svém okolí ohrožené děti, **a to bez zbytečného odkladu po tom, kdy se o takové skutečnosti dozvědí.**

Dále pak každý, kdo přijde do kontaktu s dětmi, má právo obrátit se na orgán sociálně-právní ochrany dítěte a upozornit na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské zodpovědnosti nebo na skutečnosti, že na dětech byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo je podezření ze spáchání takového činu, anebo děti jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím ze strany dalších fyzických osob.

Oznamovací povinnost dle trestního zákona

Pokud získá kdokoliv hodnověrným způsobem poznatky o tom, že někdo připravuje, páchá nebo již spáchal jednání, které lze posoudit jako týrání dítěte, má podle platných zákonů povinnost přezkazít a oznámit trestný čin. Zákon rozeznává jednak přezkažení trestného činu (§ 367 tr.z.), který je páchán nebo se připravuje a dále neoznámení trestného činu (§ 368 tr.z.) již ukončeného protiprávního jednání. V případě zanedbání této povinnosti nastupuje pro tuto osobu trestní odpovědnost za nepřezkažení nebo neoznámení trestného činu. Zákon vyjmenovává skutkové podstaty, které je povinností přezkazít či oznámit a jejich výčet je taxativní. Mezi vyjmenované trestné činy, které chrání děti, patří: trestný čin vraždy (§ 140), zabítí (§ 141), znásilnění (§ 185), pohlavního zneužití (§ 187), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193), týrání svěřené osoby (§ 198). Přezkazít trestný čin lze včasým oznámením policejnímu orgánu nebo státnímu zástupci, ale také každým jednáním, které je způsobilé v konkrétní situaci zabránit dokončení protiprávního jednání (např. fyzickým násilím). Tuto povinnost nemá pouze ten, kdo by s tím měl značné nesnáze, nebo by sebe uvedl v nebezpečí smrti (90).

Zprávy o možném ohrožení dítěte jsou často přijímány po telefonu. V některých případech se jedná o osobu, kterou pracovník OSPOD zná, např. učitel spádové základní školy, jindy o osobu, která nemá s OSPOD žádné zkušenosti, ale má ohlášení možného ohrožení dítěte ve své pracovní náplni – např. lékař na pohotovosti, kam přijde na ošetření zbité dítě. Proto může být úvodní sdělení zmatené (oznamovatel hovoří nekonzistentně, přeskakuje v tématu, má dojem, že některé informace již sociální pracovník ví – může se stát, že v rozhovoru nezmíní, že rodič se jmenuje jinak než dítě, apod.). Také je potřeba si uvědomit, že volající může být pod velkým psychickým tlakem, může se bát důsledků svého oznámení, může mít strach o dítě, může se cítit nejistý ohledně následného postupu sociálního pracovníka. V neposlední řadě, je potřeba mít na paměti, že podnětem k zavolání mohlo být nějaké akutní ohrožení dítěte, viditelné znaky nevhodného zacházení s dítětem nebo náhlého propadu v péči o dítě.

Při přijetí oznámení formou telefonického rozhovoru by měl sociální pracovník zjišťovat:

- O jaké dítě se jedná (jméno a příjmení, datum narození nebo věk, místo, kde dítě žije), případně další údaje, kterého mohou pomoci dítě identifikovat.
- Údaje o rodičích/osobách, které o dítě pečují (jméno a příjmení, datum narození nebo věk, místo, kde dítě žije, případně další údaje, kterého mohou pomoci tyto osoby identifikovat).
- Co je podnětem k oznámení ohrožení dítěte – tzn., co se dítěti aktuálně děje.
- Zda existují nějaké zjevné známky nevhodné péče o děti.
- Zda je dítě aktuálně ohroženo, případně, kde se aktuálně dítě nachází a zda se jedná o místo bezpečné.
- Zda má ohlašovat nějaké informace o dalších dětech (sourozencích), které by mohly být v rodině.
- Zda má ohlašovatel informace o dalších subjektech, které by mohly pomoci s hodnocením ohrožení dítěte (např. ošetřující lékař, školské zařízení, příbuzní).
- Kdo volá, jaký je jeho vztah k dítěti (pokud je z chování volajícího zřejmé, že se nechce představit, měl by sociální pracovník tento postoj respektovat a na volajícího netlačit, ani se nepokoušet odhalit jeho identitu).
- Kontaktní údaje na volajícího (např. i soukromý mobil, pokud je

potřeba se spojit s oznamujícím mimo úřední hodiny, během víkendu atp.).

Dále by měl sociální pracovník:

- Uklidnit volajícího a ujistit ho, že učinil dobře, pokud oznámil ohrožení dítěte.
- Vysvětlit důvěrnost sdělení a následný způsob zacházení s touto informací.
- Pravdivě informovat oznamovatele o možnosti odhalení identity v případě soudního řízení apod.
- Je-li to na základě získaných informací potřeba, měl by SP informovat volajícího o formách ochrany dětí, zprostředkovat pomoc nebo potřebné služby (např. možnost vykázení agresora z bydlíště, odkaz na linku důvěry, azylový dům pro matky s dětmi apod.).

Přijetí informace o ohroženém dítěti je první fází procesu ochrany dítěte. Cílem této fáze je získat co nejvíce informací od oznamovatele potenciálního ohrožení dítěte, na základě kterých by bylo možné provést prvotní posouzení/vyšetření dítěte, stanovit naléhavost oznamovaných skutečností a s tím související naléhavost akutnosti intervence.

Důležité je jednoznačně a závazně určit:

- Kdo a co udělá (např. telefonní oznámení o ohrožení přijme osoba, která má službu, nikoliv klíčový nebo místně příslušný pracovník).
- V jakém časovém horizontu je nutné učinit další kroky.
- Kdo další je/musí být o situaci informován – např. vyžadují sdělené informace zásah orgánů činných v trestním řízení apod.

Je nezbytné, aby bylo zcela jednoznačně určeno, jak se postupuje v případě, že oznámení je učiněno na příslušném úřadě i v případě, že je určena příslušnost jiného úřadu (např. hlášení je získáno ze školy, která je jinde než trvalé bydlíště dítěte). Kdo, komu a co předává, kdo je za řešení odpovědný, jak zajistit, aby se případ neztratil v systému sociálně-právní ochrany dětí. Tyto postupy musí být zautomatizované a sjednocené pro všechny OSPOD v republice.

Systém musí být nastaven tak, aby rodina častým stěhováními nebo vyhýbání se spolupráci s OSPOD nemohla ze systému vypadnout.

Začátek formuláře

Dle zákona je orgán sociálně-právní ochrany dětí povinen přijmout každou informaci týkající se podezření na ohrožení dítěte. Při přijetí informace na základě vstupních informací může OSPOD nanejvýš roz-

hodnout, zda se jedná o případ s místní příslušností (OM případy) nebo případy s přenesenou působností (NOM). Tzn., buď zda má dítě trvalé bydliště a zároveň se zdržuje v místě, kde dané oddělení OSPOD vykonává své pravomoci a kde k ohrožování dítěte skutečně dochází, anebo zda se liší místa formálního trvalého bydliště a místa, kde se dítě zdržuje a kde dochází k jeho ohrožování.

Přestože toto rozdělení je jasně dané, může být následná realizace ochrany dětí v případech NOM komplikovaná – je potřeba určit kompetence jednotlivých OSPOD, způsob a termíny předávání informací, koordinaci a vyhodnocování poskytovaných služeb. Pokud je vyhodnocování ohrožení dítěte, stanovování a posuzování změn IPOD prováděno standardně, mělo by být sníženo riziko ohrožení dítěte v důsledku nekoordinovaného postupu OSPOD na minimum. Stanovení příslušnosti je také nezbytné v případě, že situace dítěte je natolik naléhavá, že bude vyžadovat okamžitý zásah ve prospěch dítěte (vydání předběžného opatření). Vzhledem k tomu, že předběžné opatření je potřeba vnímat jen jako zcela výjimečné a přechodné řešení, proto musí být zároveň s jeho vydáním jasné, kdo bude zodpovědný za následující postup.

Součástí této fáze procesu ochrany dítěte je posouzení hodnověrnosti informace o ohrožení dítěte a s tím související urgentnosti odpovědi OSPOD. Za naprosto hodnověrné lze v prvotní fázi shromažďování informací považovat informace získané od veřejných institucí (školské zařízení, zdravotnické zařízení, sociální služby, městská i republiková policie apod.). Informacím přicházejícím z těchto zdrojů je potřeba věnovat mimořádnou pozornost a považovat je za zcela hodnověrné. V případě, že informace o ohrožení dítěte přicházejí z jiných zdrojů (neformální sdružení, sousedé a příbuzní) je potřeba je rovněž evidovat, dle závažnosti oznamovaných informací pak určit následný postup, včetně rychlosti reakce (viz dále úvodní hodnocení ohrožení dítěte). SP by se měl v těchto případech snažit pochopit motiv ohlašovatele, zejména jedná-li se o jednoho z rodičů ohroženého dítěte, aby se nestal jen nástrojem pomsty nebo manipulace v rámci partnerského konfliktu.

Specifickým typem oznámení jsou oznámení činěná anonymně. K anonymním sdělením by mělo být přistupováno stejně jako k oznámením učiněným konkrétním oznamovatelem. V případě, že se jedná o „semianonymní oznámení“, tzn., že SP zná identitu oznamovatele, ale ten si přeje zůstat v rámci procesu ochrany nepoznán, je nezbytné, aby SP poučil oznamovatele o možnosti vést jeho identitu mimo hlavní spis

a vysvětlit mu další souvislosti. SP by měl při přijetí dítěte rovněž získat maximum možných informací o typu, povaze, závažnosti, akutních důsledcích a chronicitě (opakovanosti) údajného špatného zacházení s dítětem.

4.3 Shromáždování informací od poskytovatelů služeb

V rámci této úvodní fáze by měl SP shromáždit informace i od dalších subjektů, které mohou posoudit ohrožení dítěte, případně pomoci s hodnocením dítěte a jeho rodiny. SP by měl shromážďovat jen informace, které skutečně potřebuje k hodnocení dítěte. Systematičnost a konkrétnost shromážděvaných dat nejen umožňuje jejich efektivní vyhodnocení, ale motivuje spolupracující organizace k rychlosti a faktičnosti sdělovaných dat. Podrobný sběr výše uvedených dat a identifikace klíčových informací je pak zcela zásadní pro prvotní hodnocení dítěte, které má určit míru ohrožení. V této fázi by měl SP rozhodnout o tom, zda shromážděné informace zakládají důvod k pokračování procesu ochrany dětí.

Základním vodítkem pro toto rozhodnutí je:

- Ohrožená osoba je mladší 18 let.
- OSPOD zjistil identitu dítěte/dospívajícího a je schopen zjistit, kde se aktuálně zdržuje (např. není na útěku, nebo nezvěstný).
- OSPOD zná identitu, které nese odpovědnost za péči o dítě/dospívajícího a ví, kde se zdržuje.
- Získané informace OSPOD vyhodnotí jako důvěryhodné.
- Získané informace nasvědčují tomu, že dítě může být ohroženo nevhodnou nebo nedostatečnou péčí nebo chováním rodičů.
- Ohrožení dítěte je natolik závažné, že to ohrožuje saturaci jeho potřeb a zdraví, život nebo vývoj.

Pokud je případ předáván orgánům činným v trestním řízení, je nezbytné další hodnocení situace dítěte koordinovat s těmito institucemi, aby nebylo narušeno nebo ohroženo trestní řízení – např. bude-li sociální pracovník hovořit s dítětem dříve než vyšetřovatel, anebo zda by po rozhovoru sociálního pracovníka s „týrajícím“ rodičem mohlo dojít k ovlivňování dítěte, svědků apod. Přednost v této situaci má vždy forezní vyšetřování. Dojde-li k rozhodnutí o pokračování procesu ochrany dítěte, je dalším krokem zvážení, kdo všechno bude zahrnut do vstupního hodnocení dítěte a jaké další informace je potřeba shromáždit, např. podrobnější

informace o situaci dítěte. Dále je potřeba rozhodnout, zda bude vstupní hodnocení celé nebo jeho část provádět sám SP, anebo osloví jiného odborníka – např. psychiatra, dětského psychologa či speciálního pedagoga (v případě dětí s handicapem). Každý OSPOD by měl svoje portfolium spolupracujících odborníků, které může požádat o pomoc při hodnocení dítěte. Určení doby pro dokončení vstupního hodnocení nelze zaměňovat se lhůtami pro podání předběžného opatření. Jedná se o maximální dobu, do jaké musí OSPOD dokončit vstupní hodnocení dítěte a určit aktuální míru ohrožení dítěte. Teprve ze závěrů vstupního hodnocení dítěte vyplývají pro OSPOD povinnosti týkající se následné intervence (včetně možnosti podání předběžného opatření).

Faktory vyžadující okamžitou reakci:

Obecné faktory

- Ze získaných informací vyplývá, že dochází ke krutému nebo nebezpečnému zacházení s dítětem, který přímo ohrožují zdraví a život dítěte.
- Existují informace, které svědčí o tom, že k ohrožení dítěte došlo závažně nebo opakovaně.
- Informace byly získány (potvrzeny) z více zdrojů.
- K nevhodné péči o dítě (jiné děti žijící v této rodině) došlo již v minulosti, dítě je již evidováno v systému ochrany dětí.
- Dítě bylo do systému nahlášeno z důvodu aktuálního napadení – zranění jsou v oblasti hlavy, břicha nebo genitálií a vyžadují lékařské ošetření.
- Rodič dítěte je aktuálně zadržen nebo vyšetřován policií z důvodu špatného zacházení s dítětem.
- U dítěte bylo shledáno vícečetné poškození (na úrovni fyzických a psychických potřeb).

Faktory na straně dětí

- Dítě je mladší než 6 let.
- Dítě se vzhledem ke svým specifickým charakteristikám nemůže samo bránit nebo je zcela odkázáno na péči rodiče podezřelého z nedostatečné péče (např. dítě s handicapem nebo nemocné děti).
- Dítě se bojí rodiče (osoby, v jejíž je péči) nebo se bojí jít domů.
- Dítě je přímo aktuálně ohrožováno rodičem nebo osobou, která o něj pečuje.
- Dítě projevuje sebevražedné chování, případně sebevraždou vyhrožuje.

Faktory na straně rodiče

- Rodič projevuje znaky extrémního chování, které by mohlo nasvědčovat akutnímu psychiatrickému onemocnění.
- Špatné zacházení s dětmi lze dávat do souvislosti s užíváním drog nebo alkoholu nebo rodič jeví známky akutní intoxikace.
- Rodič se chová nebezpečně, je ozbrojen, dopustil se násilí na členech rodiny apod.
- Rodič popisuje bizarní přesvědčení ohledně dítěte (např. dítě je dle rodiče posedlé a používané fyzické tresty mají vše napravit apod.).

Faktory na straně rodiny

- Rodina je v komunitě nová, dítě a jeho rodinu neznají ve školských ani zdravotnických zařízeních.
- Rodič se s dítětem skrývá, často se stěhuje apod.
- Rodinné příslušníci se chovají nebezpečně nebo jinak svým chováním ohrožují dítě.
- V rodině může docházet k domácímu násilí (i kdyby nebylo přímo ohroženo dítě).

Formy špatného zacházení s dítětem vyžadující sociální intervenci OSPOD

Fyzické týrání: pálení, bití, kopání, kousání a další fyzické týrání.

Zanedbávání: opuštění dítěte, zanedbání potřebné zdravotní péče, nedostatečný dohled nad dítětem, nedostatečné zabezpečení základních materiálních potřeb (ubytování, stravování, oblékání, hygiena), emoční deprivace, zanedbávání školní docházky nebo vzdělávacích potřeb dítěte.

Sexuální zneužívání: dotýkání se intimních partií dítěte, nebo nucení dítěte k dotekům intimních partií jiných osob, orální, pohlavní a anální sexuální styk, zneužívání dítěte k výrobě pornografického materiálu nebo prostituci, nucení dítěte k sledování pornografického materiálu, slovní obtěžování a urážení se sexuálním podtextem.

Psychické týrání: ponižování, omezování osobní svobody, svobody rozhodnutí apod.

Jiné formy nevhodného nebo špatného zacházení s dětmi – bizarní, kruté nebo rituální zacházení s dětmi, izolace dětí od společenského života apod.

Pro určení závažnosti ohrožení dítěte a urgency odpovědi by měl sociální pracovník shromáždit ještě informace o:

- Rozsahu fyzických důsledků špatného zacházení – zda se jedná o aktuální zranění a ohrožení dítěte.
- Rozsahu psychických důsledků špatného zacházení s dětmi – riziko rozvoje vážných psychických obtíží, útěk z domova, sebevražedné chování apod.

Chronicitě špatného zacházení s dětmi:

- Zda již v minulosti došlo k případům špatného zacházení s dítětem.
- Jak dlouho lze pozorovat znaky špatného zacházení s dítětem.
- Zda je možné pozorovat zvýšenou frekvenci nebo závažnost špatného zacházení s dítětem.
- Kde došlo k incidentům špatného zacházení s dítětem (doma, na veřejnosti).
- V jakém denním období k špatnému zacházení dochází, je-li to informace relevantní (např. malé dítě je v podvečerních hodinách opakovaně nalezeno bez dohledu rodičů venku apod.).

Na konci této fáze procesu ochrany dětí by měl být OSPOD schopen zodpovědět:

- Odpovídají ohlašované informace definici ohroženého dítěte, používány v systému ochrany dětí?
- Jedná se o osobu, která je pod ochranou OSPOD (např. ohlášeno může být ohrožení dospělé osoby – seniora, dospělého s handicapem apod.)?
- Jsou získané informace hodnověrné a ověřitelné?
- Jak rychlou odpověď vyžaduje tento případ?
- Má sociální pracovník základní informace, na základě kterých je schopen identifikovat ohrožené dítě a lokalizovat místo jeho pobytu a pobytu osob, které o něj pečují?

Má-li být sociální pracovník schopen na tyto otázky odpovědět, je nezbytné, aby byl schopen potřebné informace systematicky získat, roztrždit, analyzovat a sestavit z nich SOUHRNNOU ZPRÁVU, která bude sloužit k úvodnímu hodnocení. Všechny následující kroky v daném případě mohou být činěny jen na základě objektivních informací (důkazů), které byly shromážděny transparentním způsobem. Tento proces je nazýván „Evidence based practice“ (na důkazech založená praxe).

„Evidence based practice“ je přístup založený na:

- systematickém a objektivním sběru dat,
- využívání výzkumných poznatků v praxi,
- důrazu na nejlepší zájem klienta (91).

V systému sociálně-právní ochrany dětí by tento přístup měl směřovat ke shromažďování a analyzování důkazů o nevhodné péči o děti a jejich důsledcích pro fyzický, psychický nebo sociální vývoj dítěte. Pojem důkaz v tomto přístupu nemá trestně právní kontext a nemá sloužit k trestání rodičů, ale jedná se o prokazatelný dopad chování/nečinnosti rodiče na zdraví, život a vývoj dítěte.

Tento postup má zajistit, že:

- Budou rozpoznány relevantní rizika ohrožení dítěte.
- Negativní důsledky těchto rizik byly prokázány v rámci klinického výzkumu (např. vliv psychické deprivace v raném věku na rozvoj emocionální inteligence a socializaci dítěte).
- Bude minimalizováno nebezpečí subjektivního rozhodování příslušného SP.

EBP (schéma 4.2) v sociální práci začíná pečlivým posouzením situace klienta, na základě kterých stanoví a jasné a měřitelné cíle intervence, ty jsou realizovány na základě individuálního plánu, v rámci kterého jsou zaznamenávány všechny pokroky, které směřují k cíli, včetně jejich případných obměn. Intervence je ukončena v případě naplnění stanovených cílů (92).

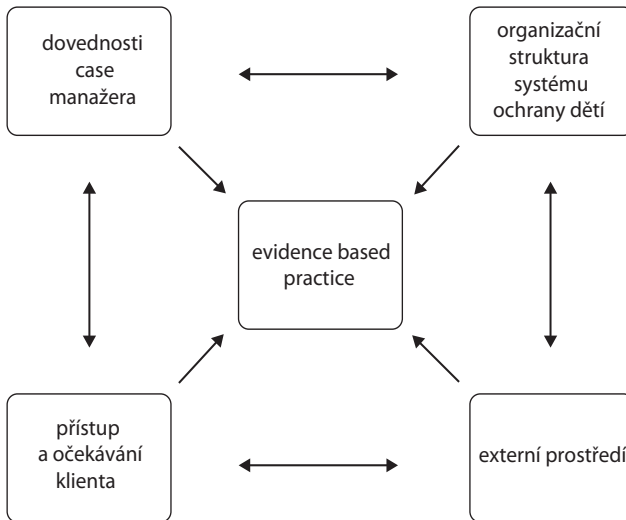


Schéma 4.2 „Evidence based practice“ (93)

4.4 Úvodní hodnocení dítěte

Tato fáze procesu ochrany dětí slouží k určení aktuální míry ohrožení dítěte, za účelem stanovení rychlosti, razance a intenzity okamžité sociální intervence. Jedná se o prvotní úkony pracovníků sociálně-právní ochrany dětí po iniciální evidenci dítěte v systému. Určování aktuální míry ohrožení dítěte je omezeno dostupností informací a časovým limitem, během kterého má být vstupní hodnocení provedeno (ve většině systémů ochrany dětí je pro prvotní diagnostiku určen časový limit 24 hodin až 10 dní).

Prvotní hodnocení se provádí na základě:

- informací obsažených v hlášení o ohrožení dítěte,
- rozhovoru s dítětem s využitím standardizovaných nástrojů,
- rozhovoru s rodičem, který není podezřelý z ohrožení dítěte s využitím standardizovaných nástrojů,
- rozhovoru s rodičem, který je podezřelý z ohrožení dítěte s využitím standardizovaných nástrojů,
- doplňujících informací dalších subjektů,
- úvodního sociálního sociální šetření v prostředí, kde dítě žije,
- pozorováním vnějších projevů péče/nepéče rodičů a celkového stavu dítěte.

Vzhledem k tomu, že OSPOD pracuje zejména s externími informacemi, jejichž ověření a případně uvedení do širších souvislostí není vzhledem k časovému omezení vstupního hodnocení vždy zcela proveditelné, je nezbytné hodnotit nejen samotné informace, ale i její hodnověrnost a závažnost (např. rozdíl mezi zdokumentovaným oznámením lékaře, školy, policie a těžko prokazatelnými informacemi anonymního oznamovatele). Při ověřování závažnosti a hodnověrnosti těchto informací je potřeba vždy směřovat k tomu, zda popisované události (známky nevhodné nebo nedostatečné péče) přímo akutně ohrožují dítě a měly by vést k zásahu státu ve prospěch dítěte. Tzn., dotazy směrem k ohlašujícím osobám nebo institucím by měly vždy směřovat k tomu, jaké intenzity jsou činy/nečinnost rodičů, jaké objektivní důsledky má toto chování na dítě/děti, jak závažné jsou tyto dopady tohoto chování (akutní) v kontextu konkrétního dítěte (věk, zdravotní stav, potřeby apod.).

Tato fáze není sociální diagnostikou v pravém smyslu slova a nelze ji zaměřovat s komplexním hodnocením dítěte, rodiny a širšího sociálního prostředí. Na vstupní určení míry ohrožení dítěte je potřeba pohlížet

jako na situaci, kdy se lékař rozhoduje, zda bude pacienta diagnostikovat a léčit v domácí péči nebo zda je jeho stav tak závažný, že vyžaduje hospitalizaci. V tomto případě jde o dočasné umístění dítěte do jiného výchovného/sociálního prostředí. Výstupem této fáze práce SP by mělo být určení míry ohrožení dítěte (vysoké, střední, nízké – minimální, žádné), které determinuje následující postup i rychlost zásahu. Je-li ohrožení dítěte definováno jako vysoké, je vždy potřeba zvažovat dočasné umístění dítěte do jiného sociálního prostředí. Je-li ohrožení dítěte definováno jako střední, je vždy potřeba vytvořit alternativní bezpečnostní plán dítěte, pro případ, že by došlo ke zhoršení situace. V případě, že je konstatováno vysoké aktuální ohrožení dítěte, je na tuto situaci vždy potřeba pohlížet jako na situaci vyžadující okamžitý zásah ve prospěch dítěte a jeho umístění do bezpečného přechodného prostředí, zároveň to však nemusí znamenat oddělení dítěte od rodiče. Míra hodnocení ohrožení dítěte je dynamickým nikoliv konstantním faktorem, proto jeho výsledek nelze chápat jako „výslednou diagnózu“, ale jako vodítko pro stanovení způsobu **okamžité** reakce, posloupnosti jednotlivých kroků, časový harmonogram realizace řešení a způsobů rozhodování a zapojování dalších subjektů (nutnost schválení rozhodnutí nadřízenými, konzultace se supervizorem, svolání případové konference, oslovení dalších sociálních subjektů apod.).

Vstupní hodnocení dítěte provádí příslušný SP OSPODu, který přijal hlášení o podezření na nevhodnou/nedostatečnou péči o dítě. Může se stát, že tento SP však nezná dlouhodobě dítě ani rodinu (kauzy OM x NOM), může probíhat pod časovým tlakem, bez možnosti podrobně prošetřovat všechny okolnosti případu, a v případech akutního ohrožení dítěte i bez možnosti hovořit s dětmi, rodiči a dalšími subjekty. Proto nástroj využívaný k tomuto hodnocení musí vycházet z hodnocení několika zjevných, objektivně hodnotitelných (zdraví či život) ohrožujících faktorů, které lze získat z prvotního šetření i hlášení dalších subjektů.

V průběhu prvotního hodnocení/vyšetření je nutné učinit několik kritických a eticky náročných rozhodnutí:

- Splňuje ohrožení dítěte definici týrání, zneužívání nebo zanedbávání dle odborné definice těchto jevů?
- Je dítě aktuálně v nebezpečí a jaká je úroveň tohoto rizika?
- Jestliže je dítě akutně ohroženo, jak OSPOD může bezpečnost dítěte zaručit (nemusí znamenat oddělení dítěte od rodiny)?

Pokud nelze bezpečnost dítěte zajistit v rámci rodiny, jaký typ a úroveň péče dítě potřebuje?

- Existují v rodině nějaké další mimořádné potřeby, které je nutné naplnit (např. matka čeká další dítě, v rodině dochází k domácím násilím, někdo z rodiny potřebuje zdravotní péči)?
- Jak bude spolupráce s rodinou dále pokračovat?

Konečné rozhodnutí vstupního hodnocení musí obsahovat:

Zdůvodnění rozhodnutí – SP musí být schopen věrohodně vysvětlit, jakým způsobem a na základě jakých informací k rozhodnutí dospěl. Vzhledem k tomu, že ohrožení dětí je velmi široký a obecný pojem, je nezbytné, aby bylo v případě každého konkrétního dítěte, přesně popsáno. Tak, aby nemohla být jakákoliv intervence státu považována za příliš přísnou či dokonce neopodstatněnou.

Zhodnocení rizik – SP na základě objektivních, strukturovaných a standardizovaných nástrojů určí míru ohrožení konkrétního dítěte vzhledem k jeho věku, zdravotnímu stavu a dalším potřebám.

Zhodnocení míry ohrožení dítěte (zda je dítě v /ne/bezpečí) – v této souvislosti se jedná zejména o pregnanční a věrohodné informace podložené zhodnocením ohrožení dítěte. Jedná se především o doložení závažnosti bezprostředního ohrožení života, zdraví či vývoje dítěte, která ze zákona umožňuje OSPOD podat návrh soudu na odebrání dítěte z péče rodičů.

SP musí nejdříve posoudit, zda podmínky, ve kterých dítě žije, nebo chování rodičů vůči dítěti skýtají aktuální ohrožení a jakým způsobem lze toto ohrožení snížit. Minimalizace rizika ohrožení dítěte nemusí vždy znamenat jeho odebrání z péče rodičů a umístění do náhradní rodinné péče. Chceme-li tedy posoudit míru ohrožení je potřeba ke každému dítěti v rodině přistupovat individuálně a posouzení vztahovat k jeho aktuálním potřebám. Přestože, anebo naopak protože, budeme potřebovat velmi detailní a důvěrné informace o rodině, i jednotlivých členech, nemělo by shromažďování těchto údajů působit dotěrně, nemístně nebo nedůstojně. Je potřeba si uvědomit, že jen naprostá menšina dětí přicházejících do systému sociálně-právní ochrany bude vykazovat vysokou míru ohrožení vyžadující okamžitou reakci OSPOD. V těchto případech je nezbytné ještě před zahájením komplexního hodnocení rodiny (případně postoupení případu jinému orgánu – např. státní zastupitelství, policie apod.) rozhodnout, jaké služby, případně intervence ze strany OSPOD budou rodině, potažmo dítěti, nabídnuty, aby bylo minimalizováno bezpečnostní riziko ohrožení dítěte.

SP musí v rámci vstupního hodnocení ohrožení dítěte používat:

- jednotný záznamový list dotazování dítěte, rodiče (zvláště rodiče, který není „podezřelý“ z nevhodného zacházení s dítětem a rodičem, který je „podezřelý“ z nevhodného zacházení s dítětem), případně sourozenců,
- standardizovaný a zaznamenávaný popis pozorování dítěte, sourozence, rodiče, interakce mezi rodinnými příslušníky,
- dále pak standardizovaný záznam z šetření v místě, kde dítě žije (byť i širší prostředí, komunity),
- získat a analyzovat informace z dalších zdrojů, které by mohly mít poznatky o péči/nepéči o dítě.

Je-li to možné, měly by rozhovory s rodinnými příslušníky probíhat v následujícím pořadí:

- ohrožené dítě (dítě nahlášené do systému sociálně-právní ochrany),
- sourozenec ohroženého dítěte,
- rodič, nebo jiná dospělá osoba odpovědná za výchovu, která není podezřelá z nevhodné nebo nedostatečné péče o dítě,
- rodič, nebo jiná dospělá osoba odpovědná za výchovu, která je podezřelá z nevhodné nebo nedostatečné péče o dítě,
- rodina jako celek.

Pojem „podezřelý“ ve výše uvedeném kontextu není použit v trestně právním smyslu, ale pouze vyjadřuje předpoklad (již založený na objektivních informacích), že daný rodič se může dopouštět nevhodného zacházení s dítětem.

4.4.1 Plán vstupního hodnocení

Tento proces je ovlivněn informacemi, které byly získány při přijetí dítěte do systému sociálně-právní ochrany dětí (tzn., že byly uvedeny v ohlašovacím protokolu). Proces by měl zahrnovat rozhodnutí o tom:

- Kde se bude rozhovor konat.
- Kdy se bude provádět.
- Kolik rozhovorů bude pravděpodobně potřeba (viz bod “Rozhovory s malými dětmi”).
- Kdo ho bude provádět, zda bude o spolupráci nebo realizaci rozhovoru požádán jiný subjekt.
- Jak dlouho bude tato fáze trvat, tzn., kdy mohou být pravděpodobně k dispozici data z této fáze hodnocení.

4.4.2 Postup jednotlivých konzultací vstupního hodnocení

SP by měl každou dílčí konzultaci vstupního hodnocení realizovat dle následujícího postupu:

- Představit sebe, svou roli a úlohu OSPOD (je možné zanechat informační leták se jménem a telefonním kontaktem daného pracovníka – klienti mohou být ve stresu a je lepší, když si mohou vše ještě později v klidu přečíst).
- Vysvětlit, jak bude probíhat celé vstupní hodnocení.
- Vysvětlit, co se bude dít během této konzultace.
- Vysvětlit, jak budou informace zaznamenávány, k čemu budou sloužit, kdo k nim bude mít přístup a za jakých podmínek k nim má přístup klient.
- Jaký bude postup OSPOD po skončení úvodního hodnocení.
- Kdy a jakým způsobem se může klient vyjádřit k informacím shromážděným v průběhu vstupního hodnocení.

Veškeré informace musí být sdělovány způsobem, který je klientům srozumitelný vzhledem k jejich věku a komunikačním schopnostem. Neměly by být sdělovány zbytečně odborným nebo formálním způsobem. SP by se měl vždy ujistit, že klient jeho sdělení skutečně rozumí.

4.4.3 Hodnocení ohroženého dítěte

Cílem vstupního hodnocení ohroženého dítěte je shromáždit informace, na jejichž základě lze posoudit nebezpečí špatného zacházení s dítětem se zohledněním jeho bezprostředního ohrožení. Je potřeba si uvědomit, že toho hodnocení má za cíl více, než jen zjistit „co se stalo“. Mělo by sloužit k získání dostatku informací o dítěti, rodičích a rodině, který pomůže posuzovat získaná data v kontextu. K hodnocení se používá standardizovaný rozhovor zaznamenávaný do záznamových archů.

SP potřebuje zjistit zejména:

- co se stalo (s ohledem na podezření na špatné zacházení),
- kdy a kde k těmto událostem došlo,
- kdo jim byl přítomen,
- jaký je současný stav dítěte,
- specifické vlastnosti nebo charakteristika dítěte (věk, fyzické nebo mentální postižení, nemoc),
- jsou-li na dítěti patrné důsledky chronického špatného zacházení a jak závažné tyto důsledky jsou,

- neobvyklé nebo nevhodné chování případně pocity dítěte,
- vztah dítěte k rodičům a sourozencům,
- jak dítě vnímá mimo rodinné vztahy,
- jak dítě vnímá způsob, jakým se v rodině řeší problémy,
- jaké má dítě vztahy s vrstevníky a širší rodinou (význam těchto osob v životě dítěte),
- zda může být hodnověrnost sdělení dítěte ovlivněna vnějšími vlivy (strach z rodičů, špatné vztahy s rodiči apod.),
- jak vypadá každodenní život dítěte (denní režim, školní docházka, mimoškolní aktivity apod.),
- totožnost dalších osob, které mohou k situaci v rodině sdělit další informace,
- popis okolí, kde dítě žije – bezpečnost environmentální (myšleno životní prostředí – doprava, kvalita bydlení, případná ekologická zátěž) a sociální (kriminalita, výskyt dalších sociálně patologických jevů apod.).

Při hodnocení dětí je potřeba věnovat zvýšenou pozornost dětem se specifickými potřebami nebo omezeními, a to zejména dětem:

- nízkého věku (děti v předškolním věku),
- s omezenými komunikačními schopnostmi, a to buď v důsledku akutní zdravotní indispozice (např. poúrazové stavy), anebo trvalejšího handicapu (smyslového, mentálního),
- z jiného jazykového prostředí (etnické menšiny, uprchlíci, přistěhovalci apod.),
- traumatizovaným (obětem nebo svědkům mimořádné traumatizující události).

Ve všech těchto případech by SP měl zvažovat přizvání jiných odborníků (psychologa, psychiatra, tlumočníka do znakové řeči, překladatele, speciálního pedagoga apod.). V případě, že dítě nehovoří česky, má rovněž za povinnost přizvat tlumočníka.

4.4.4 Hodnocení sourozence/ů ohroženého dítěte

Po dokončení hodnocení ohroženého dítěte, by měl následovat rozhovor se sourozencem/ci ohroženého dítěte. Cílem tohoto hodnocení je zjistit další informace o možném ohrožení dítěte (potvrzení nebo vyvrácení informací od ohroženého dítěte), posoudit, zda nemohou být ohroženy i další děti v rodině. K hodnocení se používá standardizovaný rozhovor zaznamenávaný do záznamových archů.

Sociální pracovník potřebuje zjistit zejména:

- vlastnosti sourozence/ů jejich chování a pocity,
- informace o možném špatném zacházení s ohroženým dítětem,
- informace o tom, zda nejsou v rodině ohroženy i další děti,
- další informace o rodičích (jaká výchovná opatření jsou v rodině používána, jaké jsou vztahy v rodině),
- další informace o rodinném fungování a dynamice,
- informace, které nelze získat od ohroženého dítěte,
- informace uvedené v hlášení o ohrožení dítěte (potvrzení nebo vyvrácení).

4.4.5 Hodnocení rodiče, který není podezřelý z ohrožení dítěte

Hlavním účelem tohoto hodnocení je zjistit, co tento rodič ví o možném ohrožení dítěte/děti, a určit, nakolik je tento rodič schopen zajistit bezpečí dítěti/dětem. K hodnocení se používá standardizovaný rozhovor zaznamenávaný do záznamových archů.

SP potřebuje zjistit zejména:

- popis případné nevhodné/nedostatečné péče o dítě/děti,
- jak tuto nevhodnou/nedostatečnou péči tento rodič hodnotí/vnímá,
- jakým způsobem nahlíží na verzi dítěte/děti o tom, co se stalo,
- koho považuje tento rodič odpovědného za nevhodnou/nedostatečnou péči,
- jaký má vztah k ohroženému dítěti,
- jaký má přístup k rodičovství, používané výchovné metody, vztah k dětem,
- jaký má vztah k druhému rodiči, který je „podezřelý“ z nevhodné/nedostatečné péče (role v rodině, komunikace, fungování vztahů apod.),
- přístup k řešení problémů, schopnost zvládat stres, drogová nebo alkoholová závislost,
- rodinné zkušenosti z vlastního dětství (pozitivní x negativní),
- sociální anamnéza – vzdělání, zaměstnání, finanční situace, trestná činnost,
- fyzické a psychické zdraví,
- širší vztahy v rodině a komunitě.

4.4.6 Hodnocení rodiče, který je podezřelý z nevhodné/nedostatečné péče

Hlavním účelem tohoto hodnocení je zjistit, jak tento rodič reaguje na tvrzení o ohrožení dítěte. Dále pak získat další informace o této osobě a rodině, zejména ve smyslu možného rizika nebo nebezpečí pro dítě. K hodnocení se používá standardizovaný rozhovor zaznamenaný do záznamových archů.

SP potřebuje zjistit zejména:

- jak tento rodič popisuje situace, které jsou považované za ohrožující a vedly k zahájení intervence ve prospěch ohroženého dítěte,
- jak reaguje na aktivitu OSPOD v oblasti hodnocení ohrožení dítěte,
- jaký je aktuální emocionální stav této osoby, zejména pokud jde o další možné ohrožené dítěte/děti,
- jaký má vztah k ohroženému dítěti (vlastnosti, potřeby, životní perspektiva),
- jaký je vztah k dalším dětem členům rodiny,
- jaký je jeho/její přístup k rodičovství, používané výchovné metody,
- jak vnímá role v rodině, komunikaci, fungování vztahů,
- přístup k řešení problémů, schopnost zvládat stres, drogová nebo alkoholová závislost rodinné zkušenosti z vlastního dětství (pozitivní x negativní),
- sociální anamnéza – vzdělání, zaměstnání, finanční situace, trestná činnost,
- fyzické a psychické zdraví,
- širší vztahy v rodině a komunitě,
- jak je ochoten přijmout pomoc.

4.4.7 Standardizované pozorování

Standardizované pozorování se zaměřuje především na následující oblasti:

- fyzický stav dítěte (dětí), včetně pozorovatelných důsledků nevhodné/nedostatečné péče,
- emocionální stav dítěte (dětí), včetně pozorovatelných důsledků nevhodné/nedostatečné péče,
- reakce rodičů na postup OSPOD,
- emocionální stav a chování rodičů během hodnotícího procesu (používání obranných mechanismů, míra odporu),

- interakce mezi členy rodiny (verbální i neverbální komunikace),
- fyzický stav domácnosti,
- integrace do širšího sociálního prostředí.

4.4.8 Analýza informací z jiných zdrojů

Informace z dalších zdrojů mohou pomoci pochopit charakter, rozsah a následky špatného zacházení s dětmi, včetně posouzení případných rizik a aktuálního ohrožení dítěte (dětí). Vzhledem k tomu, že rodina má právo na ochranu soukromí, nemělo by být oslovování dalších subjektů zahájeno nikdy bez zjevné a zaznamenané příčiny k zahájení šetření OSPOD. Rodina by o tomto postupu měla být informována, jinak dochází k narušení důvěry nejen v OSPOD, ale i v instituce, které byly o informace požádány.

4.4.9 Víceúrovňové hodnocení ohrožení dítěte

Víceúrovňové hodnocení podává informace o stupni rizika ohrožení následujícím způsobem.

Minimální riziko ohrožení dítěte – dítě nespĺňuje definice týraného, zneužívaného nebo zanedbávaného dítěte, k případnému ohrožení dítěte došlo vlivem shody nevhodných okolností, zhoršená kvalita péče rodičů byla krátkodobá a vycházela z náhlého a mimořádného zhoršení rodičovských funkcí, rodina zmobilizovala zdroje apod. Rodině je poskytnuta pomoc v podobě edukace, nabídky preventivních služeb „nejměkčího“ charakteru (volnočasové aktivity, mateřské centrum, úřad práce apod.). Individuální plán ochrany dítěte není potřeba vypracovávat. Je možné určit časový horizont (ideálně 3 měsíce), po kterém je rodina kontaktována a zhodnocena aktuální situace. Je-li rodina nadále funkční, spolupráce je ukončena a spis uzavřen. Zvýší-li se riziko ohrožení dítěte, rodina je postoupena v systému sociálně-právní ochrany dále.

Střední riziko ohrožení dítěte – rodinné a výchovné prostředí vykazují znaky středního rizika. Pro zajištění bezpečí a rozvoje dítěte je potřeba vytvořit individuální plán ochrany dítěte (IPOD), včetně určení cíle, časového horizontu, způsobu a hodnocení poskytnuté intervence. Do intervence jsou zapojeny služby sociální intervence (sociálně aktivizační služby pro rodiny, terénní sociální práce apod.), rodina je spíše pozitivně motivována ke spolupráci. K zesílení důrazu na nutnost intervence je možné využít

institutu úředního dohledu. Podaří-li se IPOD naplnit, rodina je přeřazena do kategorie minimálního rizika (dále se postupuje viz výše). Zůstane-li situace beze změn, přehodnocují se metody intervence – zda zvolit jiný typ služeb, zvýšit intenzitu poskytovaných služeb apod. Jako maximální konečný cíl intervence může být určena stabilizace situace dítěte a zabránění zhoršování jeho stavu. Zvýší-li se riziko ohrožení dítěte, rodina je postoupena v systému sociálně-právní ochrany dále.

Závažné ohrožení dítěte – rodinné a výchovné prostředí vykazuje již závažné riziko ohrožené dítěte, které však nedosahuje míru přímo ohrožující dítě na životě a zdraví a v danou situaci nevyžaduje (neumožňuje) vydání předběžného opatření. V IPOD se využívá možnosti nařídit rodině využití sociálních služeb, je také možné využít institut soudního dohledu, v odůvodněných případech jsou poznatky zjištěné v průběh vyhodnocování a intervence poskytnuty orgánům činným v trestním řízení. Součástí IPOD musí být mapování širšího rodinného prostředí a vytváření alternativního řešení pro případ selhání biologické rodiny. V IPOD musí být jasně a rodině srozumitelně pojmenovány situace, za kterých dojde k realizaci alternativního řešení. Sníží-li se riziko ohrožení dětí, je rodina přeřazena do kategorie „středního rizika“ a postupuje se viz výše. Zvýší-li se riziko ohrožení dítěte, případně nesplní-li rodina podmínky IPOD, je realizováno alternativní řešení.

Přímé akutní ohrožení dítěte – hlavním smyslem posuzování míry ohrožení dítěte, je primárně zajistit bezpečí dítěte, proto může být ve výjimečných případech výsledkem tohoto hodnocení odebrání dítěte z péče rodičů (předběžné opatření podle § 76a zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění). V tomto případě musí být vytvořen samostatný procesní postup následného řešení situace dítěte, protože po umístění dítěte může míra ohrožení dítěte klesnout rovnou na minimální úroveň – např. předběžné ohrožení je vydáno v situaci, kdy je dítě nalezeno při razii policie v bytě, kde se vaří drogy, dítě je následně umístěno do péče druhého rodiče (prarodiče apod.), kde jsou podmínky pro zajištění bezpečí a výchovy dítěte naprosto dostačující, riziko ohrožení dítěte klesá na minimální nebo střední úroveň.

4.4.10 Závěrečná hodnotící zpráva

Při analýze získaných dat je potřeba postupovat systematicky, strukturovaně a transparentně. Rozhodnutí by mělo být provedeno v rámci mož-

ností co nejrychleji, aby se minimalizoval stres a úzkost rodiny spojené se samotným vyšetřováním OSPOD. Určení toho, zda a v jaké míře je dítě ohroženo, musí být založeno na věrohodných důkazech konkrétních činů (pro účely předání případu orgánům činným v trestním řízení) a prokázání zjevných důsledků nevhodné/nedostatečné péče o děti (fyzické, psychické, sociální).

4.4.11 Závěrečné hodnotící setkání s rodinou

Po skončení konzultací s jednotlivými členy rodiny a sumarizaci dat z vnějších zdrojů by mělo následovat setkání s rodinou.

Smyslem tohoto setkání je:

- Podělit se o získaných poznatcích a sdělit jim své dojmy (je nutné odlišit prokazatelné/prokázané informace od dojmů a pocitů sociálního pracovníka a členů rodiny).
- Umožnit rodině doplnit vše, co ještě považují za důležité.
- Seznámit rodinu s výsledky vstupního hodnocení a následným postupem.

4.4.12 Posouzení mimořádných potřeb rodiny

V průběhu vstupního hodnocení je možné získat informace, které svědčí o akutních potřebách dítěte/rodiny, které je nutné řešit neprodleně, a to ještě dříve, než je dokončeno vstupní hodnocení. Pak má uspokojení těchto potřeb naprostou prioritou – např. rodiny potřebuje ubytování v azylovém domě, v rodině dochází k domácímu násilí a je potřeba dosáhnout vykázání násilníka ze společné domácnosti, u některého člena rodiny jsou identifikovány specifické zdravotní potřeby.

4.5 Komplexní hodnocení dítěte/rodiny

Další fází diagnostiky ohroženého dítěte je celkové zhodnocení jeho situace, vývojových potřeb a jejich naplňování, posouzení celkových poměrů v rodině, jejích limitů i zdrojů, samozřejmě se zohledněním širších souvislosti komunity, ve které rodině žije, včetně hodnocení dostupnosti sociálních, zdravotních a vzdělávacích služeb. Vzhledem k tomu, že tato diagnostika slouží jako podklad pro vytvoření individuálního plánu ochrany dítěte (IPOD), nezahrnuje pouze informace o stávající situaci (tzn., jak je

na tom dítě nyní, případně, co se v rodině dělo/děje), ale mapuje rizikové oblasti rodičovských kompetencí, dále pak jejich silné stránky a potenciál pro případnou změnu, včetně zdrojů potřebných k dosažení těchto změn, rovněž pak hodnotí nejen samotný způsob péče rodičů o dítě, ale i kvalitu vztahu rodič – dítě. Hodnocení rodiny z pohledu tvorby IPOD, bychom nikdy neměli zaměňovat za vyšetřování rodiny za účelem trestně právního nebo jiného postihu za nedostatečnou nebo nevhodnou péči o dítě. Tato dvě šetření směřují k jiným cílům a využívá i jiných metod a postupů. Má-li být hodnocení rodiny za účelem tvorby IPOD pravdivé a efektivní, musí mít rodina v pracovníky sociálně-právní ochrany dětí důvěru, nesmí se bát přiznat neznalosti nebo chyby v péči o děti, aniž by jim okamžitě hrozila sankce ze strany státu.

Komplexní hodnocení dítěte/rodiny vychází ze závěrů vstupního hodnocení a zaměřuje se především na zjištění příčin rizika, rozsahu nevhodné/nedostatečné péče a všech dalších souvisejících vlivů. Zatímco v průběhu vstupního hodnocení se sociální pracovník zaměřuje zejména na míru ohrožení dítěte, komplexní hodnocení rodiny/dítě musí splňovat širší cíle. Smyslem tohoto hodnocení by mělo být lepší porozumění příčinám a rizikovým faktorům tohoto chování. Komplexní hodnocení rodiny/dítěte by mělo následovat neprodleně po dokončení vstupního hodnocení tak, aby bylo možné zahájit co nejdříve poskytování sociálních služeb.

4.5.1 Vyhodnocení rodinné situace

Cíle:

- identifikovat potřeby dítěte,
- určit míru traumatizace dítěte (i dítě z funkční rodiny může být traumatizované – např. v případě úmrtí rodiče, vážné nemoci, dopravní nehody apod.),
- určit zdravotní a psychický stav dítěte, míru jeho sociální integrace,
- identifikovat silné stránky rodiny a zjistit, jak je lze využít k dosažení žádoucích změn v péči o dítě,
- definovat potřeby rodičů a jednotlivých členů (dospělých),
- redukovat nevhodné chování rodičů, které může být příčinou ohrožení dítěte,
- pomoci dětem úspěšně zvládnout akutní důsledky předchozí nevhodné nebo nedostatečné péče rodičů.

Komplexní hodnocení zahrnuje:

- **hodnocení dítěte:** oblast fyzického, psychického a sociálního stavu (porovnání s normou, ale zároveň se zohledněním individuálních aspektů např. vývojového stadia, specifických potřeb, chronických zdravotních obtíží a potřeb apod.), rovněž tak je potřeba vyhodnotit míru případné traumatizace dítěte za účelem stanovení nejvhodnější formy intervence,
- **hodnocení funkčnosti rodiny** a rodičovských kompetencí, posouzení zdrojů širší rodiny.

Při realizaci komplexního hodnocení je potřeba dodržovat několik zásadních pravidel:

- zohledňovat všechny faktory, které v rodině mají vliv na prospívání/neprospívání dítěte,
- hodnotit aktuální fungování a problémy v rodině se zohledněním kulturních a životních situací (např. rozpad rodiny může ohrožovat vývoj dítěte, proto je na místě posuzovat míru naplnění potřeb dítěte v danou chvíli, ale není možné toto dítě trvale „držet“ v systému OSPOD, pokud k tomu není zjevný důvod – tzn., rozvod nebo úmrtí rodiče samy o sobě nejsou důvodem pro intervenci OSPOD),
- hodnocení probíhá jako proces interakce mezi rodinou a odborníky, rodina není pasivním objektem zkoumání expertů,
- zkoumání příčin a rizikových faktorů směřuje k možnosti jejich ovlivnění a ochraně dítěte v budoucnosti, nikoliv za účelem „potvrzení dysfunkčnosti“ rodiny.

Na závěr komplexního hodnocení rodiny/dítěte by měl být SP schopen zodpovědět následující otázky:

- Jaké jsou příčiny, povaha a rozsah zjištěných rizikových faktorů?
- Jaké jsou důsledky těchto rizikových faktorů, případně předchozí nevhodné/nedostatečné péče?
- Jaké jsou silné stránky rodiny a jejich jednotlivých členů?
- Jak jednotliví členové rodiny vnímají aktuální situaci, životní podmínky a případné problémy?
- Co se musí v rodině změnit, aby byly minimalizovány důsledky předchozí nevhodné/nedostatečné péče?
- Co se musí v rodině změnit, aby bylo riziko špatného zacházení v budoucnosti eliminováno nebo alespoň minimalizováno?

Určení příčin, povahy a rozsahu rizikových faktorů

Chceme-li zjistit povahu, rozsah a příčinu rizikových faktorů, je potřeba do procesu hodnocení zapojit pokud možno celou rodinu. Často lze příčinu aktuálních obtíží hledat v rodinné historii, v zážitcích z dětství, v kvalitě původních rodin apod. Na současné problémy může mít tak vliv socioekonomická situace rodiny, životní prostředí a vztahy či vzorce chování v komunitě, kde rodina žije.

Určení důsledků rizikových faktorů nebo nevhodné/nedostatečné péče

Podstatnou částí odpovědnosti OSPOD je nejen identifikovat ohrožené děti, ale nabídnout jim a jejich rodinám psychosociální služby, které zmírní důsledky předchozí nevhodné/ nedostatečné péče. Proto je nezbytné podrobně zmapovat všechny krátkodobé i dlouhodobé dopady na saturaci potřeb dítěte. Často se může jednat o obtížný úkol, protože je lidskou přirozeností v krizi bagatelizovat nebo negovat případné problémy. Pro potřeby případné psychosociální intervence by měl SP pečlivě posoudit současné chování a emocionální projevy dítěte včetně srovnání s vrstevnickou normou, sebehodnocení a sebepojetí dítěte, vztahy v rodině i k vrstevníkům, komunikační schopnosti a schopnost verbalizace myšlenek a pocitů, schopnost akceptovat pomoc od jiných osob, případně další projevy svědčící o možném psychickém dyskomfortu (poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, nácvik hygieny, obsedantně – kompulzivní obtíže apod.).

Určení silných stránek rodiny

Hlavní částí spolupráce s rodinnými příslušníky se zaměřuje na popsání silných stránek rodiny a jednotlivých členů, které mohou přispět k minimalizaci rizika ohrožení dítěte v budoucnosti. Identifikace silných stránek klienta pomáhá SP budovat vztah s rodinou, prohlubuje důvěru a snižuje odpor, který může být důsledkem zahájení procesu hodnocení rodiny. Porozumění silným stránkám rodiny pomůže vytvořit intervenční strategii, jejímž cílem je změna problematického chování nebo podmínek. Hlavním zdrojem informací o silných stránkách rodiny jsou sami klienti, což jim dává pocit důležitosti a zplnomocnění.

V průběhu komplexního hodnocení rodiny/dítěte by se měl SP snažit, aby rodina a její jednotliví členové porozuměli zjištěným obtížím a jejich vlivu na potřeby dítěte. Je potřeba zjistit, jak jednotliví členové rodiny

vnímají rizikové podmínky a chování a jak jsou schopni je reprodukovat. Tento proces pomůže objasnit, co by chtěli ve svém životě změnit, jak jsou rodiče citliví na všechny důsledky nevhodné/nedostatečné péče o dítě. V neposlední řadě lze zjistit motivaci jednotlivce ke změně.

Určení toho, co se musí v rodině změnit

Součástí hodnocení rodiny/dítěte by měl být seznam podmínek nebo konkrétního chování, které je potřeba změnit, aby bylo sníženo riziko nevhodné/nedostatečné péče v budoucnu. OSPOD má totiž odpovědnost nejen za hodnocení aktuální situace dítěte/rodiny, ale rovněž tak svými rozhodnutími nese odpovědnost za budoucí vývoj dítěte. Tato odpovědnost nespočívá v paternalistickém odejmutí kompetencí a odpovědnosti rodičům, ale v řádném identifikování potřeb dítěte/rodiny a stanovení vhodného intervenčního postupu.

Významným prvkem sociální práce není jen vyřešení konkrétního a aktuálního sociálního problému klienta, ale i **identifikace a osvojení sociálních dovedností**, které klientovi chybí a tím předcházení jeho sociálního opakovaného sociálního selhání v budoucnosti. Hlavním cílem sociální práce tedy není jen vyřešit nepříznivou sociální situaci, která klienta přivedla do systému ochrany dětí, ale umožnit mu naučit se dovednostem, které mu pomohou **překlenout jeho obtíže a plně zvládat svou rodičovskou roli**. Výsledkem tohoto přístupu v sociální práci by měla být **samostatnost a trvalá nezávislost klienta na sociální službě**.

Dle systemického přístupu mohou být změny v životě klienta dvojího charakteru:

Změna I. řádu. Klient přestane dělat to, co v jeho životě nefunguje nebo pro něj znamená problémy, aniž by přesně rozuměl, proč má učinit změny, případně jak jich skutečně dosáhnout (např. rodič, který nadměrně trestá svoje děti, je přestane bít, protože je mu pohroženo trestným stíháním, ale neosvojí si žádné dovednosti, které mu pomohou udržet poslušnost a disciplínu dětí bez použití fyzického trestu).

Změna II. řádu. Klient se naučí novým, efektivním a společensky přijatelným strategiím řešení obtížných situací. Což představuje větší šanci na jejich udržení v budoucnosti i v situaci, kdy již nebude pod „veřejnou kontrolou“ (např. rodič nejen, že již nebije svoje děti, ale ví, jak si udržovat jejich poslušnost bez použití násilí). O změně II. řádu lze hovořit pouze v případě, že klient pochopí a zvnitřní tento proces, nikoliv pouze slepě opakuje chování doporučené SP.

Doporučené typy otázek:

- Co byste chtěl/a na své situaci změnit?
- Co byste chtěl/a změnit především?
- Jak jste to dělal/a doposud?
- Jak bude vypadat vaše situace po úspěšném vyřešení problému?
- Co se stane, když se situace nevyřeší?
- Co jste pro vyřešení situace ochoten/a udělat?
- Kdo vám s danou situací může pomoci?

Při dlouhodobé práci s klientem nelze opomíjet otázku **motivace klienta**. Nelze očekávat, že klient bude ke spolupráci motivován „sám od sebe“, klienty ke spolupráci často přivede až závažné zhoršení jejich sociální situace nebo hrozba nějakého typu sankce (vystěhování z bytu, exekuce majetku, odebrání dětí apod.). Bez tohoto aspektu, možno říci negativní motivace, by mnoho klientů nenašlo důvod ke změnám svého chování, případně by si ani nebylo vědomo nutnosti této změny. Dále je potřeba si uvědomit, že proces změn v zažitých vzorcích chování a komunikace, zejména chceme-li dosáhnout trvalé změny II. řádu, je dlouhodobý a od klienta vyžaduje značné úsilí a systematickou práci. V určité fázi spolupráce klient může mít pocit, že se mu ztrácí ze zřetele celkový cíl spolupráce, případně, že se mu nemůže podařit ho dosáhnout. Úkolem SP je včas tuto situaci **identifikovat a umět použít vhodné komunikační a další techniky** (škálování, motivační pohovory apod.), tak, aby posílil a trvale udržel motivaci klienta ke spolupráci. Chybou SP může být ignorování těchto skutečností a jeho **nepřiměřené očekávání nebo přesvědčení**, že za motivaci ke změně je plně odpovědný sám klient a její ztráta (projevující se např. nedodržováním termínů konzultací, neplněním dohodnutých úkolů či postupů) je vnímána jako selhání klienta, případně potvrzení jeho „asociálnosti“ nebo „nenapravitelnosti“.

4.5.2 Průběh komplexního hodnocení dítěte/rodiny**Přezkum vstupního hodnocení**

Na úvod komplexního hodnocení dítěte/rodiny musí SP provést revizi informací, které byly zjištěny v průběhu vstupního hodnocení. Na základě této rekapitulace by měl SP vytvořit seznam oblastí, kterým musí věnovat v následujících etapách práce s rodinou zvýšenou pozornost.

- Jaké rizikové faktory byly v rodině identifikovány během vstupního hodnocení?

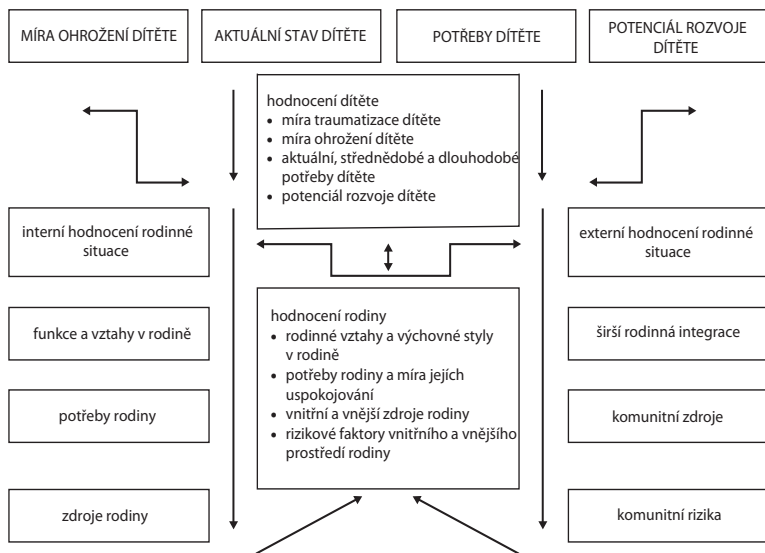


Schéma 4.3 Proces diagnostiky ohroženého dítěte

- Jaké další informace o rodině pomohou pochopit povahu, rozsah a příčinu těchto rizikových faktorů nebo rizikového chování?
- Co víme o minulosti rodičů? Máme nějaké indicie z minulosti, které by pomohly vysvětlit aktuální obtíže v rodině?
- Existují nějaké psychické obtíže u dítěte, které by mohly být důsledkem nevhodné/nedostatečné péče? Kdo další by mohl poskytnout informace o psychickém stavu dítěte?
- Byly zjištěny nějaké další nebezpečné informace nebo indicie, které vyžadují specifické zdravotní, psychické nebo psychiatrické služby (závislost na alkoholu a drogách, domácí násilí, projevy fyzických nebo psychických)?

Časový harmonogram a posloupnost komplexního hodnocení

Obecně lze předpokládat, že sociální pracovník potřebuje 4–6 týdnů na to, aby byl schopen navázat s rodinou spolupráci a podrobněji se seznámit s její životní situací natolik, aby byl schopen ze získaných informací vytvořit závěr. V této fázi procesu komplexního hodnocení je potřeba určit:

- Kdy se bude konat první hodnotící setkání s rodinou.
- Jak často se bude SP s rodinou v průběhu komplexního hodnocení setkávat.
- Kdo se bude hodnotících konzultací účastnit.
- Kdy (přibližně) bude hodnocení dokončeno.

Realizace hodnocení dítěte/rodiny – zahájení komplexního hodnocení – rodinné setkání

Je-li to možné, mělo by být komplexní hodnocení zahájeno setkáním s celou rodinou. Tím je zajištěno, že každý člen rodiny od počátku ví, co může od procesu hodnocení očekávat, uvědomí si, že role každého člena rodiny je důležitá a že všichni budou vyslyšeni. Ujasní se pravidla komunikace (otevřenost, ohleduplnost, důvěrnost). Během tohoto setkání by měly být také prodiskutovány výsledky vstupního hodnocení, je důležité rodině vysvětlit a ujistit ji, že úkolem OSPOD je rodině pomoci řešit společně identifikované problémy, nikoliv ji trestat. SP by měl používat jazyk, který je klientům srozumitelný a dát si pozor na příliš technickou nebo odbornou terminologii. Pro SP je toto setkání důležité také proto, že si může udělat prvotní představu o rodině, jejích problémech, způsobem komunikace a očekávaních směrem k OSPOD.

Setkání s jednotlivými členy rodiny

Dalším krokem v průběhu komplexního hodnocení rodiny by měla být setkání se jednotlivými členy rodiny – pořadí rozhovorů není určeno, mělo by však být domluveno na úvodním rodinném setkání. Na začátku každého rozhovoru by měl SP vysvětlit hlavní účel rozhovoru, dále je potřeba ocenit snahu o spolupráci. Je potřeba klienty ujistit o tom, že se nejedná o výslech, ale SP potřebuje lépe poznat danou osobu, její situaci i názor na aktuální podmínky, ve kterých žije.

V každém rozhovoru by měl SP podrobně prozkoumat rizikové situace/chování, které byly identifikovány v předchozích fázích spolupráce. V rozhovoru s rodiči je kladen důraz na pochopení příčin a podmínek ovlivňujících nevhodné/nedostatečné poskytování péče o děti. Je důležité, aby se SP snažil pochopit vliv minulosti a rodinných tradic na současný způsob péče o děti. V případě dítěte se SP snaží zjistit případné dopady nevhodné/nedostatečné péče.

Setkání s rodiči/párem, který pečuje o dítě

V rodinách, které jsou tvořeny partnerským párem (přestože jeden z nich nemusí mít biologický nebo právní vztah k dítěti/dětem) se doporučuje, aby se minimálně jednou SP sešel společně s oběma dospělými bez přítomnosti dětí. Během tohoto rozhovoru by měl SP sledovat a hodnotit povahu vztahu páru a jakým způsobem může kvalita vztahu ovlivnit úspěšnost intervence (pozitivně i negativně). SP by měl rovněž diskutovat otázky partnerské spokojenosti, a nakolik jsou partneři sladění v pohledu na aktuální situaci rodiny a na její možné řešení.

Další rodinná setkání

Pro lepší pochopení vzájemných rodinných vztahů a interakcí by kromě vstupního a závěrečného setkání měl SP zorganizovat ještě minimálně jednu konzultaci s celou rodinou. Cílem tohoto setkání se sledování a hodnocení rodinných rolí a dynamiky vzájemných vztahů. SP by měl zvažovat užívané komunikační vzorce, existenci a proměnlivost různých koalic a spojení, obvyklé způsoby interakce a celkový rodinný koncept (kdo jsme, jak sami sebe identifikujeme apod.). Na tomto setkání je vhodné využít různé techniky práce s rodokmenem (genogram) nebo tvořit „ekomapu“ rodiny apod.

4.6 Oblasti hodnocení dítěte a rodiny

Hodnocení dítěte/rodiny se jednak skládá z posuzování specifických oblastí, které jsou jedinečné pro každý konkrétní případ a vychází ze závěrů vstupního hodnocení, a dále ze základních oblastí, které jsou shodné pro všechny rodiny.

- Jaké faktory způsobily/ovlivnily chování a prožívání dítěte (nemoc, změna rodinné konstelace, vývojové stadium, osobnost apod.)?
- Jak rodiče vnímají důsledky nevhodné/nedostatečné péče?
- Jak dětství a životní zkušenosti rodičů ovlivnili jejich fyzický a psychický stav, jejich aktuální chování a sociální fungování?
- Jaké kulturní hodnoty nebo normy ovlivňují rodinné fungování?
- Ovlivňuje fyzické nebo psychické zdraví/nemoc rodičů jejich rodičovské schopnosti a jaká je v této oblasti prognóza možného vývoje?
- Co je příčinou nevhodné/nedostatečné péče o děti (neznalost, závislost na psychotropních látkách, nedostatek sociálních a komunikačních dovedností, neschopnost zvládat stres, naučené vzorce chování, mentální retardace, psychopatologie apod.)?

- Jaké metody řešení problémů, zvládnání stresu rodina používá a jaká je jejich dlouhodobá účinnost?
- Jak jsou v rodině rozděleny role, jak fungují vztahy a komunikace? Může něco z těchto faktorů přispívat nebo poukazovat na nevhodnou/nedostatečnou péči o děti?
- Lze obecně pojmenovat silné stránky rodiny, které mohou být v maximální možné míře využity ke změně chování nebo podmínek, které vedly k nevhodné/nedostatečné péči o děti (soudržnost, láskyplnost, vzájemná úcta, optimismus apod.)?

Specifické potřeby/situace vyžadující externí odborné hodnocení

Některé děti/rodiny mají specifické obtíže, které vyžadují expertní hodnocení dalších odborníků. Jedná se zejména o otázky fyzického nebo psychického zdraví, kdy dítě nebo rodič vykazuje chování nebo emoce neodpovídající věku nebo situaci (agitovanost, depresivitu, chronické spánkové obtíže včetně nočních děsů, agresivní chování, výkyvy nálad, závislost na psychotropních látkách nebo gambling, chronické bolesti nebo příznaky možných závažných onemocnění). Za hodnocení je v tomto případě odpovědný přízvaný odborník, ale zapracování závěrů z těchto hodnocení a jejich uvedení do souvislostí s dalšími získanými informacemi je práce a odpovědnost příslušného SP.

4.6.1 Hodnocení dítěte

Hodnocení dítěte by se mělo zaměřit na následující oblasti: zdravotní stav dítěte (fyzický i psychický), vývojový stupeň, aktuální stav dítěte, hodnocení situace dítětem, jeho pohled na rodinu a její funkce. K získávání informací od dítěte lze kromě rozhovoru využít i různých standardizovaných dotazníků a škál. Používání těchto metod jednak standardizuje získaná data, dále pomáhá oddělit sdělovaná fakta od interpretací dítěte, případně SP. Jako vhodné se jeví i využití sebehodnotících metod, s tím, že si pomáhající musí být vědom jejich základních limitů a v případech ohrožených dětí je používat výhradně pro potřeby intervence, nikoliv jako nástroje forenzního vyšetřování.

Vedení rozhovoru s dětmi

Rozhovor je základním pracovním nástrojem SP. Při vedení každého rozhovoru (94–97) je nezbytné přistupovat k protistraně individuálně,

s empatií a bez předsudků. Je-li veden rozhovor s dětmi, je vždy potřeba ještě zohledňovat věk dítěte a schopnosti. Těmto faktorům je potřeba přizpůsobit nejen techniku vedení samotného rozhovoru, jeho načasování a tempo, ale rovněž tak prostředí, ve kterém se odehrává. V této části se věnujeme problematice vedení rozhovoru SP s dětmi v běžných kauzách řešených OSPOD, tzn., jedná se především o případy nevhodné nebo nedostatečné péče o děti nikoliv o případy sexuálního zneužívání nebo závažného fyzického týrání (v těchto případech by SP měla přizvat ke spolupráci dětského psychologa nebo psychiatra a koordinovat postup s orgány činnými v trestním řízení). Běžné konzultace SP s dětmi slouží především k seznámení se s dítětem, navázání kontaktu a vztahu, pochopení vývojových potřeb dítěte a jejich naplňování/nenaplňování, porozumění perspektivy, z které situaci vnímá dítě a v neposlední řadě pochopit kontext vztahu dítěte s nejbližšími. V průběhu vedení případu case managementu se těchto rozhovorů může uskutečnit několik, mohou probíhat na úřadě, v bydlišti dítěte v jiném neutrálním prostředí. Ve fázi hodnocení dítěte/rodiny by rozhovory měly probíhat vždy mimo rodinu a bez přítomnosti rodičů (rodiče podezřelého z nevhodné péče), rozhovor by měl mít jasnou strukturu a k jeho záznamu by měl být používán standardizovaný nástroj. Nikdy nelze tento typ rozhovorů zaměňovat za „výslech“ dítěte v rámci forenzního řízení, které mohou provádět jen specialisté. Primárním cílem rozhovoru s dítětem proto rozhodně není zjistit detailní popis jednotlivých událostí, nebo shromažďování důkazů pro soudní řízení. SP potřebuje pochopit, jak běžně funguje rodina dítěte, co se děje, když..., nikoliv získat detailní popis konkrétního dne nebo události (tzn., SP nepotřebuje vědět zcela přesně, zda bylo dítě minulé pondělí rodiči zbito, ale jakým způsobem uplatňují rodiče ve výchově tresty, jak často, jak razantně, zda má fyzické násilí vždy jen charakter trestu nebo, zda je rodiče používají i jako ventil stresu atp.).

Cíle rozhovoru SP s dítětem

- Navázat vztah s dítětem.
- Pochopit dynamiku vztahů v rodině.
- Pochopit mechanismy a principy běžného fungování rodiny.
- Pochopit, jak celou situaci vnímá dítě.
- Zjistit míru možného ohrožení dítěte (aktuální traumatizace, saturace potřeb, aktuální ohrožení).

Rozhovor s dítětem by měl vždy být dobře načasován, aby odpovídal

potřebám dítěte a jeho běžnému dennímu režimu (jídlo, spánek atp.). Čím mladší dítě, tím více je potřeba tento faktor předem zohledňovat a plánovat s rodiči. V případě dospívajících by SP při plánování rozhovoru měla rovněž zohlednit jeho zájmy a volnočasové aktivity, dospívající by neměl kvůli rozhovoru se SP rušit oblíbenou činnost, protože to zbytečně posiluje jeho odpor k samotné spolupráci.

Prostředí

Na každém pracovišti SPOD by měly být k dispozici prostory, které je možné využít pro rozhovory s dětmi i dospívajícími. V žádném případě se nemusí jednat o rozsáhlé nebo samostatné místnosti, ale v kanceláři je možné vytvořit koutek pro setkání s dětmi. Prostředí by mělo splňovat několik základních kritérií:

- příjemná místnost, která minimalizuje stres dítěte (nemusí být samostatná místnost, ale přiměřeně upravená část běžné kanceláře),
- neutrální prostředí, ve které dítě necítí strach nebo nátlak,
- k dispozici by měly být různá místa k sezení – koberec a polštáře pro mladší děti, stolek a židličky, případně sedací souprava pro starší děti, pracovní stůl pro setkávání s dospívajícími, nábytek by měl být i vhodný z pohledu praktičnosti a bezpečnosti – ergonomie, židle bez koleček atp.,
- dětem by měly být dostupné běžné hračky (příliš nápadné nebo neobvyklé hračky mohou děti fascinovat a odvádět pozornost od rozhovoru),
- při setkání s dítětem by neměl být v místnosti přítomen nikdo další, pokud to není nezbytné vzhledem k situaci (v případě přítomnosti kohokoliv dalšího je nezbytné, aby se i tato osoba představila a vysvětlila svou přítomnost),
- setkání by nemělo být přerušováno telefonáty, příchodem jiných klientů nebo dalších osob.

SP – tazatel/ka

SP by měla přizpůsobit používané komunikační nástroje, ale i své vzezření věku dítěte, se kterým vede rozhovor (např. výrazné líčení, oblékání, šperky atp. mohou nežádoucím způsobem narušovat pozornost malých dětí, v některých případech ho mohou třeba prvky výrazné manikúry i děsit). Vystupování a vzhled SP by měly splňovat následující kritéria:

- Měla by působit příjemně – přizpůsobit situaci a věku klienta tón hla-

su, tempo řeči, gestikulace (jednoznačná a neagresivní), respektovat osobní zóny klienta i v případě malých dětí.

- Uváženě zacházet s výrazným oblečením, líčením, šperky, parfémem atp., tak aby žádný z těchto atributů nepůsobil rušivě (přílišné strhávání pozornosti) nebo agresivně.
- SP by měla velmi obezřetně používat doteky v komunikaci s dětmi (i v případě malých dětí), zvláště opatrně by přistupovat k dětem, u kterých může docházet k fyzickému týrání nebo sexuálnímu zneužívání.

První setkání s dítětem

První setkání s dítětem je klíčovým momentem pro veškerou další spolupráci s dítětem. Jak již bylo popsáno v kapitole týkající se postavení klientů v systému sociálně-právní ochrany dětí, je budování vztahu jednou z nejobtížnějších fází spolupráce s rodinou. Jedná se o dynamický proces, který postupně prochází několika stadii a zejména v počátku je potřeba počítat s nedůvěrou rodiny (dítěte), neochotou ke spolupráci, strachem, případně i odporem. Doporučený postup prvního setkání:

- osobní představení,
- rozmrazení – navázání vztahu s dítětem formou hry (trpělivost),
- snaha o porozumění, jak dítě chápe klíčové pojmy, orientuje se v čase a běžných životních situacích – otázka důvěryhodnosti,
- pracovní část rozhovoru s využitím standardizovaných nástrojů,
- shrnutí,
- ukončení.

V průběhu celého rozhovoru by měl SP citlivě reflektovat obavy dítěte, jak ze samotného kontaktu se SP, tak ze sdělovaných informací. U menších dětí se mohou obavy týkat i absence rodiče, protože není zvyklé zůstat v přítomnosti cizích lidí samo. Po celou dobu rozhovoru musí také SP vnímat věková a vývojová omezení dítěte, která se například týkají jeho schopnosti udržet pozornost, zůstat v klidu, souvisle vést rozhovor. Dále je potřeba monitorovat, zda se dítě cítí pohodlně a dle potřeby dělat pauzy, uvolnit atmosféru, poskytnout občerstvení nebo umožnit odejít na toaletu. Pokud si v průběhu konzultace píšete poznámky nebo vyplňujete nějaké formuláře, mělo by vše působit přirozeně, nerušivě a dítě by mělo vědět, k čemu záznamy slouží (se zohledněním věku).

- **Úvod**

Představit sám sebe (představení role a kompetence sociálního pracovníka by mělo odpovídat věku dítěte – pro předškolní děti stačí pouze sdělení typu: „Jmenuji se XXXX, mým úkolem je pomáhat rodičům, aby co nejlépe pečovali o své děti.“ U starších dětí je možné přidat i samotné pojmenování profese „Jmenuji se XXXX, pracuji jako sociální pracovníce a mým úkolem je zjišťovat, jestli je dobře pečováno o děti a pomáhat jejich rodičům, aby to dělali co nejlépe.“

Proč se setkání koná – v případě, že oznámení o ohrožení bylo učiněno anonymně nebo semianonymně (anonymitu jste oznamovateli slíbili formou vedení informace o oznámení mimo spis) formulujte důvod setkání opatrně a obecně.

Po představení by mělo následovat ujištění, že už dítě ví, kdo jste a proč se koná schůzka.

Dítě by v této fázi mělo mít právo zeptat se na cokoli, co ho v souvislosti se setkáním zajímá.

Ujistěte dítě, že není odpovědné za to, co se stalo, ale mělo by vám říct pravdu.

- **Rozmrazení**

Dotaz na koníčky nebo nějaký nekonfliktní téma.

Dotaz na to, co má dítě rádo.

V případě menších dětí se může jednat o společnou hru atp.

- **Posouzení orientace dítěte v čase a běžných situacích – nejlépe formou popisu modelové situace**

Požádat dítě, ať vám popíše nějakou událost, která pro něj byla významná (výlet, narozeniny atp.), ale nevztahují se k aktuální rodinné situaci.

Uděláte si představu, jak dítě popisuje jednotlivé události, zda se soustředí na detaily a jaké, zda má popis logickou strukturu, jak se v popisu orientujete, jak dítě vnímá rozdíl mezi popisem a interpretací.

Natrénujete si vedení nesuggestivních otázek.

Ať dítě určí co je pravda – mám zelené vlasy, nepoužívat slova jako „předstírat“, „zdálo se“ atp., protože u malých dětí stírá hranice mezi pravdou a fantazií, která u dětí hraje důležitou roli.

- **Pracovní část rozhovoru**

V rámci pracovní části rozhovoru by v ideálním případě SP měla používat standardizované diagnostické nebo hodnotící nástroje. Tyto nástroje zaručují strukturovanost rozhovoru, SP se může soustředit na kontakt s dítětem a nemusí se bát, že zapomene nějaké podstatné téma, má připravený záznamový arch pro zapisování odpovědí, takže se nezdržuje dlouhým psaním, v záznamových arších je vždy prostor nejen pro zaznamenání sdělení dítěte, ale i jeho emocionálních reakcí, atp. Vždy postupovat trpělivě, akceptovat pocity strachu, studu, nebo odporu dítěte.

Průběh rozhovoru

Informace by měly pocházet od dítěte, ne od tazatele (ne sugestivní otázky).

Ujistěte se, že dítě chápe slova a pojmy, které používáte, jazyk by měl být přiměřený vývoji a věku dítěte.

Poučte dítě, že může říct, když nerozumí otázce, případně se pravidelně ujišťujte, že dítě rozumí.

Používejte uváženě informace a formulace, které mohou dítě rozrušit a narušit pohodu (tzn., dobře si dopředu promyslete, jak popíšete nevhodnou péči rodičů).

Domluvte se s dítětem, jak pojmenovává osoby, situace předměty – např. jak oslovuje partnera matky, který není jeho otcem, atp.

Mezi položenou otázkou a odpovědí by měla být dostatečná „čekací doba“; buďte trpěliví.

Umožněte dětem používat jeho terminologii nebo vlastní jazyk, neopravujte ho a své vyjadřování přizpůsobte jeho.

Nepoužívejte sugestivní otázky, nebo otázky, které by mohly vyvolat v dítěti pocity viny, nebo zpochybňování jeho důvěryhodnosti (zejména otázky proč – mohou vést k sebeobviňování dítěte).

Nepřerušujte dítě – může ho zcela zabrzdit.

Potřebujete-li, aby dítě mluvílo podrobněji – používejte otázky jako „Pomůžeš mi tomu porozumět?“. „Můžeš mi to prosím říct ještě jednou nebo podrobněji, aby si to mohl lépe představit?“

Cíleně se ptejte na oblasti, které potřebujete lépe pochopit (např. získání pohledu dítěte na situaci, kterou popsala oznamující učitel, lékař atp.).

Rozhovor nesmí dítě přetížít.

Zároveň by ani tazatel neměl být přetížen množstvím úkonů toho dne, aby byl schopen se na rozhovor připravit, soustředit a naladit a měl pro něj dost času.

Co nedělat!

Nedopustit, aby se dítě cítilo provinile nebo trapně.

Nekritizovat ani neverbálně. Nekritizovat rodiče, ať udělali cokoliv!

Nenutit dítě k odpovědím, nepodsouvat mu je.

Nenechávat dítě samotné s cizími lidmi.

Pokud to není nezbytně nutné, nenutit dítě svlékat. Pakliže je to potřeba, aby se dítě vysvléklo – postupovat pomalu, vysvětlit proč to od něj požadujeme, zajistit maximálně možnou míru soukromí, myslet na možné pocity studu u dítěte a zachovávat jeho DŮSTOJNOST. V případě lékařských vysvětlení podrobně (přiměřeně věku) vysvětlit postup vyšetření a popisovat co se právě děje.

Závěr rozhovoru

Závěr rozhovoru je důležitý proto, aby dítě nebylo situací traumatizováno. Poděkujte dítěti s účastí a pohovoru, bez ohledu na to, jaké závěry jste si udělali. Vysvětlete dítěti, co se bude dít dál, a nedávejte sliby, které nemůžete splnit nebo ovlivnit. Domluvte se, jak bude probíhat další kontakt, zda se s vámi dítě může spojit, jak mluvit s rodiči, pokud by na dítě tlačili, aby jim sdělilo, co vám řeklo. Pokud zjistíte v průběhu rozhovoru, informace, které mohou nasvědčovat o ohrožení dítěte, zvažte otázku bezpečnosti, případně se obraťte na další odborníky a řešte situaci společně.

Děti předškolního věku

Vedete-li rozhovor s malými dětmi, je nezbytné znát podrobně problematiku vývojové psychologie a dle nich zvažovat techniky a postup vedení rozhovoru. Rozhovory s dětmi předškolního věku jsou velmi složité, protože jsou ve velmi variabilním a nesourodém věkovém období. V tomto věku jsou mezi stejně starými dětmi největší vývojové rozdíly – schopnost používat jazyk, míra imaginace, abstrakce, schopnosti řadit situace do časového schématu atp.

Klíčové oblasti rozhovorů s předškolními dětmi:

- Myšlení předškolních dětí je velmi konkrétní a jejich schopnost přemýšlet abstraktně je stále ve vývoji. Děti nerozumí ironii, metafoře a analogii, je potřeba si ověřit, jak dítě chápe předkládané pojmy.

- Řeč a myšlení předškolních dětí není uspořádáno logicky (tak jak to vnímáme my), jednají spontánně a vyhrknou to, co jim v daném okamžiku přijde na mysl – jejich příběhy mají tendenci být nesouvislé, nesourodé, někdy je obtížné najít ve všech informacích relevantní data – potřebujete-li podrobnosti, zeptejte se, ale pozor na sugestivní otázky.
- Chápání prostoru, vzdálenosti i časových údajů jsou v případě předškolních dětí nelogické a nelineární. Jejich paměť nefunguje chronologicky a ještě neumí používat měrné jednotky. Chcete-li pochopit děj, je potřeba zjistit tzv. „referenční body“, např. bylo to před snídáním, nebo po, bylo venku světlo nebo tma, bylo léto nebo zima, jak jsi byl oblečený.
- Otázka hodnověrnosti – lhaní takto malých dětí má dva nejčastější důvody: buď se snaží vyhnout trestu, nebo upoutat pozornost dospělého. Děti nejsou schopny vytvářet příběhy bez informací, se kterými nemají zkušenosti, nebo které se nenaucily. I bez občasné tendence říkat nepravdivé informace – děti poznají rozdíl mezi skutečností a fantazií.
- Předškoláci jsou egocentričtí ve vnímání světa i reakce na ně. Myslí si, že se svět točí jen kolem nich a týká se jich vše, včetně osobních problémů. Obvykle nepromýšlí, jaké dopady bude mít jejich chování na druhé. Obávají se toho, co si o nich ostatní myslí. Spontánnost může někdy nepřipravené dospělé zaskočit.
- Pozornost předškolních dětí je omezená, vést dlouhé hovory není možné. Je proto nutné postupovat flexibilně.
- V případě, že hovoříme s dětmi předškolního věku, můžeme se setkat s tím, že tyto děti nechtějí odejít od rodiče, zejména nejsou-li zvyklé na cizí dospělé. Pokud to není ohrožující, může být zpočátku i celé úvodní setkání organizováno spolu s rodiči.

Děti školního věku

Děti školního věku jsou již mnohem lépe schopny navázat rozhovor se SP, jejich odpovědi jsou již mnohem souvislejší a lze se v nich lépe orientovat, jsou schopny zobecňování a hodnocení událostí. V této souvislosti je potřeba zohledňovat, že děti školního věku už mohou upravovat své odpovědi dle očekávání, která si spojují s tazatelem. Tzn., dítě odpovídá tak, jak očekává, že to chce tazatel, nebo jak si myslí, že je to správné (děti v tomto věku již vědí, jaké jsou běžné normy fungování rodin – denní

režim, péče o děti a mohou své odpovědi upravovat tak, aby rodiče „kryly“). Děti v tomto věku jsou také citlivé vůči případné manipulaci ze strany rodičů, tzn., pokud rodiče před rozhovorem se SP dítěti tvrdí, že pokud bude říkat něco ošklivého o rodině, může skončit v dětském domově atp., může být dítě zcela paralyzováno a bude se spolupráci bránit.

Specifika dospívajících

- Dospívající má již zcela reálnou představu o tom, co je ve vztahu dětí a rodičů přirozené a „normální“.
- Potřeba vzdoru a existence přirozených neshod v rodině.
- Dospívající je již schopen účelového jednání (např. bude projevovat zájem o svěřením do péče otce po rozvodu rodičů, protože u otce má větší volnost).

4.6.2 Posouzení kvality péče a kompetencí rodičů

Hodnocení kvality péče a kompetencí rodičů se zaměřuje na posouzení materiální a finanční situace rodiny, způsob péče o děti, vztahy a komunikace uvnitř rodiny, silné stránky a zdroje rodiny a identifikaci potřeb. Otázky by měly směřovat k pojetí rodičovství, funkčnosti manželského/partnerského vztahu a zkoumání, jak rodiče vnímají současnou situaci, stav dítěte, případně aktuální problémy/potřeby. SP by měl být obezřetný při identifikování případných znaků domácího násilí, aby svým dotazováním neohrozil viktimizovaného partnera. Další konzultace mohou již probíhat odděleně, případně za přítomnosti dalších osob, které si rodina sama zvolí.

4.6.3 Analýza expertních posudků dalších odborníků

Expertní posudky hodnotící dítě a jeho rodinu jsou důležitou součástí celkové diagnostiky zanedbávání dítěte. Mnohé faktory, které diagnostika sleduje, nemůže ani SP sám bez ostatních členů multidisciplinárního týmu posoudit (např. zdravotní a psychický stav dítě, jeho kognitivní vývoj, školní úspěšnost apod.). Aby získaná data byla srozumitelná, objektivní a bylo možné je využít i k hodnocení progresu v rodině, musí mít standardizovanou a zformalizovanou podobu. Mnohé systémy ochrany dětí používají standardizované formuláře hodnocení ohrožení a situa-

ce dítěte, jejichž dílčí části vyplňují zdravotničtí pracovníci, školská zařízení a poskytovatelé sociálních služeb. Využití těchto postupů je mnohdy metodicky i zákonně zakotveno v místní legislativě.

4.6.4 Zhodnocení prostředí, ve kterém dítě žije

Šetření v rodině je jednou z nejnáročnějších profesionálních dovedností z mnoha důvodů. V mnohých (ne-li většině případů) lze očekávat negativní až nepřátelské reakce rodiny, které mohou intervenci vnímat jako nechtěný a naprosto nepřijatelný zásah do jejich soukromí. Už jen proto, že ve své péči neshledávají žádné nedostatky a tudíž zásahu SP nerozumí. Nebo proto, že rodiče jsou si vědomi nedostatků v péči o děti a mohou se obávat některé z možných sankcí (nejen odebrání dítěte, ale například i zastavení vyplácení sociálních dávek apod.). Při šetření v rodině je potřeba velmi pečlivě prověřovat sdělení jejich jednotlivých členů, a to nejen pro možné zlehčování problémů, ale SP by měl vždy zvažovat, zda některá sdělení nejsou jen způsobem jak očernit jiného člena rodiny. V případě šetření v širším sociálním prostředí (mezi sousedy, příbuzní apod.) je toto riziko ještě vyšší a SP musí být při shromažďování těchto informací obzvláště obezřetný a maximálně objektivní.

Sociální šetření by proto vždy mělo probíhat profesionálně:

- **efektivně** – to znamená, že SP zjišťuje jen ty informace, které skutečně ke své práci potřebuje,
- **systematicky** – SP zjištěné údaje transparentně zaznamenává, tak, aby je mohl účinně vyhodnotit,
- **objektivně** – získaná data SP objektivně vyhodnocuje (nejlépe s využitím standardizovaných nástrojů),
- **transparentně** – rodina je seznamována s výsledky sociálního šetření, má možnost se k zjištěným faktům vyjadřovat, až na naprosté výjimky by sociální šetření nemělo být prováděno bez předchozího oznámení,
- **důstojně** – veškeré informace, které SP o klientech získává, by si měl opatřovat s respektem ke klientům a zachováním jejich lidské důstojnosti a intimity,
- **důvěrně** – veškeré informace, které SP shromáždí formou sociálního šetření, jsou považovány za důvěrné a takto s nimi sociální pracovník zachází.

Při pořizování záznamů ze šetření, případně výsledné sociální zprávy by potom měl SP výrazně odlišit popis situace, prostředí a rodinných vztahů

v rodině od vlastní interpretace těchto skutečností. Tak, aby své postřehy a domněnky, které jsou často ovlivněny vlastní životní zkušeností a hodnotovou orientací, nezaměňoval za objektivní deskripci rodinné situace a životních podmínek dítěte. Sociální šetření by se mělo stát základním stavebním prvkem individuálního sociálního plánu a v tomto smyslu by mělo být i vytvářeno. Nesmí se stát pouhým „důkazním materiálem“ pro potvrzení sankce rodičům.

5 Rodina jako klient sociálních služeb

SP, případně jiné profese (rodinní terapeuti, lékaři, zdravotní sestry apod.), navštěvují rodiny klientů v rámci poskytování jimi realizovaných služeb. Je potřeba odlišit mezi návštěvou v rodině, šetřením v rodině a home-visitingem (tzn. poskytování sociálních služeb v rodinném prostředí), přestože často bývají tyto pojmy zaměňovány a i odborníky nesprávně používány. Tabulka 5.1 nabízí definice těchto forem práce, které je odlišují.

Tab. 5.1 Vysvětlení pojmů

Pojem	Popis	Realizátor
šetření v rodině	Zákon o sociálně-právní ochraně dětí umožňuje zaměstnancům příslušného OSPOD navštěvovat dítě a jeho rodinu v místě, kde bydlí, a sledovat, v jakých podmínkách dítě, resp. jeho rodina žije. Šetření v rodině je možné uskutečnit jen tehdy, je-li to v zájmu dítěte (pro ochranu jeho zdraví, života, práv) nebo v případě, kdy o to osoby odpovědné za výchovu dítěte požádají (prošetření poměrů).	OSPOD
home-visiting socioterapeutická práce v rodinném prostředí	Jedná se o soustavné ovlivňování rodiny prováděné pracovníkem v prostředí, které rodina definuje jako svůj domov (může se jednat i o přechodné bydliště v azylovém domě apod.). Užívá se jako jedna z forem sanace rodiny s tím, že je snaha o dosažení žádoucích změn přímo v rodině, a to posilováním dovedností a kompetencí potřebných k tomu, aby soužití nebylo pro některého člena rodiny ohrožující nebo destruktivní.	poskytovatel sociální služby

Pojem	Popis	Realizátor
návštěva v rodině	Jednorázová návštěva profesionála v rodině, která je obvykle součástí rodinné terapie. Jejím cílem je jednak sblížit terapeuta s rodinou, jednak mu má umožnit vhled do fungování rodiny a do prostředí, v němž rodina žije. Podmínkou jejího vykonání je souhlas dospělých členů rodiny.	psycholog, psychoterapeut, rodinný terapeut

5.1 Sociální šetření

SP OSPOD bude nejčastěji provádět sociální šetření, nikoliv návštěvu v rodině nebo home-visiting. Sociální šetření je velmi důležitou součástí komplexního hodnocení dítěte/rodiny, kterou v moderním pojetí ochrany sociální pracovník realizuje před okamžikem, než je vypracován IPOD. Smyslem sociálního šetření je zjistit, v jakém prostředí dítě žije, jak jsou v domácnosti zajišťovány jeho potřeby, případně jaká rizika mohou dítě v domácím prostředí ohrožovat (podnětnost prostředí, hygienická nezávaznost, základní vybavenost, případná environmentální rizika).

5.2 Sociální šetření versus home-visiting

Nejčastěji jsou vzájemně zaměňovány pojmy šetření v rodině a home-visiting. K těmto záměnám dochází především z následujících důvodů (98):

- Oba přístupy jsou většinou prováděny SP.
- Oba přístupy se většinou využívají při práci se stejnými cílovými skupinami.
- V obou případech jsou často realizovány institucemi pracujícími dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí (sociální šetření provádějí orgány sociálně-právní ochrany dětí a home-visiting je realizován pověřenými osobami, nejčastěji neziskovými organizacemi).

Obecně lze rozdíly spatřit nejen v odlišném odborném názvosloví, ale i v cílech, použitých metodách a ve většině případů i v osobách (institucích), které je realizují. Sociální šetření je prováděno především za účelem zjištění informací potřebných k poskytnutí sociálně-právní ochrany (zda

v rodině nedochází k týrání nebo zanedbávání dětí, prošetřování nároků na sociální dávky apod.), nikoliv za účelem nabízení a poskytování sociálních služeb. To je i jedním z důvodů, proč home-visitingové programy aktivně nevyhledávají své klienty. To znamená, že se spíše spoléhají na doporučení jiných organizací působících v komunitě nebo na aktivní zájem samotné rodiny o účast v programu. „Tradičně se home-visiting soustřeďuje na léčbu a řešení specifických problémů v rodině a má omezit zjevná rizika dětí nebo dospělých. Mimo jiné rovněž přináší jedinečnou příležitost jak získat důležité informace o rodinném prostředí, zdrojích a potřebách a zlepšuje schopnost poskytovatele individualizovat nabídku svých služeb (99).“ Domov se tak stává jediným a výlučným prostorem, ve kterém se klient potká se SP (pracovníkem jiných pomáhajících profesí). V tomto pojetí není návštěva odborníka v rodině jen doplňkem k ambulantnímu způsobu poskytování sociálních služeb stejným provozovatelem, ale samostatným a plnohodnotným terapeutickým prostorem a sběvytným modelem sociální práce. Harriet Kitzman jako charakteristiku uvádí, že „HV je místo a způsob poskytování služeb. Není to služba samotná. Jedná se o službu, která nemůže být se stejným pozitivním efektem poskytována na klinickém pracovišti (100).“

Společným pravidlem by pak mělo být, že SP se v situaci, kdy navštíví rodinu v jejím přirozeném prostředí, řídí běžnými společenskými normami, které v dané kultuře upravují chování hosta a hostitele při návštěvě v rodině. V naší kultuře se jedná především o respekt k rozdělení obytného prostoru na místa veřejná a neveřejná, pravidla přezouvání, vítání a loučení se s členy rodiny, přijímání, případně odmítání pohostění apod. I v případě, kdy SP provádí v rodině sociální šetření, by měl postupovat trpělivě, potřebuje-li navštívit i soukromé prostory rodiny (ložnice, koupelna apod.), měl by o to rodinu požádat, vysvětlit proč tyto prostory potřebuje vidět, své zjištění rozdělit na popis a interpretaci (viz výše v textu) a umožnit rodině se k jeho závěrům vyjádřit. Zároveň by se měl sociální pracovník snažit vidět za každou rodinou naprosto jedinečný a neopakovatelný systém. Měl by se pokoušet empaticky „číst“, co mu rodina sděluje takovými symboly, jako je pozvání do dosud „zapovězeného pokoje“ nebo ke kuchyňskému stolu, podávání oblíbeného druhu čaje každou návštěvu do stejného hrníčku, společné prohlížení rodinných fotografií, pozvánka na besídku dcery nebo první koncert syna.

Tab. 5.2 Rozdíly mezi šetřením v rodině a home-visiting

	Šetření v rodině	Home-visiting
Cíl	získání informací o prostředí, ve kterém dítě žije	poskytnutí psychosociálních služeb
Metody	dotazník, šetření, prohlídka bytu a vybavení	socioterapeutické a psychoterapeutické techniky
Průběh	Může být prováděno bez ohlášení, často ještě před uzavřením kontraktu, řídí se zájmem zhodnotit situaci dítěte/rodiny.	Vždy ohlášena, průběh je přesně strukturován dle uzavřeného kontraktu.
Četnost	Může být jednorázově nebo nahodile.	opakovaná a systematický činnost
Instituce	SPOD, policie, pracovníci soudu	poradenské pracovníci, socioterapeuté
Vztah se širším okolím	zdroj informací, šetření v komunitě	potenciální zdroj pomoci
Forma	KONTROLA	PODPORA

5.3 Sociální šetření versus návštěva v rodině

Odlišnost šetření v rodině od návštěvy v rodině (ve smyslu výše uvedených definic) spočívá především v tom, že návštěva v rodině je užívána za účelem doplnění informací o rodinných hranicích, funkčnosti rodiny a rolích jejich jednotlivých členů. V rodině se pak, nejčastěji rodinný terapeut stává pozorovatelem běžných událostí a komunikačních vzorců, nikoliv aktivním spolutvůrcem děje. Sobotková prezentuje návštěvu v rodině jako jednu z klinických metod diagnostiky rodiny. „V psychologickém studiu rodin, v diagnostice a terapii se však tato metoda prosazuje dost obtížně a pomalu, oproti převládajícímu způsobu kontaktu s rodinou pouze na půdě odborných zařízení.“ Dále v textu uvádí i některé bariéry častějšího využití návštěvy v rodině jako terapeutického modelu. „Při vstupu do rodiny nás může ohrožovat pocit nejistoty, neznáma, nebereme si s sebou „zázemí svého pracovního stolu“. Vyskytnou se obavy

ze ztráty vlastní prestiže, z konfrontace s jinou sociální realitou. Je třeba postupně hledat orientaci a začlenění do svérázných rodinných vzorců. Situace vyžaduje, abychom našli optimální polohu na kontinuu „chladný odstup“ a „vydat se rodině všanc“ a abychom v této poloze nebyli rigidní, ale pružně pohybliví. Také si uvědomujeme, že své případné profesionální nebo osobnostní nedostatky skryjeme před rodinou stejně těžko, jako ona před námi své problémy (101).“ Výše uvedené charakteristiky platí pro SP jen zčásti. Sice se i oni mohou cítit ohroženi vstupem do rodinného prostředí klientů (viz kapitola „Navazování vztahu a očekávání klientů a sociálních pracovníků“), ale práce s rodinou a v rodinném prostředí jsou naprosto zásadním a klíčovým nástrojem sociální práce. Nejen v sociálních službách, ale i při poskytování ochrany dětí je naprosto běžné, že SP opouští instituci, která ho zaměstnává a přichází za svým klientem do prostředí, ve kterém žije, pracuje, tráví volný čas apod. Proto se domníváme, že pro SP není návštěva v rodině „experimentem s profesionální rolí“ (102), ale naopak naplněním a potvrzením jejich profesních kompetencí.

5.4 První šetření v rodině

První návštěva v rodině má velmi významnou roli, protože je začátkem budování vztahu mezi rodinou a SP, je tedy pokládáním stavebního kamene procesu, který má dopomoci rodině k získání nových zkušeností a dovedností. Pokud to nevyžaduje naléhavost a okolnosti situace, měl by se SP s rodinou sejit nejdříve na neutrálním místě (třeba ve škole), případně ve své kanceláři a na prvním setkání v rodinném prostředí se domluvit. Klient by měl vědět nejen, kdy a kdo přijde do jeho domácího prostředí, ale rovněž i jak bude šetření probíhat, jak bude vypadat záznam ze šetření a zda, případně jak, se k němu může rodina vyjádřit. Také je dobré ujasnit si některé technické detaily, např. zda a na jaké jméno má rodina zvonek a zda funguje, jestli je možné se dostat až k bytu, nebo je mezi bytem a vchodem do domu několik zamčených dveří, případně, zda je možné domluvit si alternativní kontakt – např. jakmile bude SP před domem, zavolá rodině mobilním telefonem apod.

Za kritický moment prvních návštěv je považována komunikace mezi SP a rodinou. Rodina může být příchodem cizích osob znejistěna, neví přesně, co může od setkání očekávat, návštěva v rodině může být vnímána jako významný průnik do soukromí rodiny a pokus o kontrolu dění

v rodině. Většina metodik ochrany dětí věnuje prvnímu setkání (návštěvě) v rodině velkou pozornost a ve výcvikových manuálech a standardech dobré praxe jsou dopodrobna rozepsány. Pokud se již rodina se SP zná, má šetření v rodině více „pracovní“ charakter, tzn., že SP provádí standardizované pozorování.

Pokud je šetření v rodině zároveň prvním kontaktem s rodinou, měla by mít především informativní charakter. Jejím cílem je představit rodině sebe i fungování OSPOD, vysvětlit svou přítomnost, popsat, co se bude v průběhu šetření i následně dít, kdo se může konzultací zúčastnit (které další členy rodiny mohou klienti ke konzultacím pozvat, aj.). Vždy se ujistěte, že klient porozuměl, co mu sdělujete, a že podstatné informace si klient i pamatuje. Nejdůležitější informace, jako je vaše jméno, telefonní číslo, kde vás klient může najít a kdy může přijít, je vhodné mít připravené na vizitce, případně letáčku, který by měl obsahovat i stručné shrnutí vaší role, pokud možno formulováno v neutrálních nebo pozitivních sděleních (např. „Hlavním cílem práce OSPOD je pomoci rodinám zkvalitnit péči o děti a podpořit je při zvládání obtížných sociálních situací.“). Počítejte s tím, že možná budete muset některé informace klientům opakovat, protože budou rozrušeni nebo zmateni. Je potřeba si uvědomit, že pokud se rodina se SP poprvé potká při jeho příchodu na sociální šetření, může probíhat první kontakt v napjaté až nepřátelské atmosféře. O to více, by měl SP věnovat pozornost reflexi vlastních očekávání a očekávání klientů, pracovat s negativními pocity rodiny formou verbalizace a striktně se držet formálního a strukturovaného postupu (kdo jsem, proč jsem přišel, co od vás potřebuji vědět, co bude následovat, jaká máte práva, záznam z šetření by měl mít standardizovanou a formalizovanou podobu, SP by se měl zdržet předčasných závěrů nebo neopodstatněných slibů apod.).

Na každou konzultaci v rodině je potřeba se velmi dobře připravit, vzhledem k tomu, že v rodině je vždycky poněkud více neuspořádané prostředí, než pokud konzultace probíhá v kanceláři. Jednak musí SP zpracovat mnohem více podnětů (podněty z prostředí, mnohem bohatší a pestřejší interakce mezi jednotlivými členy rodiny apod.) než při konzultaci v kanceláři, kdy se může SP soustředit pouze na klienta a jeho sdělení. Pokud není SP na konzultaci dobře připraven, může se stát, že ho pohltní chaos a šetření nesplní svůj účel.

Rady pro první šetření v rodině

Přicházejte přátelsky naladěni, ale s patřičnou autoritou (tzn., klepejte nebo zvoňte důsledně tak, aby bylo jisté, že vás bylo v bytě slyšet, pokud klienti nereagují napoprvé, vše po chvíli opakujte).

Snažte se chovat profesionálně, ale přitom lidsky – požádejte o možnost vejít dál (přestože je zjevné, že jste přišli právě proto) a respektujte, kam vás klient pozve. Dodržujte pravidla toho, jak se rodina chová doma (tzn. otázka přezutí, místnost, kde jsou přijímány návštěvy apod.). Pokud potřebujete v průběhu šetření navštívit i další prostory, vždy požádejte o svolení a postupujte s maximálním taktem a diskretností.

Pokud se jedná o první kontakt s klientem, stručně zdůvodněte svou návštěvu (např. „Náš úřad přijal informace od někoho, kdo si dělá obavy o vaše děti. Ráda bych s vámi probrala, vše co nám pomůže objasnit, jak se daří vašim dětem a jak celou situaci vidíte vy.“). Pokud se klient snaží zjistit, kdo oznámení provedl, nebo rozporuje již samotné zahájení procesu ochrany dětí, postupujte klidně, ale asertivně (např. „Rozumím, že vás moje sdělení zaskočilo a zaznamenám do zápisu z konzultace váš názor. Ale ze zákona mám povinnost prošetřit všechna podezření, která se týkají možného ohrožení dítěte. Budu ráda, pokud se mnou projdete následující dotazník, který nám pomůže lépe pochopit, co se vlastně děje a zda vám můžeme nějak pomoci.“).

Pokud v průběhu konzultace potřebujete vyřešit nějaké administrativní úkony, požádejte, zda můžete sedět na místě, kde je možné vše přehledně rozložit a zpracovat (např. kuchyňský stůl).

Jestliže je to potřeba, zdvořile požádejte klienty o vypnutí televize nebo rádia, aby bylo možné soustředit se na konzultaci.

Pokud jdete do rodiny, kde jsou malé děti, přineste s sebou drobnosti, které může rodina jednak vnímat jako vstřícné gesto a jednak mohou zabavit děti během konzultace (omalovánky, pastelky apod.).

Na rozdíl od konzultace probíhající v kanceláři je každé setkání uskutečněné v rodinném prostředí považovat za soukromou až intimní záležitost. Přestože je konzultace domluvená, může SP přijít nevhod – rodiče za sebou mohou mít náročný den v práci, pokud jsou v rodině malé děti, mohou mít drobné zdravotní potíže, které rodiče stresují, rodiče mohou být nevyspalí nebo se musí věnovat dětem (přebalování, krmení apod.), anebo např. může SP přijít dprostřed rodinného konfliktu s dospívajícím dítětem. To může svádět k rozvolnění hranic mezi SP a rodinou (např. snaha rodiče vytvořit koalici se SP proti dospívajícímu) nebo může

narušit strukturu a plán konzultace (namísto plánovaného hodnocení dítěte bude mít rodina tendenci řešit aktuální incident). Proto je nezbytné mít každou konzultaci předem dobře připravenou a je-li to jen trochu možné, držet se strukturovaného schématu.

Každá konzultace by měla být formálně ukončena – tzn., že SP by měl shrnout průběh konzultace a informace, které od rodiny získal. Měl by poskytnout klientům prostor vyjádřit se ke všem skutečnostem, které se během konzultace probíraly, upřesnit další postup a ujistit se, že klient ví, jak může v případě potřeby nebo zájmu SP kontaktovat (103–105).

5.5 Etické konflikty při konzultaci v rodině

5.5.1 Přijímání darů

Velkým etickým dilematem při konzultacích uskutečňovaných v rodině je otázka přijímání darů, nejčastěji v podobě občerstvení. V této souvislosti nelze přesně stanovit hranici mezi tím, co je ještě běžným projevem pohostinnosti a kdy se rodina snaží SP neúměrným způsobem zavázat. SP se v každé situaci musí řídit obecně uznávanými pravidly vztahu host – hostitel, svými zkušenostmi a taktem. Obecně lze říci, že drobné pohoštění v podobě kávy, čaje, nealkoholických nápojů, drobných sušenek aj. nelze považovat za dar, ale běžný standard, který v naší kultuře zdvořile poskytuje hostitel svým hostům. Jestliže rodina tuto nabídku SP učiní, měl by, je-li to možné, nabídku přijmout, byť by požádal pouze o sklenici vody. Ze strany rodiny se totiž může jednat o jakýsi test důvěry vůči SP, tzn., zda se nad rodinu nepovyšuje, zda svou přátelskou tvář jen nepředstírá apod. Diskutabilní je již situace, kdy rodina pozve SP na oběd či večeři, v tomto případě by měl SP zdvořile, ale důrazně odmítnout, protože společné jídlo má sice stále ještě symbolickou roli, ale je vyjádřením vztahu, který překračuje hranice mezi rodinou a SP SPOD. I v tomto případě jsou SP provádějící sociální šetření, v odlišné pozici od SP nabízející home-visiting. Pokud se v rámci home-visitingu rodina učí hospodařit, vést domácnost a vařit, může být pak společné jídlo, které rodina uvařila s pomocí terénního sociálního pracovníka, velmi symbolickým aktem.

Pokud rodina SP nabízí jiné drobné dárky, které mají pouze symbolickou hodnotu, zejména jedná-li se o věci, které rodina nebo samy děti připravily, měl by je SP spontánně přijmout a ocenit nejen dar samotný,

ale snahu a práci, která je za nimi. SP by však v žádném případě neměl přijímat žádné jiné typy darů, případně protislužeb vyplývajících například ze zaměstnání rodičů (otec pracuje jako taxikář, stěhovák apod. a nabízí své služby za zvýhodněné ceny nebo zdarma).

5.5.2 Diskrétnost spolupráce

Zařazení rodiny do systému ochrany dětí, je nezbytné vnímat jako situaci, která vyžaduje maximální diskrétnost a důvěrnost sdělení. Zahájení spolupráce rodiny se SP by neměla rodinu v jejím sociálním prostředí stigmatizovat. Pokud nevyžaduje situace dítěte podrobné šetření v bydlišti, kde se dítě zdržuje (např. OSPOD má hodnověrné informace ze školy či od poskytovatelů zdravotnických služeb nebo rodina spolupracuje s OSPOD a v rámci hodnocení dítěte/rodiny má SP k dispozici všechny potřebné informace) neměl by SP při sociálních šetřeních na sebe zbytečně upozorňovat, např. nošením viditelného identifikačního průkazu, příjezdem označeným autem apod.

5.5.3 Pochopení příčin

Aby bylo možné individualizovat přístup sociálního systému k rodině a vytvořit skutečně efektivní IPOD, je nezbytné odhalit a pochopit příčiny nevhodného/nedostatečného chování rodičů k dítěti/dětem. Například v případech zanedbávání dohledu, kdy je batole ponecháno samo v bytě bez dozoru dospělé a kompetentní osoby, je potřeba znát důvody tohoto chování rodiče, aby bylo možné rodině poskytnout adekvátní služby.

- Jednalo se o podcenění situace ze strany rodiče?
- Je to projev lhostejnosti?
- Je příčinou špatná ekonomická situace (např. situace, kdy osamělý rodič musí do zaměstnání, aniž by měl možnost využít pomoci někoho jiného z rodiny)?

5.5.4 Důsledky nevhodné/nedostatečné péče

Důsledky nevhodné/nedostatečné péče o dítě jsou podstatným bodem analýzy hodnocení dítěte rodinou. V této souvislosti existují dvě základní otázky, které je potřeba zodpovědět. Za prvé, vyžadují důsledky nevhod-

né/nedostatečné péče ošetření nebo léčení (tzn. podvýživa, zanedbání péče o zdraví, chrup, psychologické problémy apod.)? Za druhé, jsou v rodině stále přítomny rizikové faktory, které mohou negativně působit na dítě a negativní důsledky prohlubovat? Pokud ano, jaké povahy a závažnosti jsou tyto důsledky?

5.5.5 Silné stránky rodiny a jejich jednotlivých členů

Stejně tak, jako se SP musí při hodnocení dítěte/rodiny zaměřit na analýzu rizikových faktorů a jejich příčin, měl by se systematicky a zřetelně ptát na silné stránky rodiny a jejich jednotlivých členů, které mohou pomoci snižovat vliv rizikových faktorů.

5.5.6 Jak jednotliví členové rodiny vnímají rizikové chování – a podmínky

Rozhodující fází hodnocení dítěte/rodiny je nalezení společného konsenzu mezi rodinou a OSPOD v tom, co je na chování rodiny pro dítě nevhodné nebo nebezpečné a co je potřeba změnit. Bez nalezení této shody není možné, aby SP očekával motivaci a účast rodičů na procesech minimalizace rizik. Následující otázky mohou SP pomoci v této oblasti:

- Jsou jednotliví rodinní příslušníci schopni rozpoznat problémy, už když se začnou poprvé objevovat/vznikat?
- Jsou si jednotliví rodinní příslušníci vědomi přítomností rizikových faktorů/chování?
- Mohou sami rodinní příslušníci identifikovat následky nebo dopady rizikových faktorů na jednotlivé členy rodiny a rodinu jako celek?
- Vyvíjí rodinní příslušníci zvláštní úsilí k tomu, aby řešili nebo odstranili rizikové faktory/chování?
- Jak je rodina úspěšná při zvládání řešení těchto problémů?
- Jaká očekávání rodina projevuje v souvislosti s možnými změnami chování nebo situace v rodině (optimismus, obavy, sebepodceňování, apatie)?

5.5.7 Analýza získaných dat

SP musí určit hlavní rizikové faktory, které mají vliv na nevhodnou/nedostatečnou péči o děti. Pozornost je potřeba věnovat nejen samotné přítom-

nosti rizikových faktorů (či rizikového chování), ale i určení jejich příčiny, charakteru, rozsahu a závažnosti. Za nejzávažnější je nutné považovat ty, jejichž odstranění nebo minimalizaci není schopna rodina zvládnout sama. K pochopení těchto souvislostí mohou SP pomoci následující otázky:

- Jak důležitý je daný rizikový faktor ovlivňuje dítě/rodinu (škálování – velmi důležitý, důležitý, podstatný, nepodstatný)?
Jak intenzivně daný rizikový faktor působí v rodině (škálování – mírně, středně, závažně, zcela zásadně)?
- Jak často se rizikový faktor vyskytuje ve výchově/péči o dítě (škálování – zřídka, někdy, často, stále)?
- Jak dlouho je rizikový faktor/chování ovlivňuje chování/situaci v rodině (škálování – aktuálně, dny, týdny, měsíce, roky)?
- Jaké jsou důsledky daného rizikového faktoru pro dítě a rodinu (škálování – lehké, střední, významné, zásadní)?
- Jaké jsou představy rodičů o vlivu rizikového faktoru/chování na dítě (škálování – pochopení, uvědomění, neznalost, popírání, ospravedlnování)?

Tento proces může pomoci SP především při stanovování priorit IPOD (individuální plán ochrany dítěte) v situaci, kdy se v rodině vyskytuje více rizikových faktorů nebo rizikového chování. Umožňuje rozdělit IPOD do menší dílčích cílů, které se zaměřují na konkrétní oblasti zhoršené nebo nevhodné péči o děti a pomáhají definovat i kritéria hodnocení progresu v důsledku poskytovaných služeb.

Budeme-li se na proces změny dívat jako na společný úkol SP a rodinu, pak měření v sociální práci má následující význam:

- Ukazuje nám, kde se momentálně nacházíme (v porovnání s tím, kde jsme se nacházeli dříve, a kam chceme dospět),
- Informuje nás o tom, zda se přibližujeme stanovenému cíli (cílům).
- Poskytuje nám zpětnou vazbu o aktivitě všech zúčastněných.
- Umožňuje nám neustále se zlepšovat.

Proč potřebuje klient kontrolovat pokrok a výsledky?

Pomáháme mu k lepšímu pochopení vlastní situace (ví, kde je a co se kolem něj děje).

Zůstáváme zaměřeni na cíl. Až se budeme blížit cíli, možná budeme muset upravovat časový plán i podobu nabízených služeb, teprve znalost vlastní situace nám to umožní.

Ví, jak dlouhá cesta ho ještě čeká. Postupujeme k cíli? Dospějeme k němu včas? Nabízí se jiná alternativa? Potřebujeme další pomoc nebo jiné zdroje? Máme je?

Umožní sladit své potřeby s potřebami druhých lidí. Kdo s Vámi spolupracuje? Uskutečníte-li nějaké změny, koho dalšího se dotknou?

Zpětná vazba pro všechny zúčastněné.

Odpovědnost. Viditelně zplnomocňuje klienta k dosažení trvalých a žádoucích změn.

6 Individuální plán ochrany dítěte

6.1 Principy tvorby IPOD

IPOD vychází z výsledků komplexního hodnocení dítěte/rodiny a úvodní případové konference. Je potřeba, aby byl sestaven realisticky, a to jak s ohledem na stanovené cíle, tak s ohledem na způsoby jejich dosažení, především s ohledem na dostupnost a kapacitu služeb, které budou za účelem jejich naplnění poskytovány. Do celého procesu plánování a poskytování intervence je potřeba zapojit všechny členy rodiny, včetně samotných dětí. Je potřeba podpořit rodiny, aby samy navrhovaly a vytvářely plány na zajištění bezpečnosti a rozvoje svých dětí. IPOD musí obsahovat i časový rámec pro dosažení celkového i dílčích cílů. Také by měl obsahovat ustanovení týkající se nedobrovolných klientů a případných soudních konsekvencí sociální intervence (107).

Účelem IPOD je:

- Společně s klienty stanovit strategie, které pomohou řešit dopady nevhodné/nedostatečné péče.
- Poskytnout pro rodinu i OSPOD jasný a konkrétní návod jak změny dosáhnout.
- Poskytnout měřítko pro hodnocení progresu v rodině.

Vytváření IPOD se musí řídit následujícími principy:

Aktivní zapojování celé rodiny do procesu plánování. Tento přístup:

- podporuje a prohlubuje vztah mezi rodinou, OSPOD a poskytovateli služeb,
- usnadňuje rodině realizovat vytyčené cíle, protože konvenují s jejich potřebami,
- umožňuje rodině přijmout nezbytná opatření související s požadovanými změnami, včetně případných zásahů do rodiny (dohled, pravidelné návštěvy pomáhajících, předávání informací apod.),
- zajišťuje, aby rodina i OSPOD směřovali ke stejnému cíli,
- určuje povinnosti, kompetence a odpovědnost jednotlivých participujících subjektů (rodiny, OSPOD, poskytovatelů služeb).

Volba rozumných a dosažitelných cílů, jež souvisí s podmínkami nebo problémy, které způsobily nedostatečnou/nevhodnou péči o děti.

Zde platí následující pravidla:

- Úvodní cíle by měly vycházet z priorit rodičů, mělo by se jednat o jednodušší cíle, měly by být realizovatelné do 4 týdnů od zahájení intervence, aby rodina hned v úvodu zažila pocit úspěchu a satisfakce ze spolupráce.
- Cíle musí být konkrétní a rodině musí být jasné, jak jich dosáhnout.
- Cíle by měly být pojmenovány pozitivně (tzn., co dělat, nikoliv co nedělat) a jasně.
- Cíle musí být sepsány jasným a pro klienty (včetně dítěte) srozumitelným jazykem.
- Cíle musí být měřitelné, aby každý věděl, zda a kdy bylo dosaženo cíle – sociální pracovník musí být schopen hodnotit i drobné pokroky a musí být schopen je smysluplně klientům sdělit.
- Pro dosažení cílů musí být stanoveny reálné časové lhůty.
- Cíle je vhodné rozdělit do malých, jednoduchých, smysluplných a postupných úkolů.

Zaznamenávání a písemné dokumentování každého dílčího plánovaného nebo uskutečněného kroku. **V dokumentaci je nutné:**

- popsat, co rodina, OSPOD i sociální služby budou dělat,
- popsat způsob sdílení a výměny informací,
- stanovit, jaký bude časový harmonogram pro dosažení těchto cílů,
- zaznamenat každou událost, která vyžaduje změnu IPOD se zdůvodněním (např. změna zdravotního stavu, nástup rodiče do zaměstnání, stěhování apod.).

Nastavení transparentních kritérií hodnocení pokroku pomoci:

- rozhovoru s rodinou s využitím sebehodnotících škál,
- strukturovaného pozorování dítěte, chování rodiče a prostředí, kde dítě žije (rediagnostika s využitím vstupních hodnotících kritérií),
- posudků a zpráv dalších expertů.

Individuální plán ochrany dítěte (IPOD) se musí soustředit zejména na dva klíčové subjekty – na dítě a na jeho rodiče (popř. osoby, které ho mají v péči). Rovněž musí zohledňovat pozitivní i negativní vlivy širší rodiny, případně komunity. IPOD vychází z výsledků Komplexního hodnocení dítěte/rodiny a je vytvořen tak, aby odpovídal individuálním potřebám a možnostem každé konkrétní rodiny. Přestože má písemnou podobu (pod kterou jsou klienti podepsáni), jedná se o klinický nástroj směřující k zlepšení podmínek dítěte a rodiny, což znamená, že je možné/nutné ho měnit, kdykoliv se objeví nové skutečnosti, které ovlivní cíle, procesy, ale i časové harmonogramy jeho realizace. Nejlepší je vytvořit

jednu obecnou smlouvu deklarující ochotu a připravenost všech stran ke spolupráci, která bude poté konkretizována plány řešení dílčích obtíží.

IPOD na straně dětí musí zahrnovat:

- zajištění bezpečí,
- minimalizaci a/nebo odstranění negativních důsledků případné traumatizace,
- minimalizace a/nebo odstranění negativních důsledků dosavadní nevhodné/nedostatečné péče rodičů,
- zajištění rozvoje všestranných potřeb dítěte,
- rozvoj kapacity dítěte (včetně jeho schopnosti odolávat budoucímu ohrožení) – coping strategie.

IPOD na straně rodičů musí zahrnovat:

- pochopení potřeb dítěte a minimálního standardu kvality rodičovské péče,
- nahrazení nežádoucího výchovného (pečovatelského) chování žádoucími formami chování,
- posílení začlenění rodiny do komunity, zlepšení schopnosti využívat vlastní a širší sociální zdroje,
- osvojení si společensky přijatelných forem řešení stresových životních situací.

Minimální požadované cíle IPOD (krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé):

Očekávané cíle na straně dětí směřují k změnám v chování, vývoji, duševnímu a fyzickému zdraví, vztahům s vrstevníky a vzdělávání. Jedná se o obecné okruhy cílů, které jsou pak pro každé konkrétní dítě rozpracovány, *např. zahájit terapeutické aktivity směřující k zvládnutí impulzivního chování dítěte mezi vrstevníky.*

Očekávané cíle na straně rodičů (osob pečujících o děti) směřují k oblasti fyzického a duševního zdraví, schopnosti řešit problémy, sebekontroly impulzivního jednání, kontrole užívání návykových látek, zacházení s dítětem a rodičovských dovedností. Jedná se o obecné okruhy cílů, které jsou pak pro každého konkrétního rodiče rozpracovány, *např. naučit se stanovovat hranice a limity chování dítěte bez použití fyzického násilí.*

Očekávané cíle na straně rodiny směřují k začlenění rodiny do komunity, posílení hranic a ochrany rodiny a posílení schopnosti využívat sociální podporu a komunitní zdroje. Jedná se o obecné okruhy cílů, které jsou pak rozpracovány pro každou konkrétní rodinu, *např. využít volnočasové aktivity pro děti, veřejně prospěšné práce pro rodiče apod.*

Očekávané cíle v oblasti prostředí rodiny směřují k zmenšení izolace rodiny, zlepšení bytových a životních podmínek a bezpečnosti dětí (rodiny) v prostředí, kde žije.

Metody dosažení cílů prostřednictvím služeb a aktivit, které budou dítěti/rodině pro naplnění cílů poskytovány:

- zdravotnické služby,
- vzdělávací služby,
- volnočasové, komunitní a dobrovolnické služby,
- socioterapeutické aktivity,
- psychoterapeutické aktivity,
- sociální služby,
- institucionální péče.

Mapování zdrojů, které lze využít k naplnění cílů:

- rodinné zdroje – uvnitř nukleární rodiny, širší rodinné vztahy,
- neformální komunitní zdroje – sousedé, spolky a komunitní služby (Skaut, Sokol apod.), církevní aktivity,
- formální – veřejné sociální, zdravotní a vzdělávací služby, probační služby apod.

Měřitelná kritéria dosahování cílů a způsob jejich vyhodnocování (kontroly) – každému cíli musí být stanoveno kritérium jeho vyhodnocení včetně toho, kdo bude vykonávat kontrolu dosažení cílů (např. zpráva školy, lékaře apod.).

Kompetence a způsob výměny informací mezi jednotlivými subjekty – tzn., kdo, komu, jak, kdy předává informace, jak jsou potřebné informace sdíleny mezi všemi subjekty, kdo je zodpovědný za jejich vyhodnocování, kdo může měnit IPOD a jakým způsobem. Systém výměny informací musí být představen rodině, zároveň však musí zachovávat zásady ochrany práv klientů a etiky práce. I v tomto systému musí existovat ochrana osobních sdělení souvisejících s terapií, např. matka v rámci socioterapie sděluje pocity viny a bezmoci z mateřství – tato informace by měla zůstat uvnitř terapeutického vztahu a mimo něj je sdělována jen v okamžiku, kdy může mít vliv na realizaci IPOD nebo ohrožení dítěte.

Mapování a vytváření alternativních řešení – při tvorbě IPOD, zejména v případech závažného rizika ohrožení dítěte, je potřeba mapovat a tvořit alternativní řešení, která budou realizována v případě selhání intervenčních snah vůči rodině. Primárně bychom se měli soustředit na širší možnosti rodiny, pak dalších blízkých nepříbuzenského charakteru

a veřejných služeb (např. středoškolák může během týdne bydlet na internátu apod.).

Časový horizont dosahování krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých cílů – časový horizont je nezbytný proto, aby dítě (potažmo rodina s více dětmi) nezůstávalo v systému OSPOD po celé své dětství bez zjevných posunů v jeho situaci. Tento faktor musí být uplatňován i na poskytovatele intervenčních služeb, aby byli motivováni k prokazatelným efektům intervence, nikoliv jen k obsazenosti kapacity služby.

Při výběru vhodného intervenčního postupu a služeb musí **OSPOD zvažovat řadu etických a odborných otázek**, a to zejména:

- volit postup, který nejlépe vyhovuje potřebám klienta, jeho vnímání problému a hodnotové orientace,
- zvolená intervence musí vycházet ze silných stránek a zdrojů klienta,
- strategie musí vycházet z dostupnosti zdrojů konkrétní komunity (tzn., že klient nemůže být postižován za nedostatečnou nebo nefunkční sociální síť, např. odebráním dítěte z péče rodičů).

Pro správné vyhodnocování IPOD je nezbytné si uvědomit, že zahájení intervence, např. psychoterapie, změna výchovného stylu apod., může v počátku vést k propadu v situaci dítěte (např. regresivní nebo agresivní chování dítěte ve škole). S tímto faktorem musí IPOD i všichni zainteresovaní včetně OSPOD a rodiny počítat, být na ně připraveni, vědět, jak na toto chování zareagovat a nečinit unáhlená rozhodnutí (ve smyslu unáhleného umístění dítěte do ústavní výchovy aj.). IPOD je potřeba vnímat jako dynamický, nikoliv statický proces, v rámci kterého může docházet k očekávaným i neočekávaným změnám. Tyto změny je vždy potřeba hodnotit ve vztahu k potřebám a ohrožení dítěte a také k postoji rodičů k těmto událostem (otevřenost, spolupráce, projevy zájmu o potřeby a vývoj o dítě apod.).

7 Úvodní případová konference – zpracování podkladů pro IPOD

Úvodní případová konference slouží jako platforma pro vyhodnocení komplexního hodnocení dítěte/rodiny, pojmenování priorit, které musí zahrnovat IPOD, a zapojení dalších subjektů, které mohou pomoci rodině při posilování vlastních kompetencí a zlepšování své sociální situace. Na úvodní případovou konferenci přináší OSPOD zanalyzované klíčové rizikové faktory/chování, k jejichž odstranění nebo minimalizaci by měl sloužit IPOD.

Cíle vstupní případové konference:

- propojení rodiny, poskytovatelů psychosociálních služeb a OSPOD,
- vyjasnění pravidel předávání a sdílení informací se zachováním práva rodiny na soukromí a zohlednění povinnosti zachovat lékařské tajemství a důvěrnost informací sdělených v rámci psychoterapie,
- stanovení následujícího postupu, včetně definování rolí a odpovědnosti jednotlivých subjektů, časového harmonogramu poskytování služeb a jejich vyhodnocování.

Účastníci vstupní případové konference:

- ohrožené dítě (je-li to možné a žádoucí),
- zástupce nebo opatrovník dítěte (může být i advokát, kolizní opatrovník apod.),
- rodiče dítěte (kromě situace, kdy by mohla účast rodiče ohrozit dítě nebo probíhající trestní stíhání),
- opatrovník rodiče (jestliže rodiče mají omezenou způsobilost k právním úkonům),
- další rodinní příslušníci, kteří o dítě pečují nebo mohou pomoci rodině s péčí o děti,
- OSPOD,
- zástupce orgánů činných v trestním řízení (vyžaduje-li to situace, tak např. i probační a mediační pracovník),
- experti poskytující služby péče o děti (zdravotníci pracovníci, pedagogové, terapeuti apod.),
- experti poskytující služby péče o rodinu (home care, home-visiting, manželské a rodinné poradny, terénní sociální služby, sociální služby aktivizační apod.),

- experti poskytující služby péče o dospělé (z oblasti léčby závislostí, péče o fyzické nebo psychické zdraví, oblast zaměstnanosti, kurátor pro dospělé apod.),
- dobrovolnické služby – Pět P, Host Home Start apod.

Úvodní případová konference by měla být svolána, co nejdříve po dokončení komplexního hodnocení rodiny/dítěte, tak, aby byla snížena úzkost rodiny z probíhajícího procesu hodnocení ohrožení dítěte a zároveň bylo využito potenciálu ke změně, která byla v rodině nastartována zahájením řešení situace. Zvýšená pozornost by měla být věnována dětem odebraným z péče rodičů a dětem, které vykazovaly v úvodním hodnocení závažnou míru ohrožení. V těchto případech je žádoucí co nejdříve zahájit poskytování sociální intervence.

Vytvořený IPOD by měl být probrán s rodinou, a to jak s dítětem, tak jeho rodiči, případně osobami, které o dítě pečují a budou se na jeho realizaci spolupodílet. Rodina musí s IPOD nejen souhlasit, ale především mu musí rozumět, a to ve všech oblastech – tedy co, jak, do kdy, s využitím jakých zdrojů a s jakým efektem. Na závěr tvorby IPOD by měl být vytvořen písemný kontrakt obsahující výše uvedené body.

Písemný kontakt by měli podepsat:

- dítě (je-li to možné),
- rodiče nebo osoba, která o dítě pečuje,
- zástupce OSPOD,
- poskytovatelé intervenčních služeb, které bude rodina při naplňování IPOD využívat.

Při uzavírání dohody o plnění IPOD s dítětem by měl sociální pracovník věnovat zvýšenou pozornost srozumitelnosti sdělení vůči dětem, a to vzhledem k věku a komunikačním schopnostem dítěte. Dítě musí být do naplňování IPOD zapojeno, ale zároveň v něm nesmí být vytvářen pocit, že je odpovědné za funkčnost rodiny. Není vhodné, aby dítě IPOD pochopilo tak, že nezlepší-li se ve škole, budou rodiče potrestáni.

7.1 Principy realizace IPOD

Poskytované služby by měly vycházet z IPOD a směřovat k cílům v IPOD stanoveným. **Intervenční služby musí vycházet z následujících teoretických východisek:**

- povinnost zajistit péči a ochranu dětí je primárně na jejich rodinách,

- rodiny samy o sobě jsou nejkompetentnější v rozhodování o své budoucnosti,
- děti mají právo na bezpečí, péči a život ve své rodině a jejich hlas při rozhodování tedy musí být slyšen,
- bezpečnost dětí je nejúčinněji zajištěna, když využijeme nejsilnějších stránek rodiny a komunity,
- dlouhodobá ochrana a prosperita dětí je zajištěna jen prostřednictvím úzké spolupráce rodiny, komunity a veřejných služeb.

Pro účinné zapojení rodiny do intervence je nezbytné:

- projevovat uznání a respekt rodině, jejímu širšímu společenství a její kultuře,
- poskytovaná intervence musí být založena na mobilizaci širší rodiny a všech komunitních zdrojů.

7.2 Intervenční strategie

Typologie poskytovaných služeb (tab. 7.1)

Tab. 7.1 Typologie poskytovaných služeb

Míra ohrožení dítěte	Formy ohrožení	Odpovědnost za intervenci	Primární cíl	Intervenční strategie
nejohroženější děti	zdraví a život ohrožující formy CAN	OSPOD, soud	zajištění bezpečí dítěte	intenzivní služby ochrany dítěte odebrání dítěte z péče rodičů náhradní rodinná péče trestní stíhání rodičů
středně ohrožené děti	zanedbávání, nevhodná nebo nedostatečná péče o dítě užívání nevhodných výchovných metod	OSPOD a profesionální intervenční služby	zajištění funkcí rodiny umožňující bezpečnost a rozvoj dítěte	formální služby podpory rodiny koordinované formou case managementu OSPODem s využitím IPOD a komunitních zdrojů

Míra ohrožení dítěte	Formy ohrožení	Odpovědnost za intervenci	Primární cíl	Intervenční strategie
minimálně ohrožené děti	rodiny v obtížných sociálně ekonomických podmínkách sociálně rizikových situacích	komunitní a dobrovolnické služby	zlepšit výchovné podmínky rodiny a posílit její zdroje	raná péče a intervence, mateřská a rodinná centra, podpora poradenství a osvěta komunitní a dobrovolnické aktivity

Intervenční strategie by měly být v první řadě založeny na sanaci původní rodiny dítěte. Sanace rodiny je složitým a komplexním procesem, který vyžaduje cílené aktivity, s měřitelnými výsledky v předem dohodnutém časovém rámci. Úsilí všech zainteresovaných odborníků by mělo směřovat nejen k obnově narušených funkcí rodiny, ale rovněž také přispět k prokazatelnému zlepšení stavu dítěte (fyzického, emocionálního, kognitivního a sociálního). Je potřeba vycházet z předpokladu, že důvodem zahájení sanace rodiny je nejen nevhodné či nedostatečně kompetentní chování rodičů, ale z tohoto chování prokazatelně vyplývající negativní důsledky fyzického, emocionálního, kognitivního nebo sociálního stavu dítěte (108–110).

Sanace musí probíhat:

- adresně,
- individuálně, na základě podrobné analýzy stavu dítěte a funkčnosti rodiny,
- na základě předem stanovených strategií,
- na základě reálně stanovených cílů a měřitelných kritérií,
- za průběžného vyhodnocování pokroků a případných měnících se potřeb dítěte,
- s využitím širokého spektra podpůrných služeb,
- na principech multidisciplinarity,
- OSPOD by vždy měl fungovat jako case manager.

Vytvoření intervenční strategie

Bylo-li v předchozích fázích zjištěno riziko ohrožení dítěte, musí být prvním bodem intervence stanovení bezpečnostního plánu dítěte (tzn., že je nutné restriktivně stanovit podmínky žádoucího chování, za kterých je možné ponechat dítě v péči rodičů a dále určit způsob jakým budou minimalizovány následky předchozí nedostatečné nebo nevhodné péče).

Další fází je stanovení cílů měřitelných výsledků a konkrétního procesu sanace rodiny.

V případě, že je v tomto období dítě umístěno do náhradního rodinného prostředí, měl by být paralelně vytvořen alternativní plán postupu v případě, že snaha o sanaci rodiny selže a dítě bude dlouhodobě (případně trvale) umístěno do jiné rodiny, včetně způsobu kontaktu s původní rodinou.

Realizace intervenční strategie

Strategie musí být realizována v souladu se stanoveným plánem, případné změny plánu musí být diskutovány a vysvětleny rodině.

Služby musí být poskytovány rodině srozumitelně, profesionálně s dodržáním všech etických zásad.

Rodiče musí být pravidelně seznamováni s průběžným hodnocením jejich spolupráce i pokroků v osvojování si žádoucích vzorců chování.

Služby by měly být poskytovány na principu profesionality, multidisciplinarity a s využitím všech komunitních zdrojů.

Rodiče musí být seznámeni s potenciálními důsledky nespolečné nebo nedodržování pravidel navržených v intervenční strategii.

Služby mohou být poskytovány formou:

- terénních služeb (terénní sociální služby, aktivizační služby pro rodiny, raná péče, home-visiting, home care apod.),
- ambulantních služeb (docházkou do poradenských zařízení, denních center a stacionářů, komunitních středisek).
- rezidentních služeb (azylové domy, domy na půl cesty, terapeutické komunity, institucionálních služeb).

7.2.1 Druhy poskytovaných služeb (tab. 7.2)

Tab. 7.2 *Druhy poskytovaných služeb*

Služby pro děti	<p><i>zdravotnické služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pediatrická péče • stomatologická péče • speciální péče dle typu onemocnění nebo handicapu dítěte • psychiatrická péče • psychologická nebo psychoterapeutická péče • rehabilitace • logopedie
------------------------	---

	<p><i>vzdělávací služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • předškolní péče • pedagogicko-poradenská péče (pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, speciálně pedagogická centra) • školní péče (školní psycholog, výchovný poradce, doučování apod.)
	<p><i>terapeutické služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • individuální terapie • skupinová terapie • terapie hrou • raná péče • institucionální péče – hospitalizace
	<p><i>další služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • volnočasové aktivity • dobrovolnické služby (doučování, program Pět P)
Služby pro rodiče (rodinu jako celek)	<p><i>zdravotnické služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • péče praktického lékaře • stomatologická péče • speciální péče dle typu onemocnění nebo handicapu rodiče • psychiatrická péče • psychologická nebo psychoterapeutická péče • rehabilitace
	<p><i>terapeutické služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • individuální terapie • párová terapie • rodinná terapie • skupinová terapie • poradenské a edukační služby • léčba závislostí
	<p><i>sociální služby:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • služby zaměstnanosti (rekvalifikace, veřejně prospěšné práce, zprostředkování zaměstnání) • služby bydlení (azylové bydlení, sociální bydlení, poradenství v oblasti nájemních vztahů) • služby finanční gramotnosti (hospodaření, konsolidace dluhů a úvěrů, splátkové kalendáře apod.) • vedení domácnosti (organizace a koordinace vedení domácnosti, nácvik konkrétních dovedností) • služby sociální integrace (volnočasové a integrační aktivity, dobrovolnické služby pro rodiče, osobní asistence apod.)

7.3 Hodnocení progresu sociální intervence

Kvalitní sociální intervence musí obsahovat průběžné i závěrečné vyhodnocení. Vyhodnocení se nejen zaměřuje na splnění individuálních cílů určených při zahájení spolupráce s konkrétní rodinou, ale rovněž by mělo zohledňovat i celkovou efektivitu dané služby (tzn. poměr kvalitativních změn v rodině k vynaloženým finančním prostředkům a intenzitě zapojených lidských zdrojů) (111–113).

Důležitým aspektem sociální intervence je stanovení cílů, kterých má být prostřednictvím poskytovaných služeb dosaženo. Kromě zcela zásadního a primárního účelu sociální intervence, který je platný pro všechny případy ohrožených dětí, a to zajistit dítěti bezpečí, stanovujeme pro každou rodinu na základě vstupní diagnostiky individuální cíle. Jedná se o krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé intervenční cíle na straně dětí, rodičů i rodiny jako celku. Cílem sociální intervence není vytvořit „dokonalou“ rodinu, ale pomoci rodině rozvíjet vlastní potenciál, který bude dostatečný k zajištění ochrany dítěte a saturace jeho potřeb (114).

Cíle by měly splňovat tzv. SMART pravidlo (z angl.):

S	jako SPECIFIC	– cíle musí být specifické
M	jako MEASURABLE	– cíle musí být měřitelné
A	jako ACHIEVABLE	– cíle musí být dosažitelné
R	jako REALISTIC	– cíle musí být realistické
T	jako TIME LIMITED	– dosažení cíle musí být časově ohraničené

Realizace IPOD je dynamický proces, proto je potřeba vytvářet hodnocení průběžně, nikoliv jen na konci. Z tohoto důvodu je nezbytné všechny provedené kroky a jejich důsledky analyzovat a vyhodnocovat. Dokumentace musí obsahovat kdo, co a kdy bude dělat a v tomto smyslu musí probíhat i postupné hodnocení realizace. Dobrá praxe ukazuje, že jako nejefektivnější se jeví hodnocení progresu v situaci dítěte/rodiny v intervalu 3 měsíců (115, 116).

Jak lze proces změny hodnotit:

- posuzování aktuální situace dítěte (posouzení vývojového stupně dítěte tady a teď),
- porovnávání změn oproti původnímu stavu.

Individuální vyhodnocení změn v rodině musí reflektovat následující aspekty (117):

- K jakým změnám (pokud vůbec) došlo s ohledem na vstupní podmínky, které vedly k špatnému zacházení?
- Jakých úkolů z intervenčního plánu bylo dosaženo?
- Na základě jakých údajů můžeme konstatovat, že cílů bylo dosaženo?
- Jaké služby byly poskytovány k dosažení cíle, případně jaké služby budou rodině ještě nadále poskytovány?
- Bude potřeba pro další poskytování služeb vytvořit nový intervenční plán nebo se pokračuje dle původního plánu?
- Jaká je současná úroveň péče o dítě/děti?
- Trvá riziko špatného zacházení?
- Snížilo se riziko špatného zacházení o dítě natolik, že je možné případ ukončit?

7.4 Příklady hodnocení v sociální práci

Jakékoliv hodnocení v sociální práci by mělo probíhat pro klienta srozumitelným, ale objektivizujícím způsobem, které umožňuje porovnání jednotlivých údajů. V této oblasti používání nejčastěji různých škál založených na číselném nebo slovním hodnocení. Takovéto škály mohou být součástí standardizovaného hodnocení, ale může si je SP dle potřeb klienta vytvářet i sám. Schéma 7.1 a tabulka 7.3 uvádějí příklad pro hodnocení životního přízpůsobení klienta v kontextu zvládnání pracovních úkolů.

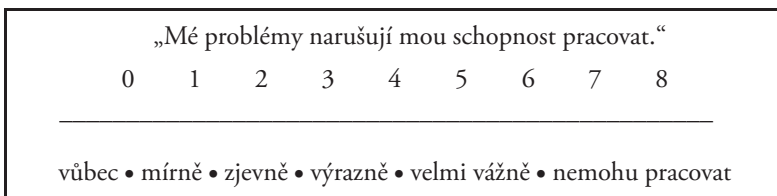


Schéma 7.1 Škála pro hodnocení míry narušení schopnosti pracovat v důsledku klientových problémů

Tab. 7.3 Průběžné slovní nebo jiné hodnocení postupu v případě klienta z jeho strany, i strany SP

Datum	Před	Během	Po	1 měsíc	3 měsíce	6 měsíců
klient						
SP						

Výsledkem hodnocení intervenčního procesu může být změna IPOD a terapeutického kontraktu, a to na úrovni:

- cílů (mohou se objevit nové oblasti, které je potřeba řešit),
- intervenčních metod,
- zdrojů – poskytovatelů sociálních služeb,
- časového harmonogramu,
- výstupů
- uzavření případu.

Ideálním výsledkem intervenčního procesu je možnost uzavření případu. Nejedná se o jednostranné rozhodnutí sociálního pracovníka, ale o dynamický proces, na kterém se spolupodílí multidisciplinární tým a sama rodina. Uzavření případu by mělo být pozitivním a edukativním momentem, a to jak pro rodinu, tak pro sociálního pracovníka (118).

Při uzavření případu by měl být dodržen následující proces, kdy je nutné (119):

- osobně se setkat s rodinou a informovat ji o možnosti uzavření případu,
- společně stanovit lhůty, do kdy by měl být případ uzavřen,
- akceptovat pocity rodiny a sociálního pracovníka, které jsou spojeny s uzavřením případu (strach z budoucnosti, nejistota, úleva, hrdost),
- společně se připravit na očekávané krize a vytvořit předběžný plán pro jejich řešení,
- zanalyzovat dosažené pokroky a pojmenovat úsilí, které vedlo k jejich dosažení,
- nechat otevřené dveře pro služby, které by rodině mohly být v budoucnu potřeba (včetně poskytnutí informací jak a koho v případě potřeby kontaktovat).

Nejčastější překážky, které ohrozí dosažení stanových cílů

- přetíženost sociálního pracovníka (nedostatek času na důslednou a postupnou realizaci výše uvedeného postupu),

- nenavázání nebo narušení důvěry,
- příliš obecné cíle IPOD,
- nedostatečná kapacita nebo nedostupnost potřebných intervenčních služeb,
- rezistence klientů k práci OSPOD nebo intervenujících služeb,
- neplánované či nečekané změny v rodině,
- předsudky nebo labeling na straně profesionálů.

Dosahování změny v sociální práci může být ztíženo nejen objektivními důvody na straně klienta (např. zdraví) nebo v prostředí (např. reálný nedostatek pracovních míst), ale důvody subjektivními. Je poměrně časté, že se klient změny bojí a z toho důvodu ji odmítá i realizovat. Takové obavy jsou nejčastěji reprezentovány tzv. iracionálním přesvědčením. Tedy přesvědčení, které vychází z mylných informací nebo jejich nedostatku a nežádoucím způsobem ovlivňuje jednání klienta.

Některá iracionální přesvědčení

- Je nutné, aby člověka měli všichni rádi a oceňovali ho (klient není schopen asertivně prosazovat své legitimní požadavky, protože se bojí ztráty přízně).
- Hodnota člověka je určována jeho schopnostmi a úspěchy.
- Když nejsou věci takové, jak si přejeme, je to katastrofa.
- Lidské štěstí závisí na vnějších událostech, jež člověk nemůže ovlivnit.
- Nejlepším způsobem jak zvládnout nepříjemnou událost je stále na ní myslet a dělat si starosti.
- Je snazší se životním nepříjemnostem a zodpovědnosti vyhnout, než se k nim postavit čelem.
- Musíme si udržet souhlas autorit, protože naše existence je na nich závislá.
- Naše současné chování je určeno převážně naší minulostí.
- Musíme se znepokojovat problémy druhých lidí.
- Každý problém má dokonalé řešení a to je nutné vždy najít.

Kromě konkrétních iracionálních přesvědčení, které lze obvykle poměrně jednoduše identifikovat, může být neochota ke změně chování nebo názorů založená na některých kognitivních chybách. Jedná se v podstatě o chybné ustálené vzorce myšlení, které ovlivňují naše postoje a chování. Jedná se například o generalizaci – klient se může domnívat, že všichni SP jsou špatní a zlí lidé. Každého dalšího SP, i když s ním nemá zkušenosti, takto hodnotí. Kognitivních omylů se dopouštíme všichni, nicméně úlo-

hou SP při komunikaci s klienty je rozpoznat je a vhodným způsobem na ně reagovat.

Nejčastější kognitivní omyly

- nepodložené závěry (při první návštěvě klient uvádí obavy „Vy mně chcete odebrat dítě“),
- zkrslý výběr faktů (klient reaguje pouze některá fakta, na ostatní nereaguje),
- přehánění či bagatelizování („Jedna facka ještě nic neznamena“),
- vztahovačnost,
- černobílé myšlení,
- čtení myšlenek,
- argumentace emocemi,
- značkování.

7.5 Shrnutí

Proces hodnocení ohrožených dětí se skládá z mnohých expertních, navzájem provázaných činností a úkonů. Celý proces musí být založen na systematickém a standardizovaném postupu, který je možné pravidelně vyhodnocovat a přezkoumávat. Do všech fází musí být v maximální míře zapojovány děti a jejich rodiče, případně další osoby, které o ně pečují. Přestože se může zdát, že se některé úkony opakují a tudíž se dějí zbytečně, jedná se o důležitý proces průběžného přezkoumávání, zpřesňování a doplňování vstupních údajů dítěti a jeho rodině. Teprve na základě systematických a ověřených informací je možné sestavit IPOD, který se zaměřuje jak na dítě/děti, tak jejich rodiče, případně další osoby, které o ně pečují. Nedílnou součástí IPOD musí být i hodnotící kritéria, která se používají pro posouzení úspěšnosti zvolených intervenčních strategií a zlepšení podmínek života ohroženého dítěte. Veškeré tyto činnosti je potřeba realizovat profesionálně, transparentně a v nejlepším zájmu dítěte.

8 Profesionální sociální pracovník

Kapitola podává odpověď na otázku: „Kdo je profesionální sociální pracovník?“. Otázka je pojednána jak v rovině osobnostních, tak profesních předpokladů. Řeší tedy nejen souvislosti kvalifikačních předpokladů k profesionálnímu výkonu SPOD, ale zamýšlí se také nad některými souvislostmi, které profese v této oblasti přinášejí. Jedná se především o psychickou zátěž, burnout syndrom a příbuzné jevy.

„Sociální pracovníci dělají práci, která je duchovně, mravně a fyzicky náročná, práci, která je trvalou zkouškou charakteru a inteligence, práci, která vyžaduje zcela mimořádnou odhodlanost a angažovanost.“

JONATHAN DIMBLEBY (britský publicista a humanitární pracovník)

Profesionálním sociálním pracovníkem, je jen ten, kdo dosáhl formálně předepsaného vzdělání, cíleně a systematicky pracuje se svou profesní zkušeností, v praxi dodržuje standardy dobré praxe a řídí se etickými pravidly a hodnotami sociální práce. SP stejně jako další pracovníci pomáhajících profesí, je při výkonu své profese neustále konfrontován se dvěma základními konflikty, a to kým je a kým by chtěl být. Tento konflikt nevyplyvá pouze z vnitřních motivů a pochybností každého jednotlivce, ale rovněž tak technickými, právními a finančními omezeními daného systému ochrany dětí. Z tohoto důvodu je naprosto nezbytné v maximální možné míře definovat pozici a kompetence SP, transparentně a objektivně nastavit procesní a rozhodovací postupy a průběžně modifikovat daný systém na základě vyhodnocování stávajících metod (70).

Profesionalita SP je tedy definována na základě formálně dosaženého vzdělání, výkonu praxe, která je v souladu s metodickými postupy (standardy, etické kodexy atp.) a průběžnou kultivací osobnostních předpokladů (schéma 8.1).

V této souvislosti vymezuje základní zásady sociální pomoci zákon o sociálních službách, když říká (přestože, se jedná o jinou právní normu, než kterou se řídí SP v systému SPOD, považujeme tuto definici za obecně platnou, pro sociální systém jako celek).

- Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.



Schéma 8.1 Odbornosti sociálního pracovníka

- Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.
- Pomoc musí
 - vycházet z individuálně určených potřeb osob,
 - působit na osoby aktivně,
 - podporovat rozvoj jejich samostatnosti,
 - motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace,
 - posilovat jejich sociální začleňování.
- Sociální služby musí být poskytovány
 - v zájmu osob,
 - v náležitě kvalitě,
 - způsoby, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (76).

8.1 Teoretické znalosti a praktické dovednosti

Teoretické znalosti a praktické dovednosti si SP osvojuje především prostřednictvím formalizovaného kvalifikačního studia. Přestože dosa-

vaní zákon o sociálně-právní ochraně dětí nedefinuje kvalifikační profil SP, zákon o sociálních službách požaduje, aby sociální pracovník dosáhl minimálně vyššího odborné nebo vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně v oboru sociální práce. V zahraničí je běžné, že pro výkon SPOD je požadováno ještě další postgraduální specializační vzdělávání více zaměřené především na nácvik praktických dovedností (v rozsahu až jednoho roku). V některých státech je tento proces povinný a lze ho připodobnit k systému atestací v medicínských profesích známému i u nás. Po dobu předatestační přípravy musí SP absolvovat nejen vzdělávací semináře zakončené zkouškou, ale zároveň je omezena jeho pravomoc samostatné práce, zejména v odborně a eticky náročných situacích (návrh na odebrání dítěte z péče rodičů, výkon rozhodnutí), a může tyto činnosti vykonávat jen pod vedením zkušenějšího pracovníka (127).

Ve většině zahraničních zemí je rovněž samozřejmostí formalizovaný a povinný systém celoživotního teoretického a praktického vzdělání. Toto vzdělání se jednak zaměřuje na průběžné osvojování legislativních a procesních změn, které se odehrávají ve všech systémech ochrany dětí. Dále pak i nácvik komunikačních dovedností, technik diagnostiky a intervence. Součástí těchto vzdělávacích programů jsou i oblasti týkající se duševní hygieny, ochrany před syndromem vyhoření. V některých zemích jsou SP nejrizikovějších oblastí (ochrana dětí, vězeňství, drogová problematika) k dispozici rekvalifikační programy pro případ, že se SP rozhodne změnit profesi, ať už na přechodnou dobu v rámci prevence vyhoření anebo trvale v situaci, kdy již v sobě neshledává kapacitu pro další práci v systému.

8.2 Zkušenosti z praxe

Praktické dovednosti jsou nedílnou součástí profesionality SP. Na tuto oblast odbornosti nelze pohlížet pouhým kvantifikačním měřítkem, tzn., nelze automaticky odvozovat míru praktických dovedností od délky praxe. V zahraničí je kladen velký důraz na kvalitu této praxe. Proto je potřeba, aby SP ihned od nástupu do praxe začal systematicky a pravidelně zpracovávat zkušenosti, které při výkonu ochrany dětí nabývá. Znamená to průběžnou a podrobnou reflexi konkrétních situací, rozhodovacích procesů, vztahů s klienty, eticky komplikovaných případů atp. Tato sebereflexe může probíhat jak na individuální úrovni (supervize, intervize, mentoring), tak na úrovni daného pracoviště – kazuistické semináře, proces vyhodnocování mimořádných situací atp.

8.3 Osobnostní předpoklady

Použití vlastní osobnosti SP v praxi je dáno kombinací znalostí, hodnot a dovedností získaných v sociální práci s aspekty svého osobního já, kterými jsou rysy osobnosti, systémy víry, životní zkušenosti a kulturní dědictví. Jedná se o využití vlastního já, které umožní SP usilovat o pravost a autentičnost v kontaktu s klienty, a zároveň cítit hodnoty a etiku oboru.

SP musí být schopen potkávat se s klienty na dvou rovinách, a to na úrovni profesní role odvíjející se od jeho odbornosti a pravomoci, tak na úrovni ryze lidské, sociální práce by vždy měla mít i tento aspekt – setkání dvou autentických a jedinečných lidských bytostí.

Druhým faktorem je otázka víry, která v tomto kontextu nemá pouze význam náboženský, ale jedná se o vyjádření vztahu ke světu, lidem, hodnotám a smyslu života. SP by si měl klást následující otázky: Co si myslím o povaze lidstva (lidí)? Jak mohu vysvětlit bolest a utrpení? Jaký je smysl života? Skrze tyto druhy otázek jsme schopni pochopit naše individuální perspektivy života a světa kolem nás. Prostřednictvím definování našeho pohledu na svět jsme schopni lépe porozumět i našim klientům. Je chybou mnohých SP, že se snaží vnutit své vlastní hodnoty klientům, a tím narušují jejich možnost sebeurčení. Tato chyba se často stává, protože SP nemá jasně definované své vlastní hodnoty a přesvědčení a podvědomě se obává odlišných perspektiv klientů.

Třetím aspekt použití self (JÁ) je rozpoznávat své vlastní úzkosti, které mohou ovlivňovat vztah mezi SP a klientem. Základním předpokladem zvládnutí této situace je uvědomění si, že je naprosto běžné cítit v kontaktu s klienty úzkost. Tato úzkost může být naopak pozitivním a mobilizujícím faktorem profesního růstu – nejvíce se naučíme od složitých a komplikovaných klientů, se kterými je budování pracovního vztahu zdoluhavé a namáhavé. Důležité je, abychom úzkostí nebyli paralyzováni, ale naučili se ji přijímat a uvědomovat. V tomto nám mohou pomoci následující otázky: Jaké myšlenky přispívají k vzniku úzkosti, a jaký to má vliv na vztah s klientem? Jak se moje úzkost projevuje v emocích, myšlenkách a chování při práci s klientem? Co mi dělá starosti při práci s tímto klientem?

Osobnostní rysy, které by měl vykazovat SP, jsou:

- Rád/a pracuje s lidmi.
- Potřebuje být užitečný/á.

- Je empatický/á.
- Je schopen/a dobře zvládat stres.
- Je dobrým posluchač/kou, umí naslouchat.
- Je inteligentní.
- Je praktický/á.
- Má smysl pro humor (136).

V mnoha odborných publikacích, které se věnují procesní přípravě pomáhajících profesí, je kladen velký důraz na schopnost pomáhajících navazovat a rozvíjet vztah mezi profesionály a jejich klienty. Jsou i jiné profese, jež se odehrávají v neustálém kontaktu s lidmi: advokát, manažer, úřednice za přepážkou, holič. Zde však stačí, když se pracovník chová v souladu s konvencí, tzn. slušně. Nečeká se od něj osobní, emočně zabarvený vztah. Člověk v nouzi však zpravidla potřebuje víc: přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu nevadí, že pomáhající neodsuzuje (171). Pomáhající by měl být schopen těmto specifickým očekáváním a potřebám dostát, což kromě odborné připravenosti vyžaduje i osobnostní předpoklady, které je potřeba kultivovat a rozvíjet, a to nejlépe formou výcviků a pravidelnou supervizi. Odborná literatura uvádí, že „vztah mezi rodinou a SP je dynamický proces, jeho proměnlivost je přirozená a je výsledkem osobnostních charakteristik pomáhajících a sociálního prostředí rodiny. Osobnost, hodnoty a postoje rodičů a SP spoluvytvářejí jejich vztah. Vztah mezi nimi je ovlivněn širším sociálním zázemím, jako je komunita, ze které pocházejí, etnická příslušnost, dosažené vzdělání a příjmy. Všechny tyto faktory mají vliv na práci SP a budování jejich vztahu. Zkušený SP je schopný s rodinou pracovat současně na dvou úrovních. Je plně zaměstnán interakcí mezi ním a rodičem, případně dítětem, ale zároveň musí být schopen sledovat celý proces, průběh interakcí, být si vědom vlastních reakcí a pocitů a používat je ve prospěch řešení problémů klientů. Schopnost pracovat na těchto dvou úrovních je opravdu velmi důležitá zejména s rodiči, jejichž věk, etnická příslušnost a sociálně kulturní úroveň je často velmi odlišná od životních zkušeností SP“. Tento vztah bych pak definovala především jako partnerství. Přesto je potřeba si uvědomit, kdo nese v tomto vztahu hlavní odpovědnost za jeho kvalitu a průběh vzájemných interakcí. Odpovědnost SP spočívá v tom, že by měl být odborně připraven na zvládnutí komunikačně obtížných nebo emočně vypjatých situací. Měl by v nich vždy jednat v zájmu klienta a veškeré své dovednosti využít k takovému řešení situace, ze kterého bude mít klient oprávněný užitek. Je přirozené,

že tyto situace v něm mohou vyvolat emoční odezvu, což není chybou ani překážkou v další práci s rodinou, etickou povinností pomáhajícího je uvědomovat si tyto pocity a pracovat s nimi (171).

8.4 Celoživotní vzdělávání a osobnostní rozvoj

Výkon SPOD klade na profesionály v této oblasti nejen v oblasti osobnostních předpokladů a odborné přípravy, ale též v oblasti nutnosti celoživotního vzdělávání a osobnostního rozvoje. Zatímco některé profese (např. lékařské) vyžadují pouze celoživotní vzdělávání, u SP je nutný i kontinuální osobnostní rozvoj.

Celoživotní vzdělávání v tomto kontextu znamená kontinuální aktivitu v oblasti vzdělávání, která vede k udržování a rozvoji odbornosti. V tomto smyslu nejčastěji zahrnuje návštěvu různých vzdělávacích kurzů, seminářů, ale též studium odborné literatury. Za specifickou a vysoce hodnocenou formu celoživotního vzdělávání se považuje vlastní odborná publikační a přednášková činnost, účast na výzkumných projektech apod. Účast na takových aktivitách je velice potřebná a přínosná, protože zde dochází k přenosu zkušeností, které jsou jiným způsobem jen velice těžko přenositelné.

Kromě celoživotního vzdělávání je v celé řadě, zvl. evropských zemí běžné i další **specializační vzdělávání**, které obvykle vede k získání různých forem zvláštní odborné způsobilosti např. v různých specifických postupech a metodách.

Jak jsme již uvedli SP by neměl zůstat pouze u vzdělávacích aktivit, ale též aktivně pracovat v oblasti osobnostního rozvoje.

Osobnostní rozvoj zde představuje veškeré metody, které vedou k sebe-reflexi, ať již čistě v kontextu vlastní osobnosti nebo výkonu dané profese. Metody osobnostního rozvoje jsou v oblasti SP velice důležité a to minimálně ze třech důvodů. Jednak intenzivní kontakt s často závažnými lidskými osudy může výrazně formovat a ovlivňovat osobnost SP. Dále jde o pozici určité moci, která je vůči klientům uplatňována může v dlouhodobé perspektivě osobnost SP též měnit. A v neposlední řadě je výkon SPOD postaven na individuálních rozhodnutích, která by měla být konfrontována s názory dalších kolegů.

V této souvislosti se můžeme nejčastěji setkat s pojmy „mentoring“, „supervize“, „intervize“ a případně i „koučing“. Jedná se o velice podobné postupy, které často mají i shodné cíle, jen forma realizace se může mírně odlišovat.

Koučování obecně znamená poskytování rad a podpora při dosahování cílů se zaměřením na určitý, konkrétní cíl a zahrnuje tyto čtyři na sebe navazující činnosti: řídit, poskytovat návod, podporovat a delegovat. Koučování je charakteristické dlouhodobějším instruováním, vysvětlováním a kontrolováním výkonu ze strany školitele, který soustavně informuje školeného pracovníka o hodnocení jeho práce. Školitelem může být nadřízený pracovník, lépe však nezávislý profesionál.

Mentoring na rozdíl od koučinku, ve kterém jde především o motivování manažera a pomoc k snadnějšímu dosažení vytčených cílů, je určen spíše ke konzultacím obtížných situací a debatě o směřování dalšího profesního růstu. **Mentoring je obvykle veden na těchto úrovních:**

- rozvíjení talentu – zadáváním zajímavých a náročných úkolů, ze kterých se mohou jejich nositelé učit;
- „otevírání dveří“ – vytvářením příležitostí pro růst, zabezpečování, aby pracovní aktivity byly úspěšné.

Supervize ve výše uvedeném kontextu představuje nejširší oblast. Nejedná se vyloženě o jednotlivou metodu, ale spíše množinu postupů, které jsou zaměřeny na kontinuální zvyšování profesionálních kompetencí, vede pracovníka k samostatnému vykonávání profese, chrání klienta, zabývá se osobnostním růstem a reflexí a současně může chránit i status profese nebo profesní skupiny. „Supervize může být realizována na individuální i skupinové úrovni. Skupinové supervize se pak mohou zabývat nejen výše zmíněnými otázkami, ale i otázkami rozvoje nebo stabilizace pracovní skupiny, řešení skupinových problémů a podobně. V tomto kontextu lze rozeznávat řadu forem supervizí.

Individuální supervize může být zaměřena na osobní o profesní rozvoj,

Případová supervize je zaměřena na konkrétní případy a jejich řešení.

Týmová supervize směřuje k otázkám skupiny.

Supervize by měla být realizována nezávislým odborníkem, který je buď v oblasti supervize proškolen a má odpovídající praxi, anebo v některých případech – např. případové supervize – se může jednat o odborníka z daného oboru, který má dostatek zkušeností a didaktických schopností, aby mohl dané případy nejen správně analyzovat a zhodnotit a to ze všech možných úhlů, ale byl též schopen správně komunikovat s příjemcem supervize.

Intervize určitým způsobem ve formě i způsobu realizace navazuje na metody supervize. Nicméně ve své podstatě je způsobem sdílení případové práce, zkušeností, vzájemné podpory a reflexe mezi kolegy. Jedná se v pod-

statě o profesní „svěpomocnou“ skupinu, jejímž cílem je zkvalitňování výkonu profese, korekce osobnostní vývoje, ale i další vzdělávání (172).

Souhrnem lze uzavřít, že celoživotní vzdělávání a rozvoj pracovníků v oblasti SPOD je velice důležité a pro výkon dané profese v podstatě zcela nezbytné. Dobře připravený SP, který má kontinuální zpětnou vazbu k výkonu své profese a svému osobnostnímu vývoji, a zároveň se kontinuálně vzdělává představuje vysokou hodnotu nejen pro samotný systém SPOD a je do určité míry i zárukou kvalitní práce s klienty, ale také chrání sám sebe před rozvojem negativních jevů, jako je syndrom vyhoření, syndrom pomáhajících profesí a podobně. Proto je nutné celoživotnímu vzdělávání i osobnostnímu rozvoji věnovat náležitou pozornost.

8.5 Psychická zátěž a syndrom vyhoření

Výkon profesí v oblasti sociální práce, ale obecně i v práci s lidmi, přináší specifickou zátěž, které je nutné věnovat pozornost a se kterou je nutné pracovat. Řada odborných studií uvádí, že až pětina osob produktivního věku je přetížena a téměř deset procent trpí syndromem vyhoření. Nejvíce se vyskytuje u profesí souvisejících s mezilidskou komunikací a kontaktem s lidmi obecně. V této souvislosti lze zvažovat, že všechny profese v oblasti sociální práce patří mezi významně ohrožené profese.

Psychická zátěž a syndrom vyhoření u SP je velice aktuálním tématem, neboť ohrožuje nejen je samotné, ale má také významný vliv na kvalitu jejich práce a přístup ke klientům. Řada studií prokazuje, že právě burnout syndrom a příbuzné jevy, jako např. deprese, patří mezi nejvýznamnější prediktory pracovních pochybení, na rozdíl např. od počtu odpracovaných hodin, které ovšem mohou být jednou z jeho příčin. Studie kvantifikující tento jev udávají až šestinásobný výskyt pracovních omylů u osob trpících depresemi a pracovním vyčerpáním. Toto je alarmující údaj, který poukazuje na skutečnost, že burnout syndrom není jen pouhým hypotetickým fenoménem, ale představuje konkrétní jev, který může významným způsobem ovlivnit práci SP a tedy i výsledek jejich práce.

8.5.1 Příčiny

Z hlediska pracovního, a to fyzického i psychického, zatížení patří SP mezi skupinu nejohroženější rozvojem syndromu vyhoření. Neustálý kontakt s lidmi, nutnost rozhodovat se a reagovat, vysoká zodpovědnost, vysoké pra-

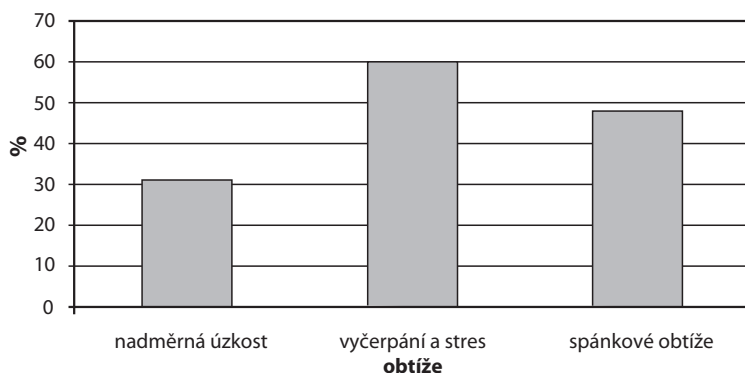
covní tempo a řada dalších faktorů se může zejména u sociálních pracovníků významně podílet na jeho rozvoji. Aktuální odborné studie se samozřejmě nezabývají pouze samotnými projevy a dopady syndromu vyhoření, ale studují i možné **příčiny a spouštěče**. Mezi ty patří, nejen v případě SP, osobnostní dispozice, především v souvislosti s úrovní frustrační a stresové odolnosti, základními osobnostními charakteristikami apod.

Burnout syndrom je reakcí na kombinaci externích, dlouhodobě působících faktorů. V pomáhajících profesích lze nejzávažnější příčiny klasifikovat do dvou základních kategorií. Faktory, které bezprostředně souvisejí s výkonem profesí s častým a intenzivním kontaktem s lidmi, a faktory, které vycházejí primárně z pracovních podmínek SP. Tabulka 8.1 tyto faktory shrnuje.

8.5.2 Dopady syndromu vyhoření v sociálních službách

Práce v oblasti sociální práce představuje značnou psychickou i fyzickou zátěž a SP jsou vysoce rizikovou skupinou pro rozvoj syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření u nich pak má významný vliv jak na kvalitu práce, tak na přístup ke klientům. Syndrom vyhoření negativně ovlivňuje nejen zdraví samotného „vyhořelého“ SP, ale v důsledku zhoršení jeho pracovní výkonnosti může zásadně ovlivnit i práci s klienty. Graf 8.1 uvádí výskyt nejčastějších obtíží u sociálních pracovníků.

Tabulka 8.2 znázorňuje důsledky zvýšeného výskytu syndromu vyhoření v oblasti sociální práce, jak jsou uváděny v odborných studiích v posledním roce.



Graf 8.1 Procentuální výskyt jednotlivých skupin obtíží u sociálních pracovníků

Tab. 8.1 Příčiny stresového zatížení SP

Zátěž vycházející z podstaty profese
<p>Fyzické zatížení</p> <ul style="list-style-type: none"> • vysoké pracovní zatížení • nepravidelná strava • vysoké riziko infekce <p>Psychické zatížení</p> <ul style="list-style-type: none"> • vysoké pracovní tempo • vysoká zodpovědnost • nutnost neustále rychle a pružně reagovat • kontakt s utrpením, bolestí, smrtí • nutnost komunikace s klientem a jeho rodinou
Vycházející z pracovních podmínek
<ul style="list-style-type: none"> • vysoké nároky na pracovní výkon • špatné ohodnocení • časté nebo neefektivní organizační změny • nárůst neefektivní administrativní zátěže • nízká podpora profesního růstu • nejasnost nebo nesrozumitelnost probíhajících nebo plánovaných změn • profesní nejistota • zevní rušivé vlivy, např. telefonáty apod. • nároky týmové práce a interpersonálních problémů <p>Osobní zátěž</p> <ul style="list-style-type: none"> • nedostatek odpočinku • nedostatek času na rodinu • nedostatek volného času na záliby a aktivity • omezené sociální kontakty • domnělá nebo skutečná profesionální selhání, která SP prožívají intenzivněji než jiné profese

Jak již bylo uvedeno, syndrom vyhoření u SP negativně ovlivňuje vztah k práci a klientů (snížený zájem o klienta, snížená iniciativa v řešení problémů apod.). Dochází k přesvědčení, že „nic už nemá cenu“, dostavuje se pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, negativní

Tab. 8.2 Dopady syndromu vyhoření na systém SPOD

Vztah klient – sociální pracovník	Systém sociální péče
<ul style="list-style-type: none"> • snížená výkonnost SP • zvýšený počet odborných chyb • snížený zájem o klienta • volba kompromisů v souvislosti s bezpečím klienta • neefektivní, rigidní vzorce práce s klienty • neochota ke kreativnímu alternativnímu myšlení 	<ul style="list-style-type: none"> • zvýšený odchod ze zaměstnání, zvláště služebně mladších SP • snížená ochota SP k profesnímu růstu • zvýšená „cirkulace“ SP zvláště na exponovaných pracovištích • zvýšené náklady související s neochotou SP k jiným než zaběhlým postupům • zvýšený počet SP odcházejících z profese • snížená efektivita systému v důsledku zvýšeného počtu chyb SP • snížená důvěra veřejnosti v systém sociální péče v důsledku zjevných projevů burnout syndromu u SP (nižší ochota komunikovat, odosobněný přístup, deklarovaný cynismus)

hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána, sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání, projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům, redukce činnosti na rutinní postupy, přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti. Syndrom vyhoření u SP může ústít ve zhoršenou péči o klienty, nárůstu agresivity vůči nim, až odchod z výkonu profese. Zásadně pak syndrom vyhoření u SP může poškodit celý systém sociální péče (snížená důvěra klientů, časté personální změny apod.).

Na základě aktuálních studií bylo zjištěno, že:

- U starších SP dochází k syndromu vyhoření méně často než u mladších.
- U žen se objevuje emocionální vyčerpání více než u mužů, ale méně se u nich dostávají pocity depersonalizace.
- Burnout a depersonalizace se vyskytuje méně u lidí vdaných a ženatých než u osob žijících samostatně.

- U osob majících děti se vyhoření dostavuje méně často.
- Výskyt burnout syndromu se v různých zemích liší. V jižních evropských zemích se například burnout syndrom vyskytuje méně často než v severských.
- Burnout syndrom postihuje více osoby závislé na návykových látkách.
- Na základě studií se jako významný stresor pro většinu SP jeví administrativní zátěž.

8.5.3 Prevence a terapie syndromu vyhoření

Prevenci a terapii syndromu vyhoření lze opět spatřovat na dvou základních rovinách, a těmi jsou rovina osobní a rovina systémová. Na rovině osobní jsou jako základní projektivní faktory udávány: aktivní přístup ke vzdělávání, dostatečný volný čas, sociální podpora v rodině a samozřejmě další řada specifických psychologických postupů. Nicméně, jestliže i přes aktivní přístup k prevenci syndromu vyhoření neexistuje dostatečná podpora ze strany zaměstnavatele, resp. systému státní správy, jsou individuální snahy většinou marné. V tomto ohledu je podle řady odborných studií nejen zapotřebí omezit, případně zcela vyloučit systémové příčiny syndromu vyhoření u SP, ale také nabídnou aktivní systém prevence ve smyslu různých programů, systémů supervize a poradenství apod. Otázkou však zůstává, zda jsou tato doporučení realizovatelná v podmínkách reálné státní správy.

9 Rodina a její postavení v systému sociálně-právní ochrany dětí

Dosavadní část této publikace byla věnována především roli státu, postavení sociálních pracovníků a tvorbě a implementaci postupů a procesů ochrany dětí realizovaných veřejnou správou. Následující část se bude zabývat rolí klientů. V systému ochrany dětí to znamená zájem o rodiny ohrožených dětí. Rozsah tohoto materiálu neumožňuje podrobně představovat teoreticko-historický koncept rodiny, proto se spíše soustředíme na vnímání rodiny jako sociálního systému, dynamiku komunikačních procesů uvnitř rodiny a zejména pak na navazování a budování vztahu mezi rodinou a sociálním pracovníkem.

9.1 Dítě a rodina jako klient sociálně-právní ochrany

Rodina je jednou nejstarší sociální institucí, je jak sociálním subjektem, tzn., že poskytuje svým členům zabezpečení v případě nepříznivých sociálních situací, tak i sociálním objektem, tzn., že k ní směřují aktivity a úsilí jiných poskytovatelů sociálních služeb. I pro mnohé odborníky (sociology, demografy, antropology) je v současné době velmi obtížné shodnout se na jednotné, obecně platné definici rodiny. Původní model manželského páru, který pečuje o své biologické děti, je čím dál častěji nahrazován variantnějšími typy rodinného soužití (osamělí rodiče, rekonstruované rodiny, děti vychovávané vzdálenějšími příbuznými apod.) (120).

Proto je snaha definovat rodinu na základě jejich funkcí nebo společných charakteristik, z tohoto pohledu je **rodina** (121):

Malou sociální skupinou vzhledem k počtu členů a velikosti. Malou skupinou je také vnímána pro svou intimitu, soudržnost a emocionalitu.

Primární sociální skupinou, neboť celoživotně ovlivňuje osobnost člověka a formuje jej především v dětství a dospívání, ale má svůj význam v dospělosti i ve stáří. Smyslem sociální politiky by mělo být všechny alternativní formy péče o děti, nemocné i seniory přibližovat co nejvíce rodinnému modelu.

Neformální sociální skupinou – rodinné vztahy se sice vyznačují neformálností, volností, srdečností ale současně je rodina skupinou spo-

lečensky institucionalizovanou, v níž jsou práva a povinnosti dány historickým vývojem, tradicí, ale i zákonem (např. vyživovací povinností).

Členská sociální skupina – člověk se do rodiny rodí, nemá možnost volby (alespoň do určitého věku), zda v ní chce či nechce být. Je tedy jejím členem. I toto odmítnutí a případné zavrnutí rodiny má hluboký dopad na budování identity jedince.

Pojetí rodiny

Právní – rodinou je takové společenství, které je založeno na právních vztazích vycházejících ze zákona o rodině (manželství, právně určené rodičovství, adopce apod.).

Biologické – rodina jsou ty osoby, které k sobě vážou biologické vazby (genetické příbuzenství).

Sociologické – za rodinu je považována domácnost, tzn. společenství osob, které sdílí společný prostor a společně naplňují své potřeby.

Psychologické – každý jednotlivec si určuje a definuje sám, co považuje za rodinu a které osoby považuje za sobě blízké.

Poskytování ochrany dětí musí respektovat nejen právní souvislosti, ale měli bychom vnímat i psychologické pojetí rodiny (tzn. respektovat zejména představu dítěte o tom, kdo je mu blízký a naopak, případně zda někdo ze širší rodiny také neprojeví zájem o péči o dítě). V systému ochrany dítěte, který se řídí principy case managementu, je proto potřeba určit okruh a zároveň „pořadí důležitosti“ rodičů nebo osob, které o dítě pečují/mohou pečovat, a na základě tohoto schématu je zapojovat do procesu ochrany dítěte.

Oslovování by mělo probíhat v následujícím pořadí:

- zákonný/ní zástupce/i dítěte,
- osoba, která projevuje zájem pečovat o dítě,
- osoba, se kterou dítě udržuje nejintenzivnější kontakt,
- osoba, se kterou dítě naposledy bydlelo,
- osoba, se kterou dítě žilo nejvíce času (122).

Získat informace o pečovatelských kompetencích, ale i zájmu o dítě od všech relevantních osob, je nezbytným předpokladem úspěšného vytvoření a implementace individuálního plánu ochrany dětí. Tyto osoby musíme vnímat nejen samostatně (s ohledem na jejich osobní kompetence a schopnosti), ale v jejich vzájemných souvislostech a fungování v širších sociálních podmínkách. Rodina totiž vždy funguje jako sociální systém. Budeme-li na rodinu pohlížet jako na sociální strukturu, musíme si uvědomit, že je budována tak, že žádný z jejích členů nefunguje sám

o sobě, ale pouze v procesu vzájemně se ovlivňujících a zpětnovazebných vlivů. To znamená, že konkrétní chování dítěte, např. úzkostnou reakci dítěte na kontakt s cizím člověkem, nelze vnímat izolovaně. Pro jeho porozumění je potřeba pochopit reakce rodičů na toto chování, předchozí zkušenosti dítěte, ale i přístup rodičů k cizím lidem obecně.

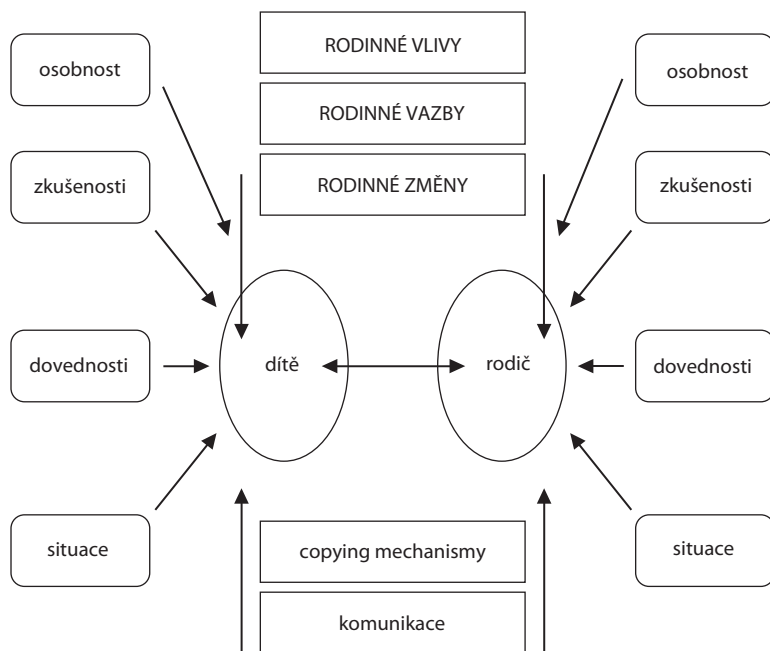


Schéma 9.1 Schéma rodinného systému

Rodinný systém je ovlivňován následujícími faktory (123):

Rodinné vlivy – tradice, stabilita, důvěra, intimita, vzájemná závislost, hranice a pravidla jejich udržování, způsob interakce a další kulturní vlivy.

Rodinné vazby – formy komunikace, děla rolí a struktura moc, komunikační pravidla, vzory pro řešení konfliktů. Rodinné vazby jsou tvořeny povětšinou na základě pozitivních emocí (láska, trpělivost, altruismus),

což na jedné straně umožňuje překonávání obtíží, ale zároveň způsobuje jejich křehkost a zranitelnost.

Rodinné změny – život rodiny je charakterizován neustálou dynamickou změnou v čase. Rodinný systém se musí měnit a přizpůsobovat tomu, jak se mění životní cyklus jejích jednotlivých členů.

Copying mechanismy (mechanismy zvládnání náročných situací) – zásadní hodnotou rodiny je, jakým způsobem zpracovává emoce svých jednotlivých členů (zejména úzkost, hněv, strach, zlost, zmatek) a jak tyto pocity ovlivňují strukturu a dynamiku celé rodiny. Nedostatek těchto copying mechanismů může vést k destrukci celého rodinného systému nebo ohrožení jedince.

Komunikace – jedním z klíčových komponentů úspěšného fungování rodinného systému je, jak rodina zpracovává informace a komunikuje. Pokud se informace mezi členy rodiny nesdílí nebo nezpracovávají správně, může v rodině nastat chaos, který naruší funkce rodinného systému.

9.2 Intervence v rodině

Intervence v rodině se musí zaměřovat na rodinu jako sociální a komunikační systém. Účinnější jsou ty intervence, které se zaměřují na jednotlivé procesy odehrávající se v rodině, než intervence, které se soustředí pouze na jednotlivé členy rodiny a jejich osobní obtíže. Samozřejmě je nezbytné vnímat i externí vlivy, ve kterých rodina žije a funguje – komunita, politika bydlení, politika zaměstnanosti, postoje společnosti apod. (123). V tomto pojetí nelze žádnou situaci vnímat jako izolovaný jev, ale jako impuls, který na sebe řetězí další reakce, vyvolává nebo způsobuje další situace a celkově tak mění dynamiku rodiny, její emocionální naladění i komunikační vzorce. Proto totožná situace může v různých rodinných systémech vyústit v různé reakce i důsledky. Některé rodinné systémy čelí životním těžkostem semknutím se, vybuzením rezervních kapacit, zintenzivněním komunikace a poskytováním pozitivních zpětných vazeb (podpora, solidarita, péče). Jiné naopak v problémech kolabují, reagují segmentací jednotlivých členů, patologickou nebo nulovou komunikací. Frustrace jedince se transformuje do celkového negativního emocionálního naladění rodiny. Důsledkem může být prohlubování frustrace jedince nebo destrukce celého rodinného systému. Např. ztráta zaměstnání jednoho z rodičů představuje pro rodinu nejen změnu ekonomického zajištění, ale rovněž tak mění osobní rozpoložení dotčeného

jedince, mění role jednotlivých členů a uspořádání funkcí v rodině, ovlivňuje emocionální naladění jednotlivců i rodiny jako celku, mění obsah i formu komunikace. Jsou rodiny, které k dané situaci přistoupí pozitivně a kreativně, jednotliví členové rodiny se bez větších konfliktů přizpůsobí změnám podmínek a všichni hledají kapacitu a možnosti pro vyřešení situace. Naopak v jiných rodinách se objeví výčitky, nedostatek solidarity a vyhroť se nebo naopak zcela vymizí vzájemná komunikace. Pravděpodobnost, že situace bude zvládnuta, jak na individuální úrovni (návrat rodiče do zaměstnání), tak systémově (bez vážného narušení rodinných funkcí) je v prvním případě výrazně vyšší než v druhém případě, kdy bude rodina zahlcena výčitkami, pochybami, vztekem, nekompetentností a nedůvěrou.

Klíčovým momentem úspěšnosti přístupu „case management“ je tedy aktivní zapojení rodiny (rodičů i dětí) do intervenčního procesu. Toto zapojení nesmí být jen formálního charakteru, kdy jsou rodině SP předkládány názory, návrhy a postupy, přičemž se automaticky od rodiny očekává jejich schválení a splnění. Odlišný názor rodiny nebo nesouhlas s navrženým postupem je pak vykládán jako nespolupráce, případně dokonce selhání rodiny, které vede ke stupňování tlaku nebo k využívání razantnějších opatření. Tento bludný kruh tlaku a protitlaku, nedůvěry, odporu a konfliktnosti pak brání jakékoliv smysluplné spolupráci ve prospěch dětí. V této souvislosti je nezbytné reflektovat, že vztah mezi SP a rodinou je velmi emocionálně zabarvený (zejména ze strany rodičů) a jeho navázání, vybudování a udržení je jednou z nejobtížnějších profesních dovedností (125). Přestože vztah SP a rodiny není totožný s terapeutickým vztahem mezi psychoterapeutem a klientem, lze mezi nimi najít mnoho podobností. Jedná se zejména o intimitu sdělovaných informací, intenzitu kontaktu i oboustrannou emocionální náročnost (126).

Budování vztahu mezi SP a rodinou není dána zázračnými charisma-tickými schopnostmi tohoto pracovníka nebo naopak jakýmsi mystickým spojením, ale je produktem odhodlání a tvrdé práce SP. Je zjevné, že SP nemůže hned a přímo ovlivnit chování a prožívání klienta, ale je zcela odpovědný za své chování a volbu komunikačních prostředků, které zpětnově ovlivňují klienta (127). Již samotný start spolupráce mezi SP a rodinou je komplikován řadou překážek, kterých by si měl být SP vědom a měl být schopen s nimi vědomě a systematicky pracovat. Většina rodičů považuje zásah státu za nemístný a neadekvátní, velmi často má pocit, že v rámci intervence stát vystupuje v pozici moci. Často se

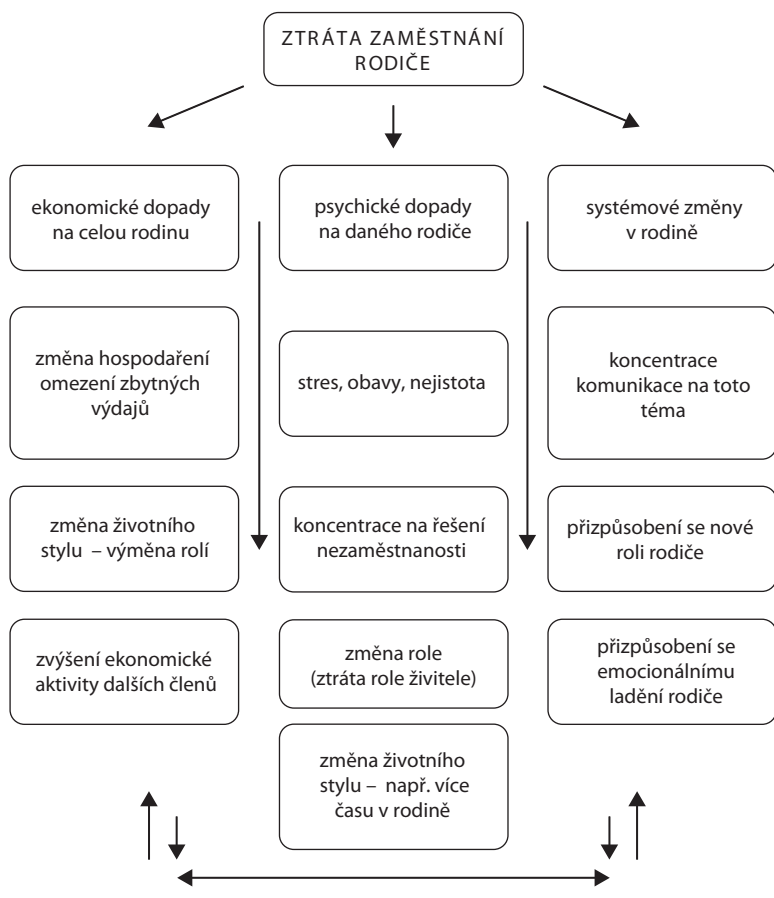


Schéma 9.2 Dopady ztráty zaměstnání rodiče

ukazuje, že rodiče kompetence státu přeceňují, SP považují za mocnější, než jsou oni sami, a mají tedy dojem, že je na ně vyvíjen nepřiměřený nátlak, aniž by SP zohledňovali jejich celkovou situaci (např. sdělení klienta: „Vy mi nerozumíte a ani rozumět nemůžete. Chtěla bych vidět vás na svém místě. Také se nestarám o to, jak vychováte děti. Myslíte si, že jste dokonalá.“). V rámci spolupráce, je proto potřeba s touto nerov-

nováhou mezi rodinou a SP vědomě pracovat. Pokud se přehlíží nebo vytěšňuje, hrozí, že spolupráce přeroste v permanentní boj (přetlačování) nebo manipulativní hru, ve které se snaží rodiče vyvážit disbalanci ve vztahu (lhaní, vyhýbání se kontaktu, emocionální vydírání, vytváření koalic apod.) (129).

Následující oblasti mohou pomoci mnoho těchto překážek překonat.

Již od prvního kontaktu s klienty je potřeba:

Hledat s rodinou společný zájem – v případě ochrany dětí je společným zájmem rodiny i systému ochrany dětí především bezpečnost dítěte a potřeba uspokojivého naplňování jeho potřeb. Bezpečnost a potřeby dítěte je nezbytné pojmenovat konkrétně a zcela srozumitelně, na základě individuálního posouzení jeho situace, rodiny i prostředí, kde žije. K definici společného zájmu pomáhá využívání technik „přeznačkování“ a „přerámcování“, tzn. pojmenovávání situací výrazy s pozitivní, případně neutrální konotací – např. situaci používání nepřiměřených tělesných trestů vůči dítěti v případech jeho provinění pojmenovat jako zájem rodiče o řádnou výchovu, který je však realizován neadekvátními prostředky.

Aktivně rodinu zapojit do individuálního plánování – od prvotních setkání je nezbytné produktivním způsobem zahrnout všechny relevantní členy rodiny do procesu hodnocení potřeb a stanovení následného postupu. Rodina musí být informována, jaké jsou kompetence SP a jaké jsou pravomoci rodiny (např. zda a jakým způsobem může odmítnout návrhy předkládané SP), jak budou probíhat konzultace, kdo se jim bude/může účastnit, jak budou sdíleny informace mezi všemi subjekty. SP by si měl také ověřit, jaký je postoj rodiny k intervenci státu, jaké stanovisko má rodina ke své účasti na individuálním plánování ochrany dítěte, jaký je emocionální stav dospělých členů rodiny a zda i oni potřebují nějakou formu sociální pomoci. V případě, že rodič nemůže být do individuálního plánování zahrnut (např. je vyšetřován orgány činnými v trestním řízení pro podezření na týrání dítěte), je nezbytné transparentně toto své rozhodnutí zdůvodnit a definovat podmínky, ze kterých by mohlo dojít ke změně tohoto postoje (např. trestní stíhání bude zastaveno).

Překonání odporu rodiny – je potřeba reflektovat, že zásah systému ochrany dětí do rodinného systému je skoro vždy nedobrovolný a nevíтанý. Většina z nás vnímá svou rodinu a domov jako navýsost soukromý prostor, kam umožňujeme vstup jen osobám, které považujeme za blízké. V systému ochrany dětí je tento princip zákonem prolomen a stát si

osvojuje právo vstupu prostřednictvím příslušného SP proto nelze být zaskočen negativní reakcí rodiny. Reakce rodičů jsou pak často směsicí strachu, studu, odporu, úzkosti, nepochopení, nespravedlnosti apod. Základním předpokladem pro vypořádání se s prvotním odporem rodiny vůči intervenci SP je jasné pojmenování těchto pocitů, vyjádření respektu vůči těmto emocím a jejich případné přeformulování. A to jak na straně rodiny, tak SP. Předpokladem úspěšného navázání důvěry je individuální přístup ke klientovi. Klient musí být považován za jedinečnou osobnost a ne pouhý případ, ke klientům je potřeba přistupovat s přirozenou lidskou důstojností, bez ohledu na jejich osobní problémy, případně minulé neúspěchy. Klient musí mít možnost vyjadřovat negativní i pozitivní pocity, potřebuje empatické porozumění za to, že své pocity vyjádřil. Klient nesmí být odsuzován nebo posuzován jen na základě obtíží, ve kterých se právě nachází. Klient musí mít možnost vlastní volby a být zplnomocněn k rozhodování o svém životě.

V této souvislosti jsou zajímavé výsledky srovnávací kvalitativní studie, která byly provedeny v Kanadě a týkaly se pohledu rodin zaevidovaných nedobrovolně do systému ochrany dětí a jejich SP na atributy kvalitní a účinné spolupráce. Obě skupiny shodně uvedly, že **základní hodnoty, na kterých stojí kvalitní spolupráce, jsou:**

- schopnost SP jednat s klienty s dostatečným respektem a individualizovaně, nikoliv jako s inventárním číslem,
- SP by se měl zdržet odsuzování nebo ponižující chování a postoje vůči rodině (130).

Rodiny rovněž oceňovaly, když SP projevovali zájem o jejich potřeby a názory, vystupovali empaticky a přirozeně. Naopak jako nežádoucí vlastnosti nebo chování SP rodiny označily především přezíravý nebo odsuzující postoj, chlad a bezcitnost, přehnanou kritičnost a neupřímnost, nenaslouchání klientům, nevyžádané rady a nespolehlivost. Potíže, které rodiny nejčastěji popisují ve svém vztahu k SP, byly rozděleny do dvou skupin. Za prvé jednalo se o nesoulad mezi očekáváními rodiny a SP od vzájemné spolupráce. Rodiny měly dojem, že veškeré jejich chování je sledováno a nesplní-li požadavky (očekávání) SP, budou proti nim použita restriktivní opatření, včetně možnosti odebrání dítěte. Proto se rodiny cítily nuceny vyhovět požadavkům SP, ale vše vnímaly jako nepřiměřený tlak. Druhé nejčastější výtky směřovaly ke zjevnému rozporu mezi požadavky, které vůči nim měli SP, ale sami se jimi neřídili (nedodržování dohodnutých termínů konzultací, neplnění smluvených

pravidel spolupráce, vynášení osobních informací o klientech, činění závažných rozhodnutí bezvědomí rodiny apod.) (131, 132). Je potřeba si zcela upřímně přiznat, že asi nikdo z nás by zájem státu v podobě intervence SP nevítal bez obav a nadšeně, s tím, že by mu okamžitě bez zaváhání, případně studu, sděloval nejosobnější informace o vlastní rodině.

Jednou z nejnáročnějších dovedností je sdílení negativních emocí klientů, zejména pokud je předmětem této negativní reakce sám SP. Potlačování, odmítání nebo bagatelizace tohoto odporu může klienty znehybnit a deformovat jakýkoliv produktivní vztah se SP. V těchto situacích je potřeba, aby SP autenticky projevil zájem o pocity a názory klienta, citlivě vyjádřil porozumění k těmto pocitům a svými konkrétními činy prokázal svou důvěryhodnost a objektivitu. Přijetí těchto pocitů neznamená schválení nebo tolerování problematických názorů nebo chování, ale prokázání respektu k jejich vyjádření. To se děje na neverbální rovině častěji než na té verbální, v této souvislosti je potřeba zejména své neverbální projevy kontrolovat (tón hlasu, výraz obličeje, postoj těla).

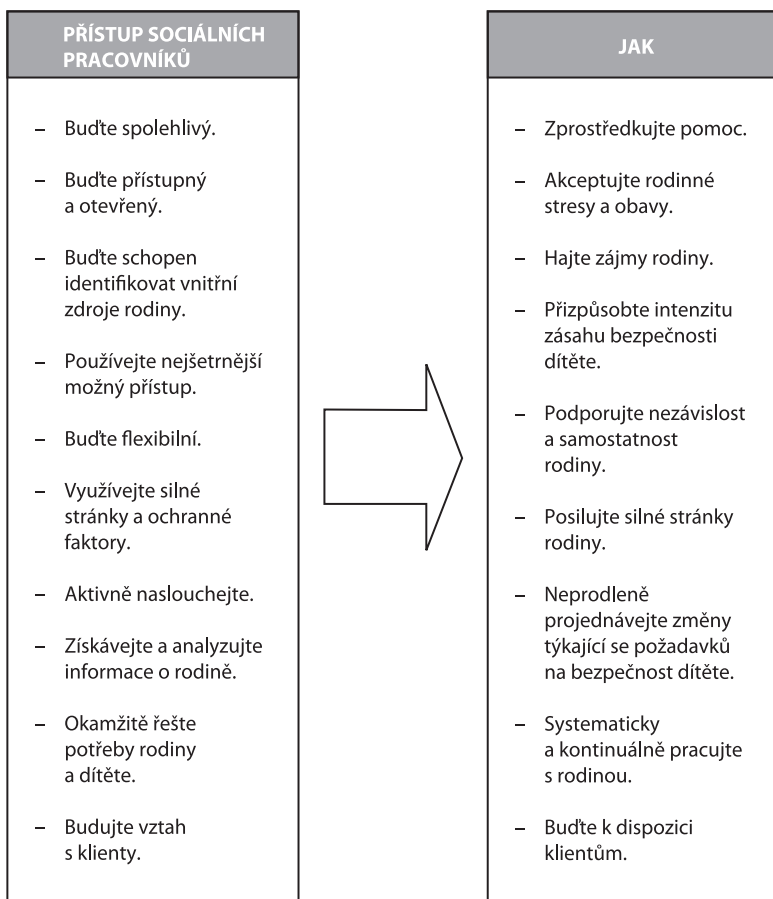
Neodsuzující postoj vychází z přesvědčení, že úlohou SP není vyšetřovat nebo posuzovat chování klienta a zjišťovat jeho vinu či nevinu. Rolí SP je snažit se pochopit chování klienta, jeho zkušenosti a podmínky, které toto chování ovlivňují, tak, aby bylo možné pomoci mu dosáhnout žádané životní změny. Je třeba přijmout a oceňovat klienta jako jedinečnou lidskou osobnost, přestože jeho chování mohlo být nevhodné nebo nepřijatelné. Důležitým aspektem této formy spolupráce a komunikace je autentičnost a opravdovost chování SP. Komunikace by měla působit přirozeně a plynule, musí vycházet z osobnosti a temperamentu SP, nemůže být jen prázdnou technikou naučených komunikačních schémat. V této souvislosti se hovoří o potřebě opravdovosti, tzn. „být sám sebou“, ale držet se pravidel taktosti a citlivost v komunikaci. Ne vždy to znamená okamžitě ventilovat všechny své pocity klientům, protože by je to mohlo ztrapnit, zranit, zastrašit (např. mluví-li o nevhodném chování vůči dítěti, partnerských konfliktech apod.). I s těmito svými pocity by měl však SP systematicky a analyticky pracovat v rámci v ně vztahu s klientem, například s využitím autosupervize, intervize, supervize, debriefingu apod.

Důležitým aspektem komunikace s klientem je vymezování hranic a „vztahové vzdálenosti“ mezi SP a klientem. K vymezování hranic přispívá především dohoda o vzájemném oslovování mezi SP a klientem, dohoda

o způsobu, četnosti a délce jednotlivých konzultací, způsobech oznamování změn v termínech nebo obsahu konzultací, oboustranném dodržování dohodnutých pravidel spolupráce, formě a rozsahu prováděné kontroly apod.

9.2.1 Komunikace v sociální práci

DePanfilis představuje schéma 9.3 komunikačních dovedností a strategií, které by měly respektovat a využívat v praxi ochrany dětí (133).



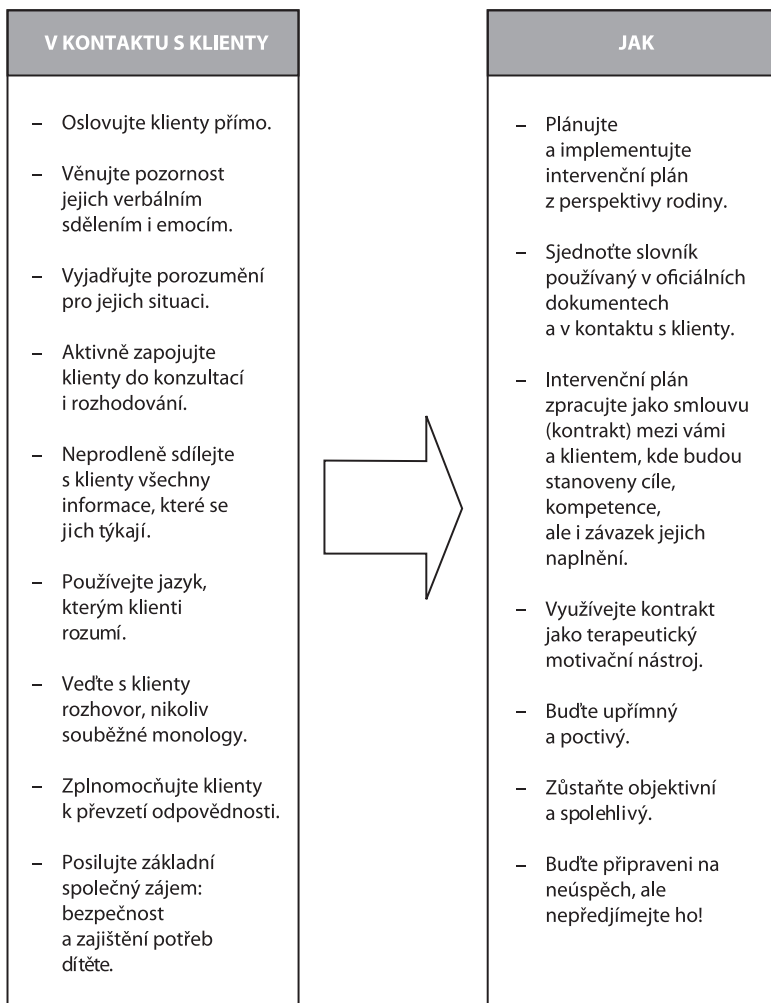


Schéma 9.3 Komunikační dovednosti v sociální práci

9.3 Návrh na oddělení dítěte od rodičů

Je možné, že i přes veškerou snahu SP i rodičů není v průběhu spolupráce dítěti zajištěna bezpečnost nebo jeho základní potřeby a je nezbytné

rozhodnout o jeho umístění mimo rodinu. Přestože toto rozhodnutí činí soud, návrh podává příslušný SP. V následujícím oddíle se věnujeme procesu oddělení dítěte od rodičů v případech, kdy je tento krok učiněn na základě informací z komplexního hodnocení dítěte/rodiny, nebo v případech, že rodina neplní dohodnutá pravidla individuálního plánu. Uváděný postup vychází ze standardů SPO v USA, ale obdobné postupy se využívají ve Velké Británii, Austrálii, ale i Švédsku a Norsku (133).

V USA musí být součástí návrhu k soudu rámcový návrh dalšího postupu, tzn., že SP by měl v návrhu nejen popsat existující rizikové faktory, které vedly k tomuto rozhodnutí, ale i konkrétní způsob, jak je lze eliminovat. Návrh musí obsahovat také rámcový časový harmonogram intervence a kvalitativní ukazatele, které umožní rozpoznat, že se dítě může vrátit domů (podmínkou návratu dítěte je např. absolvování protidrogové léčby rodiče – od délky terapie se odvíjí i časový rámec přehodnocování rozhodnutí o umístění dítěte mimo péči rodiče). Plán také navrhuje, jak bude realizován kontakt s dítětem po dobu jeho oddělení od rodiče a jak a kým bude rodič v jejich průběhu monitorován.

Na oddělení dítěte od rodiče je potřeba vždy pohlížet jako na potenciální zdroje traumatizace a takto je potřeba přistupovat jak k samotnému momentu oddělení dítěte, tak k následné separaci od blízkých. Kdykoliv je dítě odděleno od rodičů, musí OSPOD minimalizovat nežádoucí dopady, které pro dítě oddělení od rodiče znamená:

- Dítě je přiměřeně věku a svým schopnostem informováno o rozhodnutí o jeho odebrání z péče rodičů.
- Dítěti musí být sděleno, co se nyní bude dít, jak a kdy bude probíhat kontakt mezi ním a rodičem, případně dalšími blízkými osobami.
- S dítětem musí být okamžitě diskutovány pocity ztráty, strachu, stesku i viny, které mohou souviset s jeho oddělením od rodičů, musí mu být sděleno, s kým může tyto pocity a reakce sdílet.
- Dítěti musí být umožněno vzít si sebou své osobní věci a musí mu být ponechány po celou dobu jeho oddělení od rodičů (hračky, oblečení, fotografie apod.). Zabavení těchto osobních věcí nesmí být vůči dítěti použito ani v budoucnu jako trest.
- Měly by být shromážděny všechny informace o rituálech, stravovacích návycích, zdravotních potřebách, vzdělávacích a volnočasových aktivitách dítěte a je-li to možné, mělo by to vše být dodržováno i v náhradním prostředí.
- Informace o umístění dítěte jsou předány všem relevantním dospělým osobám, které by mohly participovat na individuálním plánu dítěte.

Pro možnost budoucího návratu dítěte do péče rodičů nebo alespoň udržení jejich blízkého vztahu je rovněž nezbytné pracovat s rodinou hned od chvíle, kdy je od ní dítě odděleno. Přes oprávněnost tohoto kroku, je potřeba zohlednit, že rovněž pro rodiče může být oddělení od dítěte jednou z nejtraumatičtějších životních zkušeností, přestože ji svým chováním mohli způsobit. OSPOD by měl i v této oblasti minimalizovat negativní dopady, a to zejména následujícími postupy:

- Hovořit s rodiči o tom, jak udržovat kontakt s dítětem.
- Srozumitelně je informovat o důsledcích rozhodnutí a jeho procesních náležitostech (možnost odvolání nebo naopak vykonatelnost rozhodnutí).
- S rodiči (sourozenci) musí být okamžitě probrány pocity ztráty, strachu, stesku i viny, které mohou souviset s jejich oddělením od dítěte (je-li to potřeba, může být rodičům ponechán kontakt na linku důvěry nebo krizové centrum).
- Rodičům by měly být znovu a srozumitelně nabídnuty sociální služby, které jim mohou pomoci odstranit důvody, které vedly k odebrání dítěte (protialkoholní léčba apod.).

Rozhodnutí o umístění dítěte do náhradního prostředí by nemělo být chápáno jako skončení případu, ale jako mezistupeň, který může vyústit v mnoho různých alternativ. Může skončit návratem dítěte do původní rodiny, jeho odchodem do péče jiné blízké osoby a samozřejmě i trvalým umístěním do náhradního výchovného prostředí, s tím, že přednost by vždy mělo dostat prostředí, které se svým charakterem co nejvíce blíží rodinným formám péče. Umístění dítěte musí být pravidelně hodnoceno, a to jak ve vztahu k možnostem jeho změny na základě pokroků v přístupu nebo podmínkách rodiny, tak i ve vztahu k potřebám dítěte.

Návrh na oddělení dítěte od rodičů, smí podle amerických standardů SPO podat pouze SP, který dosáhl vysokoškolského vzdělání minimálně bakalářského stupně a má více než dva roky praxe v oblasti ochrany dětí.

9.4 Shrnutí

Sociální práce v systému SPOD vyžaduje specifické dovednosti a schopnosti. SP nepracuje s jedincem, ale celým rodinným systémem, a to vyžaduje velkou dávku trpělivosti, empatie a profesionality. Většinou se s klienty setkává v jedné z jejich nejtěžších životních a sociálních situacích, což znamená, že se setkává s lidmi frustrovanými, stresovanými, často pro-

jevujícími znaky deprese apod. Z tohoto pohledu by měl SP hodnotit i reakce klientů a jejich schopnost rozvíjet a uplatnit svou kapacitu. Intervence SP je skoro vždy zásahem do soukromí a integrity rodiny, a proto je nezbytné předpokládat nepřátelské nebo odtažitě reakce rodiny a systematicky s nimi pracovat. SP musí být připraven profesionálně zvládnout i různé vypjaté situace, včetně té nejzazší, kterou se rozumí odebrání dítěte z péče rodiny.

10 Rizika výkonu sociálně-právní ochrany dětí

Všichni pracovníci pomáhajících profesí mohou být při výkonu své práce ohroženi, ať už samotnými klienty, nebo v případě práce v terénu dalšími osobami, které se zde pohybují. Každé pracoviště SPOD by mělo systematicky pracovat jednak s identifikací rizikových situací, případně rizikových skupin klientů, dále pak zajišťovat odbornou a metodickou přípravu sociálních pracovníků a vytvářet technická a procesní pravidla, která mají rizikovým situacím předcházet, případně minimalizovat jejich průběh či důsledky. Pokud necítí SP při výkonu své profese elementární pocit bezpečí, nemůže kvalitně vykonávat svou práci.

V podstatě všechny systémy ochrany dětí, ale i další poskytovatelé zdravotnických i sociálních služeb, se potýkají s násilnými a agresivními incidenty (134,135,136). A přestože riziko je vždy vyšší, jestliže se jedná o klienty nedobrovolné, nelze na všechny klienty využívající těchto služeb pohlížet a priori jako na násilníky. I tak je nezbytné, aby byla ochrana dětí poskytována v souladu se základními bezpečnostními pravidly a principy. Základním pravidlem je, že žádné agresivní chování nesmí být tolerováno, přestože mohou být příčiny tohoto chování pochopitelné (např. reakce rodiče na vydání předběžného opatření), zároveň by však neměla být důvodem k stigmatizaci a úplné exkluzi klienta z další spolupráce. Je vždy lepší násilným incidentům předcházet, eliminovat jejich průběh nebo následky a z každé případné konfliktní události se poučit a zlepšovat systém technické i procesní ochrany SP pracujících v první linii. Vždy musí být všem pracovníkům znám postup, jak si při výkonu ochrany dětí vyžádat pomoc policie (státní i městské). **Rizikové faktory při poskytování sociálních služeb lze rozdělit do tří skupin, a to:**

- pracovní postupy,
- prostředí,
- rizikový klient.

10.1 Pracovní postupy

Jako hlavní rizikové pracovní postupy, které mohou iniciovat nebo stupňovat konfliktní chování klientů, lze uvést následující:

- dlouhé čekací doby – tzn., SP nedodrží předem dohodnutý čas konzultace, např. pozve na stejnou hodinu více klientů nebo není schopen odhadnout délku konzultací a ty se pak překrývají,
- nedostupnost návazných služeb – po rodině jsou požadovány změny, k jejichž dosažení potřebuje podporu sociálních služeb, ale ty nejsou dostupné a rodině hrozí sankce (nebo se rodina těchto sankcí obává), protože nedochází ke zlepšování situace,
- nedostatek personálu a častá fluktuace pracovníků, která znemožňuje individuální, dlouhodobou a systematickou práci s klienty.

Všichni zaměstnanci musí být poučeni, jak postupovat, jestliže jednají s klienty, kterými se cítí ohroženi, případně pracují-li v terénu, který je rizikový. Každý SP má právo odmítnout dál s takovýmto klientem pracovat, dále musí mít právo požadovat ochranu (účast dalšího kolegy, mimořádnou supervizi, asistenci policie apod.). Všechna tato opatření musí být SP k dispozici i v případě, že vykonává svou funkci během pohotovosti.

Zaměstnavatelé by měli všem pracovníkům v terénu zajistit v rámci osobního vzdělávacího programu i výcvik v oblasti bezpečnosti. Jedná se zejména o výcvik, který zahrnuje témata, jako identifikace rizikových situací a osob, nácvik deeskalačních technik, nenásilná obrana, jaká činit opatření k zabránění přepadení, loupeži, znásilnění a dalších možných forem útoku a jak postupovat v případě, že k útoku dojde. Tento výcvik by měl zahrnovat jak situace, ke kterým může dojít v prostorách sociálního úřadu, tak v terénu.

Zásadní znalosti a dovednosti související s tímto tématem

Hodnocení rizik: Který klient je potenciálně nebezpečný? Jaká situace je potenciálně nebezpečná?

Bezpečnostní plánování: Jak se připravit na konkrétní potenciálně nebezpečné situace nebo jednání s potenciálně agresivními klienty (tzn. požádat o účast dalšího kolegy, asistenci policie, úprava konzultačních prostor apod.)?

Tréning slovních deeskalačních technik: Jak slovně usměrňovat potenciálně výbušné situace?

Techniky nenásilné sebeobrany: Speciální školení pro profesionály v oblasti pomáhajících profesí.

Stanovení speciálních postupů pro jednání s klienty pod vlivem psychotropních látek nebo s ozbrojenými osobami.

Dodržování základních bezpečnostních pravidel

- Přijmout opatření zkracující čekací doby, v případě, že se najednou sejde více klientů včas a důkladně je informovat, případně si domluvit náhradní termín.
- Zajistit přítomnost dostatečného počtu kvalifikovaného personálu po celou dobu, kdy mohou přicházet klienti (včetně ostrahy).
- Při zachování ochrany identity klientů vytvořit systém symbolů a značek, které mohou své kolegy nenápadně upozornit na přítomnost rizika.
- Zamezit pracovníkům, aby zůstávali v prostorách sami po skončení pracovní doby.
- Instruovat pracovníky, jak se oblékat, aby oděv nemohl být použit jako zbraň (šátky, korále apod.).

Vytvoření přesného postupu

- Jak reagovat od objevení prvních příznaků agrese.
- Jak ukončit potenciálně nebezpečné situace.
- Jak a kdy požádat o pomoc.
- Vytvoření únikového plánu z kanceláře i při konzultaci v rodině.

10.2 Prostedí

Vzhledem k tomu, že ochrana dětí je poskytována na úřadě i v terénu, je nezbytné vyvářet základní bezpečnostní pravidla pro práci v obou těchto prostředích. Zajistit bezpečnost v konzultačních prostorách úřadu může být jednodušší, protože stavební uspořádání, vybavení kanceláří, technické bezpečnostní prvky, ale i kontrola pohybu klientů v těchto prostorách je v moci SPOD.

Konzultační prostory

Čekárny i konzultační prostory by měly být vybaveny účelně a vytvářet příjemnou atmosféru, z vybavení by měly být vyloučit předměty s ostrými hranami, předměty, které lze použít jako zbraň, na stole, u kterého sedíte s klienty, by neměly být nebezpečné předměty (nůžky) nebo předměty, které je možné honit nebo jimi druhého zranit (těžké vázy apod.), skleněné výplně by měly být z nerozbitného nebo netříštivého skla.

V konzultačních místnostech by mělo být sezení uspořádáno tak, aby mohl SP místnost bezpečně opustit, v ideálním případě by měla místnost

mít dva východy, klient by neměl sedět tak, aby mohl SP zablokovat odchod z místnosti, ať už sám nebo s použitím nábytku.

Prostory by měly být vybaveny technickými zařízeními ochrany (alarmy, bzučáky apod.).

Vysoce rizikové oblasti (vchody do domu, chodby, schodiště, parkoviště apod.) by měly být vybaveny kulatými zrcadly, kamerovým systémem apod.

Všechny prostory je potřeba udržovat v bezvadném stavu (oprava rozbitých oken, nesvítících světel apod.).

Je nutné oddělit a zabezpečit prostory toalet a zázemí pro personál od prostor, kde se mohou pohybovat klienti.

Zaměstnanci by měli nosit identifikační kartičky, aby bylo možné poznat, kdo nepatří mezi personál.

10.2.1 Práce v terénu

Sociální práce v terénu má mnoho výhod. Poskytuje nám informace, které bychom při pouhém setkávání se s klienty v kanceláři nikdy nemohli získat. Zároveň však přináší mnohá rizika. V terénu může být SP jednak ohrožen přímo v rodině, se kterou konzultuje, ale rovněž tak i v prostředí, kde rodina žije. Některé rodiny, které jsou registrovány v systému ochrany dětí, žijí v sociálně vyloučených lokalitách. V tomto sociálním prostředí může být role SP dalším osobám nesrozumitelná, tyto osoby mohou mít špatné nebo nepřesné informace a obavy z jejich práce. Obecně lze říci, že v tomto prostředí může být přítomnost cizích osob vnímána jako ohrožující nebo nežádoucí. SP může být vnímán jako přímé ohrožení třeba i některých kriminálních aktivit, které mohou být v lokalitě provozovány – ať už nepřímo, tzn., že sociální pracovník může být svědkem trestné činnosti páchané jinými osobami, jako je například výroba, distribuce a prodej omamných látek apod., anebo může SP přímo svými aktivitami s klientskými rodinami ohrožovat kriminální činnost, např. podporuje klienty při ochraně před lichváři, kuplířstvím apod.

Obecná doporučení pro práci v terénu

O každé konzultaci má být předem informován kolega nebo nadřízený SP, tzn. ve chvíli, kdy se SP pohybuje v terénu, měl by být vždy někdo, kdo ví, kde přesně se nachází a jak přibližně dlouho budou kon-

zultace trvat (pokud se včas neozve, měl by být dohodnut postup, jak zjistit, že je v pořádku).

V případě, že se jedná o konzultaci, kterou lze vyhodnotit jako rizikovou, měl by SP spolu se svým nadřízeným učinit opatření, která rizika zmenšují (společná konzultace s jiným kolegou, asistence policie), po jejím skončení by vždy měl SP oznámit, že konzultace skončila a on je v pořádku.

SP v terénu by měl mít vždy u sebe nabitý telefon a pravidelně kontrolovat dostupnost signálu, v telefonu může být ve formě předvolby uloženo bezpečnostní číslo, jehož vytočení signalizuje, že je v nebezpečí (modernější přístroje již mají třeba GPS, která může sloužit jako monitorování pohybu sociálního pracovníka).

Pokud SP v terénu používá automobil, měl by ho vždy před odchodem zamknout, automobil by měl mít vždy plnou nádrž, aby bylo možné prostředí bezpečně opustit.

SP by neměl nosit do terénu peníze nebo drahé šperky, které by mohly podnítit loupež,

Jakmile bude mít SP pocit ohrožení, měl by vždy urychleně opustit daný prostor nebo přivolat pomoc.

Konzultace v rodině

Do rizikových rodin by SP nikdy neměl chodit sám, totéž se týká prvních konzultací v rodině, kterou sociální pracovník vůbec nezná.

Při příchodu do domu by měl SP zhodnotit, jak je bezpečné prostředí z pohledu případného nuceného urychleného odchodu (zda se zamyká dům, zda jsou v domě dva východy, zda jsou na zahradě volně puštěni psi apod.).

Po příchodu do rodiny by měl SP zmapovat aktuální situaci – tzn., kdo je v bytě přítomen (členové rodiny, případné návštěvy apod.), jaká je v rodině aktuální atmosféra, pokud v tomto momentě z jakýchkoliv důvodů vyhodnotí situaci jako nebezpečnou, neměl by v konzultaci pokračovat, ale urychleně domácnost opustit a domluvit si náhradní termín nebo konzultaci v jiném prostředí.

Je-li to možné, měl by i v domácím prostředí SP sedět tak, aby mohl místnost kdykoliv bezpečně opustit (tzn., aby mezi ním a východem nebyla jiná osoba nebo předměty, které mohou zablokovat únikovou cestu).

Pokud je SP na šetření sám, měl by se vyhnout prohlídce prostor, ve kterých by mohlo dojít k napadení – sklep, půda apod.

Při příchodu do rodiny by měl SP zkontrolovat svůj mobilní telefon a zjistit, zda má v prostředí dostatečný signál.

Pokud v průběhu konzultace přijdou do rodiny další osoby, které nevbuzují důvěru SP nebo v něm vzbuzují obavy, měl by zdvořile požádat, zda návštěva může přijít po skončení konzultace, anebo neprodleně konzultaci ukončit.

Přestože by se SP měl po celou dobu konzultace chovat v souladu s pravidly upravující chování hosta a hostitele, v případě jakéhokoliv ohrožení by však měl sociální pracovník okamžitě konzultaci dokončit, domluvit si jiný termín nebo místo konzultace a urychleně opustit prostor.

10.3 Rizikový klient

Je těžké předpovědět, kteří klienti a za jakých okolností se mohou stát agresivními, neboť ke skutečné agresii se uchýlí jen naprostá menšina klientů. Přesto by měla být zvýšená pozornost věnována klientům, kteří mají v anamnéze alkoholovou nebo drogovou závislost (zejména pokud je podezření, že tyto problémy u nich přetrvávají a účastní se konzultací pod vlivem těchto látek), násilné trestné činy vůči nepřítubným osobám nebo na veřejnosti (rvačky, fyzické napadení apod.), případně osoby, které jsou v akutní neléčené fázi některých psychiatrických onemocnění.

Šetření výskytu násilného chování by mělo být i vzhledem k potřebám ochrany dětí jednou z prioritních oblastí, která je pokud možno zjišťována již ve fázi vstupního hodnocení ohrožení dítěte. Pokud jsou v tomto směru identifikovány jakékoliv rizikové oblasti, měly by být zaznamenány do spisu. Tento záznam by v žádném případě neměl klienta stigmatizovat, ale zároveň by měl činit jakéhokoliv sociálního pracovníka, který s klientem pracuje, ostražitěho při komunikaci a plánování všech konzultací.

10.4 Shrnutí

Přestože nelze apriorně předjímat ohrožení SP od všech klientů, kteří přicházejí do systému ochrany dětí, je potřeba, aby všechna pracoviště a všichni pracovníci byli schopni analyzovat, předcházet a zvládat rizika, která s výkonem této činnosti souvisí. Vždy je potřeba se zaměřit jak na prostředí, ve kterém je sociálně-právní ochraně dětí poskytována, tak

na procesy a postupy práce s klienty a v neposlední řadě na samotnou odbornou přípravu SP. Každé pracoviště by rovněž mělo pravidelně podrobovat analýze všechna uvedená opatření a pečlivě vyhodnotit všechny incidenty, které lze definovat jako rizikové nebo ohrožující.

11 Jednání s agresivním klientem

V kapitole jsou probrány základní otázky výskytu agresivního chování ze strany klientů při výkonu SPOD. Pozornost bude věnována základním teoretickým souvislostem, protože jejich dobrá znalost je nezbytným předpokladem pro praktické zvládnutí takových situací. Pozornost je dále věnována možným příčinám agresivního chování klientů a dále pak konkrétním komunikačním technikám, které je možné v takových situacích zvládnout.

Výkon sociálně-právní ochrany dětí velice často vede k situacím, které mohou u klientů vyvolávat stres, úzkost, obavy a strach. Často se může jednat o otázky, kterým klienti ani přímo nerozumí a o to více se jimi mohou cítit ohroženi. Takovéto okolnosti zcela pochopitelně vedou k frustraci. A právě frustrace je jedním z nejčastějších spouštěčů agresivního jednání. Je nutné zdůraznit, že frustrace vždy nevyplývá z jednání ostatních, ale často z vlastní neschopnosti dosáhnout cíle, ztráty své pozice nebo z nejistoty (137). Jednání s agresivním klientem klade nejvyšší nároky na schopnosti v oblasti komunikace a obecně profesionální výkon a patří mezi nejnáročnější výzvy, které povolání v oblasti sociálně-právní ochrany dětí přináší.

11.1 Teoretické souvislosti

Účelem tohoto textu není teoretické pojednání o podstatě a příčinách agresivity a agresivního jednání, ale praktický pohled na tuto problematiku v souvislosti s výkonem sociálně-právní ochrany dětí. Nicméně již samotné porozumění některým souvislostem agresivity může v řadě případů zcela zásadním způsobem napomoci při zvládnání agresivity v praxi.

Z teoretického hlediska lze rozlišovat dva základní pojmy:

Agrese – představuje zcela konkrétní agresivní chování člověka v dané situaci.

Agresivita – je víceméně trvalá vlastnost, kterou každý má v určité míře, a která je v pozadí za každým agresivním chováním. O agresivitě tedy můžeme hovořit jako o dispozici k agresivnímu chování.

Agresi chápeme jako „chování, které cíleně směřuje ke způsobení negativních důsledků jiné osobě (nebo objektu) s úmyslem poškodit ji“.

V současné době existuje řada teorií, které vznik a příčiny agresivního chování vysvětlují. Zjednodušeně je můžeme rozdělit do několika skupin. **Biologizující teorie**, které vysvětlují agresivitu čistě jako biologickou dispozici, instinkt či evolučně daný vzorec chování. **Teorie behavioristické** zdůrazňují význam především sociálního učení a agresivitu vnímají jako získaný vzorec chování. **Teorie frustrační** pak zdůrazňují vznik agresivního chování v důsledku neuspokojení nějaké potřeby či překážky v dosažení cíle. Agresivita je zde pak chováním, které vede k odstranění překážky. V praktickém pohledu je samozřejmě **agresivní chování** nutné **vnímat** v kontextu všech jeho možných příčin. A to na těchto rovinách a v těchto souvislostech:

- jako vrozenou dispozici, výrazným způsobem formovanou zkušeností a výchovou,
- jako projev klientovy reakce na situaci, která ho ohrožuje nebo které nerozumí,
- jako chování, které lze do určité míry předvídat a ovlivnit, a to za předpokladu, že známe zdroje, signály vzniku, dovedeme reálně odhadnout jeho možné příčiny, a ovládneme psychologické postupy a prostředky k jeho eliminaci, jakož i prostředky a postupy účinného vyrovnávání se s důsledky agrese v naší psychice,
- jako chování, k jehož spuštění (příp. minimalizaci) přispívá samotný pracovník svými postoji, jednáním a projevy (138).

Agrese je většinou doprovázena širokým spektrem pocitů, např. vzteku, nenávisti a hněvu, a sama také nabírá různých forem a intenzit. V určitém pohledu můžeme agresivitu dělit do třech základních stupňů:

- **hostilita**,
- **verbální agrese**,
- **brachiální agrese**.
- **Hostilita**, neboli nepřátelství, je na stupnici agrese na nejnižším místě. Odráží se především v celkovém postoji klienta. Jsou zde jasně vyjadřovány nesympatie, kritika a negativní vztahu. Hostilitu klientů velice často může vyvolávat pouze fakt jednání s pracovníky SPOD. Již samotné očekávání možného ohrožení, restrikce nebo nutnosti konfrontovat se s nepříjemnými fakty může vyvolávat frustraci a vést k apriornímu hostilnímu postoji.
- **Verbální agrese** již představuje závažnější formu agresivního chování, kdy prostředkem útoku se stávají slova. Jedná se o přímý znak eskalace (rozvoje) násilí a jednoznačně představuje prediktor dalšího vývoje

agresivního chování. Projevů verbální agrese je proto nutné si okamžitě všimnout a již při prvních projevech reagovat vhodnými komunikačními prostředky, minimálně tak, že klienta na tyto projevy upozorníme. Již samotné upozornění, tedy pojmenování situace, může vést k poměrně efektivní a rychlé deeskalaci (snížení úrovně agresivních projevů). Verbální agresivitu lze rozdělit do tří typů:

1. přímá – klient přímo slovně napadá pracovníka SPOD – uráží, vyhrožuje apod.,
 2. nepřímá – napadání nepřímými prostředky, jako jsou e-maily, dopisy, telefony apod.,
 3. ideatorní – klient neventiluje agresivitu přímo, zůstává pouze v jeho myšlenkách a představách.
- **Brachiální** agrese je poslední a nejzávažnější stupeň agrese. Jde o přímé fyzické napadání zaměřené vůči věcem nebo objektům. V případě výkonu SPOD se jedná o krajní situaci, které je nutné předcházet, ale při jejím eventuálním projevu se vyvarovat jakékoliv snahy o její zvládnutí nebo odvrácení, pakliže je to možné. Je nutné volit únikový postup a pro zvládnutí agresivního jedince využít služby ochranky, Policie ČR apod.

Ve všech formách agresivních projevů může jít o tzv. autoagresi, tedy agresivitu obrácenou proti sobě samému (sebepoškozování, sebevražedné jednání apod.). Autogresivní chování může být projevem nejen zoufalství nebo duševní poruchy, ale může být též velice efektivním vědomým prostředkem manipulace. Heteroagresivní chování je zaměřené vůči druhým osobám a objektům.

Agresivitu je možné hodnotit i z hlediska **motivace**. Zde rozlišujeme:

- agresivitu reaktivní,
- agresivitu instrumentální,
- agresivitu afektivní,
- agresivitu deviantní,
- **Agresivita reaktivní** je nejčastěji odpovědí na reálné nebo vnímané ohrožení fyzické nebo psychické rovnováhy člověka. Tedy agresivita, se kterou se při výkonu SPOD, setkáme nejčastěji. Celá řada úkonů, byť často i formálních, může být pro klienty ohrožující či zasahující do jejich psychické rovnováhy, přičemž není podstatné, zda je dané ohrožení reálné, ale to, jak samotnou skutečnost vnímá klient.
- **Agresivita instrumentální** představuje situaci, kdy agresivní chování stává nástrojem k dosažení požadovaného cíle. Například klient se domnívá, že urážkami nebo vyhrožování může postup v jeho přípa-

dě zvrátit nebo ovlivnit. Toto chování může jedinec opakovat, jestliže jeho prostřednictvím často dosahuje cíle. Nejen při výkonu SPOD, ale i v sociální práci obecně, by agresivní chování nikdy nemělo vést ani k částečným ústupkům, byť např. jen situačním. Instrumentální agresivita představuje nejprimitivnější vzorec chování v sociálním styku.

- **Afektivní agresivita** vzniká jako reakce na silné emoční rozrušení, které je nejčastěji podmíněno situačně. Vzniká obvykle velice rychle, může být velice intenzivní a schopnost kontroly chování daného jedince může být velice snižena. Afektivní agresivita je velice nebezpečná, a to především z důvodu zcela minimální možnosti predikce násilného chování.
- **Deviantní agresivita** je spojena s duševní poruchou nebo onemocněním a představuje zcela samostatnou kategorii (139–142).

11.2 Jednání s agresivním klientem

Jak jsme již uvedli, při výkonu SPOD lze očekávat celou řadu možných projevů agresivity ze strany klientů. Základní a úspěšným předpokladem je být si toho vědom a vědět jak takové situace rozpoznat a jak na ně reagovat. Při jakémkoliv kontaktu s agresivním klientem je prvořadá otázka bezpečí.

11.2.1 Prostředí

Kontakt s agresivním klientem se často odehrává na „našem území“ – v kanceláři nebo na úřadě. To umožňuje na takovéto situace se částečně připravit a preventivně dodržovat určité obecné bezpečnostní zásady ještě předtím, než začneme s klientem jednat.

- Nikdy bychom neměli být sami s klientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc. Pracovník SPOD sedí vždy blíže ke dveřím s možností úniku.
- Odstraníme z dosahu klienta nebezpečné předměty (těžítka, příbor apod.).
- Dodržujeme bezpečnou vzdálenost – delší než délka natažené paže.
- Pokud už předem víme, že může vykazovat agresivní projevy, citlivě prezentujeme převahu např. přítomností dalšího personálu (137).

V případech, že se bude jednání odehrávat u klienta doma nebo v jiném neznámém prostředí, např. situace sociálního šetření, je třeba dodržovat pravidla obdobná:

- Vždy bychom takové návštěvy měli realizovat minimálně ve dvou.
- V případě, že očekáváme reálnou možnost agresivních projevů, požádáme o spolupráci Policii ČR nebo Městskou policii.
- Při vstupu do neznámého prostředí musíme vždy vnímat a pamatovat si ústupové cesty.
- Nikdy nevcházet do prostoru, ze kterého není úniku.
- Vnímat, jaké předměty jsou v dosahu klienta.
- Dodržujeme bezpečnou vzdálenost – delší než **trojnásobná** délka natažené paže.

11.2.2 Rozvoj agresivního chování a jeho predikce

Agresivní chování ve většině případů má svoji příčinu a svůj vývoj. Byť v některých případech – např. afektivní agresivita, velice krátký. Je proto nutné všimnout si signálů, které mohou sloužit jako prediktory možného rozvoje agresivního chování. Jedná se především o tyto prvky:

Situace. Primárním prediktorem je charakter samotné situace. Je zapotřebí se ptát? Může dané jednání klient vnímat jako potenciálně ohrožující nebo nestabilizující? Může se v průběhu jednání dostavit stres, frustrace či intenzivní negativní pocit? Pozitivní odpověď na jakoukoliv z těchto otázek zvyšuje riziko možných agresivních projevů klienta.

Osobnost. Každý reaguje trochu jiným způsobem. U někoho i velice stresující jednání nebo informace agresivní chování nevyvolá, u jiné osoby již i mírný diskomfort vede k výrazným verbálně agresivním projevům. V této souvislosti je při možném odhadu agresivního chování klienta nutné alespoň částečně znát nebo odhadnout jeho osobnost. Jako vodítka mohou sloužit známé anamnestické informace, informace z jeho okolí nebo vlastní zkušenost.

Chování. Při průběhu jednání je zapotřebí sledovat možné projevy rozvoje stresu, frustrace, nejistoty apod., které by eventuálně mohly ústít v agresivní chování. Obecně platí, že rozvoj agresivního jednání jde obvykle od projevů hostility, přes verbálně agresivní projevy, k projevům otevřené agrese.

Ještě před začátkem jakéhokoliv jednání bychom si měli uvědomit, jaké jsou naše vlastní reakce. Přirozenou reakcí na agresivitu je boj nebo útek. V případě, že se bude jednání odehrávat v našem „teritoriu“, je možné na agresivní chování klienta očekávat agresivní reakci (klient volí verbálně agresivní prostředky, já také). V případě, že se bude odehrávat

v prostředí cizím, bude logickou odpovědí útěk. Instinktivní chování ovšem nepatří mezi profesionálně vyzrálé jednání. Základním pravidlem je nejednat impulsivně (143). Naopak je nutné získat čas, zachovat klid (nebo alespoň klidně vypadat) a hledat příčiny klientovi agresivity a snažit se je zvládnout vhodnými komunikačními prostředky.

11.2.3 Průběh jednání

Již první projevy hostility je nutné vnímat jako možné prediktory rozvoje dalšího agresivního chování a je zapotřebí je zvládnout. Obecně platí, že čím dříve vědomě a efektivně reagujeme již na první projevy agresivity, tím je menší pravděpodobnost dalšího rozvoje nežádoucího chování.

Ke zvládnutí agresivního chování může přistupovat různými prostředky. Vevera (137) uvádí systém tzv. deeskalace. Ten se skládá ze tří složek – **vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání** (tab. 11.1).

Tab. 11.1 Deeskalace (137)

<p>Vyhodnocení situace</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostatečný čas a vhodný prostor (možnost pomoci a úniku) • navázání verbálního kontaktu – hledáme příčiny (ty často souvisejí s frustrací z omezení práv, pocity bezmocnosti, ohrožení) <p>Komunikace neverbální</p> <ul style="list-style-type: none"> • Náš postoj nesmí být útočný – ruce v bok, ani defenzivní – ruce zkřížené na prsou. • Respektujeme neverbální signály pacienta (např. ústup, otočení hlavy ...). • Fyzické agrese často předchází ideatorní a verbální agrese. • Respektujeme osobní prostor. • Snažíme se jednat vsedě. • Omezení zevních stimulů.
--

Komunikace verbální

- Doporučuje se oslovovat klienta příjmením – dodává to komunikaci osobnější ráz a je to často vnímáno jako projev respektu.
- Slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné.
- Nekomentujeme klientovy hodnotící soudy (větu „všichni mě štvete“ nekomentujeme, ale snažíme se porozumět jejím důvodům).
- Vyjádříme empatii – eliminace pocitů bezmocnosti a frustrace.
- Nenutíme klienta k zásadním rozhodnutím, poskytujeme čas na rozmyšlení.
- Při vystupňování neklidu ukončíme hovor.

Dokumentaci provádíme až následně.

Vyjednávání

- Vystupujeme jako osoba ochotná a schopná pomoci.
- Konfrontaci měníme na diskuzi. Cílem je výsledek výhra – výhra.
- Toho docílíme možností volby – činí z klienta partnera (např.: „Jak byste si představoval další postup?“).
- Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí („Snažíme se Vám pomoci, pane Nováku, navržené řešení je ve prospěch celé vaší rodiny.“).

Častým a často nepochopeným důvodem agrese je snaha překonat úzkost nebo hájit svou důstojnost a čest. Základním principem při vyjednávání je změnit konfrontaci na diskuzi. Zásadně se proto vyhýbáme výhrůžkám a ultimátům. Vystupujeme jako osoba ochotná a schopná klientovi pomoci.

Agresivní chování je velmi často reakcí na subjektivně pocíťovanou prohru vyvolanou pocíťovanou úzkostí, bezmocností či ponížením. Jedná se o důsle-

dek výsledku výhra – prohra. Při vyjednávání se vždy snažíme dosáhnout výsledku výhra – výhra. Toho docílíme tak, že nabídneme klientovi jistou míru kontroly nad situací, čímž zmírňujeme jeho pocity bezmoci (137). Dále lze využít některé konkrétní postupy:

- ignorováním, nereagováním na agresivní výpad, vědomým „přehlédnutím“ či „přeslechnutím“ agresivního projevu,
- klidným, sebejistým vystupováním a reakcemi (zpomalení řečové produkce, bez projevů kritiky, vyhrožování, mentorování, ztišení hlasu, omezení gestikulace, udržování bezpečné vzdálenosti atd.),
- komunikujeme – vyjádříme porozumění pro jedincevu zlostnou reakci (jen popíšeme, nehodnotíme!), klademe otázky ke zjištění averzivního podnětu, který agresivní reakci vyvolal, empaticky nasloucháme, oslovujeme jménem – tím deanonymizujeme potenciálního útočníka,
- ztížením podmínek k nastartování a eskalaci agresivního projevu (s využitím poznatků z neverbální komunikace – nenarušování osobní zóny jedince, důsledné dodržování společenské vzdálenosti, jedinci usazenému v křesle, se hůře útočí on sedí – já stojím „nad ním“ apod.),
- vyvoláme moment překvapení (náhlou změnou chování, projevů, silným podnětem „a dost!“, paradoxní reakcí, příkazem, humorem) – to je vhodné u afektivní agrese a výbuchů vzteku,
- nasměrujeme agresi na jiný objekt,
- asertivním způsobem uplatníme svoji autoritu a moc, kterou v situaci disponujeme (srv. 137, 144–146).

Nedirektivní a direktivní přístup

Při samotném jednání s agresivním jedincem je vhodné pokusit o aplikaci stupňovitěho vyjednávání, a to od nedirektivního k direktivnímu přístupu. Při prvních známkách hostility nebo agresivity se snažíme reagovat nejprve **nedirektivním způsobem**. Vyjádříme klientovi pochopení či podporu a klidným a vstřícným způsobem se dále snažíme komunikovat potřebné informace nebo získat klienta ke spolupráci. V této fázi využíváme různých nedirektivních komunikačních prostředků (jako např. **aktivního naslouchání** – např. „Jestli vám správně rozumím, jste rozrušen z toho, že od vás zjišťuji osobní informace.“), **pochopení** (např. „Vaši situaci chápu, takováto situace by byla nepříjemná i pro mne.“), **kooperativní neverbální komunikace** (s klientem pokud možno sedíme, nezaujímáme defenzivní postoje apod.), **explanace a motivace** (snažíme se klientovi situaci dostatečně objasnit a vhodným způsobem ho motivovat), **vylou-**

číme nebo omezíme prvky formální autority (snažíme se vyhnout projevům, které by zdůrazňovaly naši formální autoritu), **nereagujeme na invektivy a klientovy impulsivní reakce**. Na obavy a postoje klienta naopak reagujeme věcným způsobem a snažíme se vnímat.

Většina klientů by měla být po několika minutách řízeného neditivního přístupu věcné spolupráce a od agresivních projevů upustit. V případě, že postup není efektivní, přejdeme k přístupu **direktivnímu**. Direktivní přístup je založen na těchto principech:

- Věcným způsobem zdůrazníme naši formální autoritu (např. „Uvědomte si, že jste na sociálním úřadě.“), ale nevyhrožujeme.
- Volíme direktivní způsob komunikace založený na formálním sdělení našich požadavků. V případě, že klient reaguje nevěcnými poznámkami, na tyto nereagujeme, pouze opakujeme naše požadavky (princip ohrané desky).
- Volíme neverbální komunikaci zdůrazňující naši autoritu a omezující komunikaci otevřenou (posadíme se za stůl apod.).
- Jakkoliv nereagujeme na klientovi nevěcné připomínky nebo invektivy.

V případě, že není účinná ani direktivní komunikace, je nutné s klientem komunikaci ukončit a dále volit formální prostředky k vyřešení situace.

11.3 Shrnutí

Jednání s agresivním klientem představuje náročnou situaci, která může být při výkonu SPOD relativně častá. Nejedná se pouze o přímé projevy fyzické agresivity, ale řadu hostilních nebo verbálně agresivních projevů. Schopnost odhadnout situaci, rozpoznat rozvoj potenciálně agresivního chování a hlavně jeho efektivní a bezpečné zvládnutí představuje jedenu z nejdůležitějších komunikačních dovedností v oblasti všech profesí při práci s lidmi.

12 Domácí násilí a syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Tato doplňková kapitola se věnuje nejzávažnějšímu jevu, ke kterému může docházet v rodinách registrovaných v systému SPOD. Jedná se zejména o problematiku násilí v rodině včetně násilí na dětech v podobě syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tato témata budou představena jen ve stručném přehledu, jak to umožňuje rozsah tohoto materiálu, a to jak v podobě teoretického souhrnu, tak některých konkrétních praktických rad a doporučení.

12.1 Teorie

Domácí násilí (DN) je významný a nebezpečný sociálně patologický jev, se kterým se přímo či nepřímo SP mohou v praxi velmi často setkat. Tomuto tématu se budeme krátce věnovat i v tomto materiálu, protože přítomnost dítěte v rodině, kde dochází k domácímu nebo partnerskému násilí, je považována za vysoce rizikovou s ohledem na přímé i nepřímé ohrožení dítěte (dítě je rovněž vystaveno fyzické nebo psychické agresi, dítě je přítomno napadání rodiče a prožívá situaci jako zraňující nebo traumatizující). Zároveň však není možné, aby OSPOD automaticky zasahoval v každé rodině, ve které dochází k násilí mezi dospělými partnery.

Za domácí násilí je často považováno především násilí mezi dospělými partnery, v laické veřejnosti téměř vždy asociuje násilí mužů na ženách. V modernějším pojetí je tento model považován za přežitý a pojem domácí násilí je stále častěji nahrazován pojmem „násilí v rodině“. Tento pojem vyjadřuje skutečnost, že veškeré mezilidské vztahy mohou být zatíženy násilím (verbálním, neverbálním) a ani rodinné prostředí případně blízkost v mezilidských vztazích nemusí znamenat ochranu a záštitu před násilím. Zároveň upozorňuje na to, že obětí násilí v blízkých vztazích zdaleka nemusí být jen ženy, ale mohou jimi být i muži a násilí může mít rovněž mezigenerační charakter. Právní vztah mezi agresorem a obětí není rozhodující. Definice i teorie domácího násilí pojí jeden společný jmenovatel – panuje v nich nejednotnost, uplatňují se různé ideové přístupy a výkladové koncepce. Důvod je jednoduchý – domácí násilí představuje

diverzifikovaný, širokospektrální a mnohvrstevný jev, který může nabývat různé skutkové podoby i různé stupně intenzity, a to v různých kombinacích. Odborníci se shodují na jeho určujících, klíčových znacích. K nim patří:

- výskyt násilných incidentů (násilí),
 - které se opakují (opakovanost),
 - a to se vzrůstající intenzitou (eskalace),
 - čímž vzniká jasné dělení rolí na násilnou a ohroženou osobu (asymetričnost vztahu) (147).

12.2 Násilí v rodině

Násilí v rodině je fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi osobami navzájem si blízkými, ke kterému dochází v soukromí, a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti, intenzita násilných incidentů se zpravidla stupňuje a u oběti vede ke ztrátě schopnosti včas zastavit násilné incidenty a efektivně vyřešit narušený vztah.

Druhý domácího násilí lze rovněž rozdělit takto:

- násilí mezi dospělými partnery,
- násilí páchané členy rodiny na dětech,
- násilí páchané uvnitř rodiny na seniorech.

Přítomností domácího násilí jsou zejména ohroženy děti. V této souvislosti se poukazuje na nebezpečí, která vyplývají nejen ze samotného aktu násilí, jenž nemusí být primárně namířeno na dítě, ale na souvislosti a důsledky, které má život v chronicky násilném vztahu na psychický stav matky dítěte (jako typické oběti partnerského násilí) (148). Jedná se zejména o vyšší míru výskytu depresivních obtíží, úzkostných poruch a maladaptivních stresových reakcí, které dlouhodobě ovlivňují rodičovské kompetence matek a mohou vyústit nejen ve fyzické týrání, ale i v zanedbávání dítěte (149). V důsledku přítomnosti domácího násilí v rodině může také docházet k selhávání péče o dítě nebo neschopnosti ochránit dítě před různými riziky a ohroženími. K týrání a zanedbávání dítěte také může docházet z důvodu, že dospělé oběti domácího násilí se mohou bát chránit dítě nebo vzdorovat nevhodnému chování agresora. Přítomnost nebo chování dítě také může provokovat agresora k násilí na partnerovi (150).

Jednou ze základních charakteristik uváděných v souvislosti s domácím násilím, která ho odlišuje od ostatních druhů násilí a činí ho velmi

nebezpečným a pro oběť vysoce stresujícím, je, že oběť se přestane cítit bezpečně v intimním prostředí domova, kde bychom všichni měli mít právo pocítovat zázemí a bezpečí. Pojem „násilí v rodině“ také upozorňuje na to, že existují partnerské vztahy, které jsou násilím zatíženy, přesto se ani jeden z partnerů ve vztahu necítí vážně ohrožen, oba partneři vnímají vzájemnou podporu a svůj vztah by označili za fungující. Na násilí v rodině můžeme nahlížet jako na zásadní problém v partnerské komunikaci. Tento pohled nám umožňuje vidět tento jev v souvislosti komplexního fungování vztahu, kdy násilí, případně násilné chování, je jen jednou a zdaleka nemusí být nejdůležitější z jeho charakteristik. Tento přístup otevírá cestu k psychosociální intervenci v takových vztazích, protože komunikační strategie lze s terapeutickou podporou zlepšovat nebo i měnit.

Úkolem SP není řešit problematiku domácího násilí, ale v případě, že dospělou osobou požádán o pomoc, měl by umět pomoc vytvořit bezpečností plán, dále pak vyhledat a zprostředkovat vhodné služby, které mohou pomoci rodině situaci řešit. Může se jednat o poučení oběti, jak využít právní instrumenty (vykázání násilníka ze společné domácnosti, soudní omezení styku mezi agresorem a zbývajícími členy rodiny, trestní oznámení), až po představení a zprostředkování služeb (poradenské a terapeutické služby, azylové domy s utajenou adresou apod.) (151).

Při identifikaci toho, co je domácí násilí a co není, by SP měl vycházet z pohledu oběti, tzn. respektovat vnímání situace obětí. To však do zákonem dané hranice. V praxi to znamená, že jakékoliv jednání, které dosáhlo intenzity trestného činu, vyžaduje profesionální reakci SP a volbu vhodné strategie řešení, protože přehlížení této situace může představovat spáchání trestného činu SP (nezabránění páčání trestné činnosti, neposkytnutí pomoci apod.). Naopak v případě, že SP je přesvědčen o tom, že v rodině klientů dochází k DN, které nedosahuje intenzitou trestného činu, a dospělý klient nehodlá tuto situaci řešit, měl by SP klienty poučít o možnostech řešení jejich situace, ale nemůže klienta do žádného řešení nutit.

V případě, že si není SP jistý, zda chování, které v rodině může spatřovat nebo se kterým se mu někdo z rodiny svěřuje, splňuje znaky násilí v rodině, měl by postupovat dle následujícího modelu:

- O násilí v rodině se jedná, jestliže se, kterákoliv osoba v rodině cítí ohrožena násilným chováním někoho jiného a požádá SP o intervenci.

- O násilí v rodině se jedná, jestliže byl některý z členů rodiny napaden jiným členem rodiny a intenzita útoku naplnila skutkovou podstatu trestného činu, SP by měl napadenému nabídnout intervenci a předat kvalifikované informace jak se bránit dalšímu napadení (pozor na oznamovací povinnost).

Mýty o domácím násilí

- agresorem DN je vždy muž, obětí DN je vždy žena,
- DN je výsledkem patriarchálního uspořádání světa,
- DN je soukromá věc, do které se nemají cizí lidé (stát) vůbec plést,
- DN je přítomné pouze v sociálně slabých rodinách,
- pachatel DN je jednoznačně odpudivá osobnost, zatímco oběť je krystalicky čistá a vzorná osobnost,
- pachatel DN je primitivní a duševně choré individuuum a lze ho na první pohled poznat,
- existuje typická oběť DN – nesebevědomá a neúspěšná osobnost,
- oběť si za DN může sama, kdyby chtěla, vztah opustí,
- největší vliv na DN má alkohol a drogy.

Pracuje-li SP s rodinou, kde dochází k domácímu násilí, případně je v tomto systému násilí legitimním komunikačním prostředkem, hrozí, že jeho intervence či i jeho pouhá přítomnost může být spouštěčem nebo eskalátorem násilí i v případě, že práce s klienty se týká zcela jiné zakázky, než je řešení domácího násilí. SP by měl vždy pečlivě zvážit, zda a za jakých podmínek lze v této rodině pokračovat ve spolupráci, jakou formu budou mít konzultace s klienty a kdo jich bude přítomen (152).

12.3 Intervence

Intervence by měla být naplánována ve spolupráci s poškozeným dospělým a měla by řešit v první řadě bezprostřední bezpečnostní situaci. Bezpečnostní plány by měly být pravidelně přezkoumávány, aby se zajistilo, že jsou účinné. **Zásadní informace**, které mohou být zahrnuty v intervenčním plánu, jsou:

- určení, na koho se obrátit v ohrožující situaci, seznam osob nebo agentur, které mohou poskytnout bezpečí a útočiště,
- úspora peněz a pořízení kopií důležitých dokumentů v případě potřeby nutného okamžitého útěku,
- domluva s dětmi na tom, co se od nich očekává, pokud by došlo

k ohrožující situaci, a zajištění, aby děti věděly, kam jít a jak volat o pomoc při případném násilném útoku.

Při intervenci v případě domácího násilí jsou zásadní následující body (153):

- Je nutné zajištění bezpečí dětí.
- Zajištění stabilní a bezpečné péče o děti, pokud to není možné, aby se o ně staral druhý rodič, který není rizikový.
- Zajištění ekonomické a emocionální podpory poškozenému dospělému a dítěti/dětem.
- Zajištění ochrany dětí před ovládnutím a násilným chováním rizikového dospělého.
- Podpora poškozeného dospělého ve vyhledávání služeb, ochrana proti násilnému chování. Nabídka vhodných služeb pro poškozeného dospělého a děti.
- Pokud je nutné umístění mimo domov, mělo by to být provedeno tak, aby nedošlo k odloučení sourozenců nebo odloučení dětí od poškozeného rodiče.
- Není možné umístění dětí do takové náhradní péče, kde se v minulosti vyskytovalo násilí.

12.4 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Jednou z nejzávažnějších příčin registrace rodiny v systému ochrany dětí, je ohrožení dítěte syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN – z anglického Child Abuse and Neglect). Koncept tohoto syndromu je znám již více než 50 let a jeho definování bylo podnětem pro zásadní reformu systému ochrany dětí do podoby, kterou známe nyní. Jeho zásadní nevýhodou je, že se jedná o velmi široký pojem zahrnující velmi rozličné formy poškozování dětí, které se liší nejen v projevech, ale i příčinách, důsledcích a formách intervence. Syndrom CAN představuje jakýkoliv nenáhodný děj či situaci vůči dítěti, které jsou v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané. Současně se jedná o jev preventibilní (lze mu předejít, tzn., že mezi týráním se nemůže počítat zranění, které utrpí dítě při automobilové nehodě v případě, že rodiče zanedbali žádnou povinnost). Důsledky tohoto chování pro stav a vývoj dítěte by měly být bezprostředně spjaty s příčinami a mechanismy, které jej vyvolaly. Neexistuje věk, kdy by dítě nemohlo být obětí

týrání, zneužívání nebo zanedbávání – všechny formy syndromu CAN se mohou týkat dětí všech věkových kategorií (0–18 let) (154–156).

V šedesátých letech 20. století, kdy byla koncepce syndromu poprvé konstruována, byla největší pozornost věnována především co možná nejkomplexnějšímu popisu chování, které lze označit za týrající, zneužívající nebo zanedbávající, a definování co možná nejpřesnějšího popisu projevů jednotlivých forem špatného zacházení s dětmi, tzn., jaké chování dospělých dětí vůči dětem lze označit za nežádoucí a jak lze pozorovat na dětech zjevné projevy tohoto nežádoucího chování. V dalších obdobích byla pak pozornost věnována zejména objasňováním příčin nežádoucího chování dospělých osob vůči dětem tak, aby bylo možné tomuto chování předcházet, případně ho modifikovat v rámci intervenčních zásahů. V další etapě vývoje ochrany dětí bylo úsilí klinických i vědeckých pracovníků zaměřeno především na studium krátkodobých i dlouhodobých důsledků špatného zacházení s dětmi na jejich život, zdraví a vývoj. I v tomto případě se jednalo zejména o možnost využít poznatky tohoto zkoumání v klinické práci s ohroženými dětmi, tzn. jak v rámci terapeutických nebo jiných intervenčních strategií minimalizovat důsledky nevhodné péče a případné traumatizace, která je se syndromem CAN často spojována (157).

V současné době se při řešení případů syndromu CAN uplatňuje přístup, který v každém konkrétním případě zkoumá a reaguje na individuální dopady, které měla nevhodná/nedostatečná péče o dítě na saturaci jeho potřeb. Nejen příčiny, ale i důsledky nevhodné/nedostatečné péče, jsou u každého dítěte jiné, i u dětí z jedné rodiny, které prošly stejnou zkušeností, mohou být projevy, zejména v oblasti prožívání a zpracování této skutečnosti, zcela odlišné. Zatímco jedno dítě tato zkušenost paradoxně posílí a nabudí jeho sebeobrané mechanismy, druhé dítě je hluboce traumatizované a v důsledku toho jsou zasaženy všechny sféry jeho života a osobnosti. Přestože jsou známa obecná ohrožení vývoje dítěte, která souvisí se syndromem CAN, a každý pracovník ochrany dětí o nich musí vědět, nelze v konkrétních případech postupovat jen s využitím šablonovitých řešení, ale je vždy nezbytné individuálně hodnotit dítě a jeho rodinu, zjišťovat rozsah možných poškození dítěte, naplněnost/nenaplněnost jeho potřeb, kapacitu a kompetence osob, které budou zajišťovat další péči o děti. Koncept příčin, projevů a důsledků syndromu CAN nám do praxe poskytuje teoretický rámec, který nám pomáhá orientovat se v dané problematice. Umožňuje nám volit vhodné

diagnostické nástroje, neopomenout důsledky, které mohou být méně zřetelné nebo skryté (např. riziko přenosu pohlavních chorob u sexuálně zneužívaných dětí, obtíže se socializací zanedbávaných dětí), zároveň ale nemůže sloužit jako rigidní návod, který je možné jednotně použít pro všechny děti. Poslední výzkumy ukazují, že při ochraně ohrožených dětí je naprosto zásadní odstranit fyzické důsledky nevhodné/nedostatečné péče rodičů, dále pak zajistit dítěti péči v láskyplném a podnětném prostředí, a pouze menší část dětí vykazuje projevy, které vyžadují psychologickou péči. Z uvedeného vyplývá, že základním těžištěm intervence ve prospěch ohrožených dětí je komplexní zhodnocení potřeb dítěte a vytvoření strategie jejich saturace, což je zásadní kompetencí sociálních pracovníků (158, 159).

Sociální pracovník by nikdy neměl činit předčasné závěry z ojedinelých projevů, např. změny chování dítěte, sexualizované chování dítěte projevující se například v kresbě, reakce dítěte na pokus o fyzický kontakt ze strany učitele apod., ale měl by se snažit zhodnotit celou situaci a posuzovat ji až v kontextu všech ověřených dat. Přesto by sociální pracovník měl při rozhovoru s dítětem, které může být týráno, zneužíváno, zanedbáváno nebo jiným způsobem traumatizováno, dodržovat následující doporučení (160).

Rozhovor s dítětem (v případě podezření na syndrom CAN nebo jinou traumatickou zkušenost) (161–164)

Co dělat:

- Vysvětlit, kdo jsme a proč spolu budeme hovořit.
- Zajistit soukromí pro rozhovor.
- Sedět vedle dítěte, ne přes stůl (nejlépe do L).
- Ptát se slovy, kterým dítě rozumí, netlačit na pilu.
- Naslouchat, snažit se nebýt šokován sděleními dětí, pracovat se svými emocemi i neverbálními reakcemi.
- Vysvětlit dítěti, co bude následovat, až náš rozhovor skončí – vyšetření u lékaře, předání zprávy policii apod.

Ptát se:

- Víím, že když jsou děti takto zraněné nebo se takto chovají (popis), většinou se jim stalo něco nepřijemného. Chceš mi říct, co se stalo?
- Připadá mi (vidím), že jsi nešťastný/á, rád/a od Tebe uslyším, co se děje.

Co nedělat!

- Nedopustit, aby se dítě cítilo provinile nebo trapně.
- Nekritizovat ani neverbálně. Nekritizovat rodiče, ať udělali cokoliv!
- Nenutit dítě k odpovědím, nepodsouvat mu je.
- Nenechávat dítě samotné s cizími lidmi.

Pokud to není nezbytně nutné, nenutit dítě se svlékat. Pakliže je to potřeba, aby se dítě vysvléklo, je nutné postupovat pomalu, vysvětlit proč to od něj požadujeme, zajistit maximálně možnou míru soukromí, myslet na možné pocity studu u dítěte a zachovávat jeho DŮSTOJNOST. V případě lékařských vysvětlení podrobně (přiměřeně věku) vysvětlit postup vyšetření a popisovat, co se právě děje.

Pozor na doteky, používejte je, jen máte-li souhlas dítěte (včetně běžných doteků, které využíváme v kontaktu s dětmi – pohlazení po hlavě, objetí pokud dítě pláče apod.).

12.5 Shrnutí

Problematika domácího násilí včetně syndromu CAN je nejcitlivějším a nejzávažnějším problémem, se kterým se pracovníci SPOD mohou setkat. Ve většině případů se jedná o problém velmi složitý, jehož příčiny a důsledky jsou navzájem propojené a mohou být při prvních setkáních s rodinou skryté. Rovněž tak může být obtížné určit rozsah a závažnost důsledků těchto jevů pro život zasažených dětí, nebo dospělých, protože se často jedná o důsledky dlouhodobé, které ne vždy lze predikovat a které se mohou projevit i dlouhé roky od prožitých traumat. Při řešení těchto případů je vždy potřeba postupovat profesionálně, citlivě a s využitím multidisciplinární spolupráce.

Tab. 12.1 Syndrom CAN (165–170)

Syndrom CAN			
fyzikální týrání	psychické týrání	sexuální zneužívání	zanedbávání
formy	formy	formy	formy
bití, bití s použitím nástrojů, kopání, třesení, smýkání, popalení, opáření, poleptání, podávání jedovatých nebo nepoživatelných látek, vystavování nadměrnému chladu, úmyslné hladovění, Shaken Baby Syndrom, Munchausen syndrom by proxy	přítomnost při konfliktech, včetně fyzického napadení blízkých osob, nezáměr, hostilita, neláska, nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování, nerespektování potřeby možnosti dítěte, nadměrné nároky na dítě	obtěžování bezdotykové – exhibicionismus, slovní obtěžování, dítě je nuceno se před dospělým smlékat, exponování dítěte sexuálními scénám (včetně videa apod.); obtěžování dotykové – mazlení, dotýkání se intimních zón dítěte nebo naopak nucení dítěte, aby se dotýkalo intimních zón dospělé osoby	opuštění dítěte, nedostatečný dohled nad dítětem, vystavení dítěte společenským rizikům, zanedbávání výživy dítěte včetně jeho specifických nutričních potřeb, zanedbávání fyzického a psychologického zdraví a potřeb dítěte, zanedbávání odívání a hygienických potřeb, zanedbávání vzdělávacích potřeb a rozvoje osobnosti dítěte
charakteristika	charakteristika	charakteristika	charakteristika
Chronické jednání většinou bez zjevného začátku – začátek lze někdy vypozařovat při změně rodinné konstelace, někdy obtížně rozlišitelná hranice mezi trestáním a fyzickým týráním.	Chronické jednání většinou bez zjevného začátku – začátek lze někdy vypozařovat při změně rodinné konstelace. Nejobtížnější detekovatelná forma CAN, při použití tohoto typu násilí jsou většinou nevědomé motivy na straně agresora.	V případě napadení dítěte mimo rodinu se většinou jedná o jednorázové jednání. V případech zneužívání blízkou osobou se jedná především o chronické jednání (průměrná délka zneužívání 3 roky), lze dohledat začátek zneužívání.	Nejčastější forma syndromu CAN, s nejobtížnější definicí vzhledem ke kulturní podmíněnosti zanedbávání, chronická forma většinou bez zjevného začátku, nejvíce ovlivněna celkovou sociálně-ekonomickou situací rodiny, případně komunity.

Tab. 12.1 Syndrom CAN (165–170)

Syndrom CAN			
fyzické projevy	fyzické projevy	fyzické projevy	fyzické projevy
otřes mozku a míchy, subdurální hematom, nitrooční krvácení, pohmožděniný, popáleniny, zlomeniny, poranění svalů a šlach, krvácení		gravidita, pohlavně přenosné choroby, krvácení, pohmožděniný a jiná zranění v urogenitální a anální oblasti, bolestivost při močení a defekaci, chronická zácpa nebo bolestivost při chůzi	fyzická zanedbanost, podvýživa, hlad, neupravenost, zašpinění, zápach, infekce z nedostatku hygieny – svrab, vši, nedolčené nemoci nebo zranění
Dítě se začne vyhýbat běžným situacím, které by mohly prokázat fyzické projevy týrání (převlékání ve škole, účast na školních aktivitách apod.).		a sezení, psychosomatické problémy – bolesti hlavy, břicha, poruchy spánku a příjmu potravy, náhlé nápadné zanedbávání hygieny Dítě se začne vyhýbat běžným situacím, které by mohly prokázat fyzické projevy týrání (převlékání ve škole, účast na školních aktivitách apod.).	
psychické projevy	psychické projevy	psychické projevy	psychické projevy
pasivní, uzavřené nebo naopak aktivní až expanzivní chování, destruktivita, sebepoškození až sebevražedné tendence, zhoršení prospěchu a/nebo chování ve škole, regrese	ustrášenost, přecitlivělost, nebo citová plochost, nedůvěřivost, regrese	strach, úzkostnost, pocity viny a hanby, deprese, snížená sebeúcta, nápadné změny v chování, sebepoškození až sebevražedné tendence, zhoršení prospěchu a/nebo chování ve škole, regrese	snížený kognitivní výkon, nedostatečný rozvoj řeči bez zjevné fyziologické příčiny, nedostatek sociálních a komunikačních dovedností
Projevy je nutné posuzovat vzhledem k běžnému chování dítěte, jeho temperamentu a osobnosti. Nápadné jsou především významné změny v chování dítěte (klidné dítě se stane podrážděným, extrovertní dítě se začne chovat uzavřeně apod.).		Projevy je nutné posuzovat vzhledem k běžnému chování dítěte, jeho temperamentu a osobnosti. Nápadné jsou především významné změny v chování dítěte (klidné dítě se stane podrážděným, extrovertní dítě se začne chovat uzavřeně apod.).	

Syndrom CAN	
dlouhodobé psychické důsledky	dlouhodobé sociální důsledky
<p>rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSD), disociativní poruchy, identifikace s agresorem, poruchy příjmu potravy</p> <p>zabudování agresivního chování do běžného repertoáru chování</p> <p>deformace vnímání rodičovských rolí</p> <p>U fyzicky a sexuálně zneužívaných dětí je pravděpodobný rozvoj syndromu přizpůsobení se, který má následující fáze: utajení, vyhrožování, bezmocnost, svedení a přizpůsobení, případné odvolání výpovědi nebo sdělení.</p> <p>U sexuálně zneužívaných dětí – pokud jsou malé, nerozumí tomu, co se děje (normalita), pocity viny, pokud zneužívání není alespoň v počátku násilné, může se dětem líbit, cítí pocit viny a trapnosti z vlastních reakcí, libost vnímají jako „zradu“ vlastního těla, agresor může toho všeho zneužívat pro svou omluvu a/nebo zůvodnění zneužívání (... vždyť se mu/ji to líbilo, sám/a to chtěl/a), později může dítě vzniklou situaci využívat jako nástroj moci.</p> <p>nespecifické projevy</p> <p>zvýšená a neomluvená absence dítěte ve škole</p> <p>netypická a neovšvítitelná zranění</p> <p>rozpor mezi popisem mechanismu vzniku zranění a/nebo jeho rozsahem a udávanou příčinou</p> <p>mnohočetnost zranění, jejich netypické umístění (záda, vnitřní strana stehen, podbříšek apod.), různost stáří zranění</p> <p>velká časová prodleva mezi vznikem zranění a vyhledáním pomoci</p> <p>vyhýbání se tělocviku nebo aktivitám, kde se má dítě svlékat nebo může být viděno svlečeno</p> <p>dítě se nepřiměřeně venkovním teplotám nadměrně obléká</p> <p>vyhýbání se běžnému tělesnému kontaktu, neustálá podrážděnost a ostražitost v běžných sociálních situacích</p> <p>strach z rodičů (např. dítě se bojí říci rodičům, že dostalo špatnou známku, dítě se bojí odejít domů)</p> <p>opakované útoky z domova</p> <p>sebeпоškození, případně hovory o sebeпоškození, včetně sebevražedného chování</p> <p>přehnaně sexualizované chování, neodpovídající věku a vývoji dítěte</p>	<p>poruchy chování, asociální a de-likventní chování</p> <p>špatná orientace v sociálních situacích a vztazích</p> <p>deformace vnímání rodičovských a dalších sociálních rolí</p>

Literatura

1. Human rights and social work. A manual for School of Social Work and the Social Work Profession. United Nations New York and Geneva, 1994. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training1en.pdf>.
2. Witkin, S.: Human Rights and Social Work. *Social Work*, 1998. Vol. 43 (3), str. 197–201.
3. International Association of Social Work School. Dostupné z: <http://www.iassw-aiets.org>
4. Reichert, E.: Placing Human Rights at the Centre of the Social Work Profession. Dostupné na: www.socialwork.siuc.edu/resourcecenter.
5. Mezinárodní Federace sociální práce, 2000. Dostupné z www.ifs.org/Publication/4.5.3.pub.html, ze dne 18. 11. 2011.
6. Reichert, E.: Human Rights: An Examination of Universalism and Cultural Relativism. *Journal of Comparative Social Welfare*. 2006. 22 (1), str. 23–36.
7. Matoušek, O. a kol.: *Základy sociální práce*. Praha: Portál 2001, str. 99.
8. Canadian Association of Social Work: CASW National Scope of Practice Statement. Dostupné z: http://www.yoursocialworker.com/social_worker.htm, ze dne 19. 11. 2011.
9. Farrell, A.: Legislative Responsibility for Child Protection and Human Rights in Queensland. Dostupné z: <http://eprints.qut.edu.au>, ze dne 18. 11. 2011.
10. *The Future of Children: Protection children from abuse and Neglect: Analysis and Recommendations*. 1998. 8 (1).
11. Batty, D.: History of child protection: a timeline *Guardian newspaper* (18 May 2005). Dostupné z: www.guardian.co.uk ze dne 15. 10. 2011.
12. Patton, W. W.: *Child protective Services: Historical overview and current system*. Dostupné z: <http://education.stateuniversity.com>, ze dne 17. 11. 2011.
13. Monash University, Medicine, Nursing and Health Sciences: *A short history of Australian child welfare*; 2008. Dostupné z <http://www.med.monash.edu.au> ze dne 15. 10. 2011.
14. Lamont, A. Bromfield, L.: *History of child protection services*. Resource Sheet. National Child Protection Clearinghouse. 2010.
15. Mikšíková S., Uhrová, U.: *Historické pojetí dětství*. In Kolláriková, Z., Pupala, B., *Předškolní a primární pedagogika – Předškolná a elementárna pedagogika*. Praha 2001.
16. Takanishi, R.: *Childhood as a Social Issue: Historical Roots of Contemporary Child Advocacy Movements*. The Society for the Psychological Study of Social Issues. 1978.
17. Kempe, Ch., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., Silver, H. K.: *The battered-child syndrome*. *American Journal Medical Science*. 1962; 181(1), str. 17–24.
18. Fontana, V. J., Donovan, D., Wong, R. J.: *The Maltreatment Syndrome in Children*. *New England Journal of Medicine*. 1963. 269, str. 1389–1394.

19. Nelson, B.: Making an issue of child abuse: political agenda setting for social problems. University of Chicago Press, 1986.
20. Panel on Research on Child Abuse and Neglect, National Research Council: Understanding Child Abuse and Neglect Publication Year. 1993, str. 78.
21. Lutzer, J. R., Wesch, D., Rice, J. M.: A Review of Project „12-Ways“. An Ecobehavioral Approach to the Treatment and Prevention of Child Abuse and Neglect. Child Abuse and Neglect, Vol.7, 1984, str. 63–72.
22. Rose, S. J., Meezan, W.: Defining Child Neglect: Evaluation, Influences and Issues. Social Services Review. 1993. 67(2), str. 279–293.
23. Bronfenbrenner, U., Ceci, S. J.: Nature-nurture reconceptualization in developmental perspective: A bioecological model. Psychological Review. 1994. 101, str. 568–586.
24. Cicchetti, D., Toth, S. L.: A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995. 34(5), str. 541–565.
25. Department of Health and Human Services. Centers of Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/social-ecological-model_dvp.htm.
26. Lutzer, J. R., Wesch, D., Rice, J. M.: A Review of Project „12-Ways“. An Ecobehavioral Approach to the Treatment and Prevention of Child Abuse and Neglect. Child Abuse and Neglect. 1984. 7, str. 63–72.
27. Tudge, J., Mokrova, I., Hatfield, B., Karnik, R.: Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. The University of North Carolina at Greensboro. Dostupné z: <http://www.uncg.edu> ze dne 12. 1. 2011.
28. Bronfenbrenner, U.: Ecological model of human development. In: International Encyclopedia of Education. Vol 3 (2nd edition). Oxford Elsevier. 1994.
29. Watson, J.: Child Neglect. Literature Review. Centre for Parenting & Research. May 2005. ISBN 0 731043847.
30. Prevent Child Abuse and Neglect. Missouri. A Program of Missouri Kids First. <http://www.missourikidsfirst.org>. ze dne 2. 12. 2011.
31. Department of Health and Human Services. Centers of Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/social-ecological-model_dvp.htm.
32. Dubowitz, H., DePanfilis, D. et al.: Handbook for child protection practice. Thousand Oaks CA: Sage: Washington. 2000.
33. Lamont, A., Bromfield, L.: History of child protection services. Resource sheet. National Child Protection Clearinghouse. October 2010.
34. Barth, R., Courtney, M., Berrick, J. D., Albert, V. From child abuse to permanency planning: Child welfare services, pathways, and placements. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
35. Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J.: Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. Praha PčP, 1997, str. 64–67.

36. Barth, R. P., Courtney, M., Berrick, J. D., Albert, V.: From child abuse to permanency planning: Child welfare services, pathways, and placements. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
37. Wolf, L.: Týrání a zneužívání dětí ve Vídni v době Freuda (Korespondenční lístky z konce světa). Praha/Kroměříž. Triton, 2007. str. 11–12.
38. Lendlerová, M., Rýdl, K.: Radosné dětství? Dítě v Čechách devatenáctého století. Praha: Paseka Fénix 2006, str. 290.
39. DeFrancis, V.: Landmarks in the Development of CPS. *Protecting Children*, 1987. 4(3), str. 3–5.
40. Wachtel, A.: Child Abuse: Discussion Paper. The National Clearinghouse on Family Violence. Canada 1989. Dostupné z <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca>, ze dne 24. 6. 2011.
41. O'Neill Murray, K., Gesiriech, S.: A Brief Legislative History of the Child Welfare System. 2004. Dostupné z <http://www.pewtrusts.org> ze dne 19. 11. 2011.
42. Durrant, J.: The Swedish Ban on Corporal Punishment: Its History and Effects. *Save the Children*. 1999. Dostupné z: <http://www.endcorporalpunishment.org> ze dne 19. 11. 2011.
43. http://www.endcorporalpunishment.org/pages/progress/prohib_states.html
44. Action for child protection. 2003. Dostupné z: <http://www.actionchildprotection.org>.
45. Rack, C., Patterson, L.: Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling and Development*. 1996; 74(4), str. 368–373.
46. Randolph, K., Fraser, M., Orthner, D.: Educational resilience among youth at risk. *Substance Use and Misuse*, 2004. 39(5), str. 747–767.
47. Moore, K.: Defining the term „at risk“, *Brief Research to Results*. 2006.
48. Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistic's and Intervention 2009 (on line), Washington: Child Welfare Information Gateway; 2010. Dostupné z www.childwelfare.gov.
49. Bromfield, L., Horsfall L.: Child Abuse and Neglect Statistics (on line) 1st ed. Australia: National Child Protection Clearinghouse; June 2010. Dostupný z www.aifs.gov.au.
50. Everson, M. D., Smith, J. B., Hussey, J. M., et al.: Concordance between adolescents report of childhood abuse and Child Protective Services determinations in an at-risk sample adolescents. *Child Maltreatment* 2008; 13: str. 14–26.
51. Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2009. Praha: MPSV; 2009. Dostupný z <http://www.mpsv.cz/cs/7260> ze dne 12. 10. 2010.
52. Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2009. Praha: MPSV; 2010. Dostupný z <http://www.mpsv.cz/cs/7260>, ze dne 12. 10. 2010.
53. Sullivan, S. (ed.): Child Neglect: Current Definitions and Models (A review of child neglect research, 1993–1998). Family Violence Prevention Unit, Health Canada 2000.
54. Encyclopedia of Children and Childhood in History and Society. <http://www.faqs.org/childhood/Bo-Ch/Child-Abuse.html>, ze dne 17. 11. 2011.

55. Hammersley, D., Butcher, J.: Safeguarding children guidelines. Integrated Governance Committee. 2010.
56. Tomison, A. M., Stanley, J.: Strategic Directions in Child Protection: Informing Policy and Practice. Unpublished report for the South Australian Department of Human Services (2001). Dostupné z <http://www.aifs.gov.au>, ze dne 19. 11. 2011.
57. Family Rights Group: Child Protection Procedures. 2010. Dostupné z <http://www.justice.gov.uk/guidance/careproceeding.htm> ze dne 19. 11. 2011.
58. McCarthy, J., Marshall, A., Collins, J., Arganza, G., Deserly, K., Milon, J.: A Family's Guide to the Child Welfare System. National Technical Assistance Center for Children's Mental Health at Georgetown University Center for Child and Human Development. Dostupné z: <http://www.cwla.org/childwelfare/fg.pdf>, ze dne 19. 11. 2011.
59. Collier, J.: Child neglect. Research handbook to inform practice. Cambridge shire Local safeguarding children board. 2008.
60. Risk, protection and residence in children and families. Centre for Parenting and Research NSW Department of Community Services. 2007.
61. Tyler, S., Allison, K., Winsler, A.: Child Neglect: Developmental Consequences, Intervention, and Policy Implications. *Child & Youth Care Forum*. 2006. 35(1), str. 1–20.
62. Allin, H., Wathen, C., MacMillan, H.: Treatment of child neglect: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005. 50(8), str. 497–504.
63. Ethier, L. S., Couture, G., Lacharite, C., Gagnier, J. P.: Impact of a multidimensional intervention program applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review*. 2002. 9, str. 19–36.
64. Waites, C., Macgowan, M. J., Pennell, J., Carlton-LaNey, I., Weil, M.: Increasing cultural responsiveness of family group conferencing. *Social Work*. 2004. 49(2), str. 291–300.
65. Jones, L., Packard, T., Nahrstedt, K.: Evaluation of a training curriculum for inter-agency collaboration. *Journal of Community Practice*, 2002. 10(3), str. 23–39.
66. Gardner, R.: Developing an effective response to neglect and emotional harm to children'. University of East Anglia And The National Society for the Prevention of Cruelty to Children. January 2008.
67. Daro, D.: *Confronting Child Abuse: Research for effective program design*. New York: The Free Press. 1988.
68. Norton, A., Conway, T., Foster, M.: Social protection concepts and approaches: Implications for policy and in international development. Centre for Aid and Public Expenditure. 2001.
69. DePanfilis, D., Salus, M.: *Child Protective Services: A Guide for Caseworkers*.

- U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families National Center on Child Abuse and Neglect. 1992.
70. Juhila, K.: The Dilemma between Control and Support in Social Work Practices. Výzkumný projekt Finské akademie věd. 2007. Dostupné z <http://www.uta.fi/laitokset/sostyo/tutkimus/vuoro/engl/dilemma.htm>, z dne 19.11. 2011
 71. Wachtel, A.: Child Abuse: Discussion Paper. Working Together: National Forum on Family Violence. 1989
 72. Working together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. HM Government department for children, schools and families. 2010.
 73. Tomison, A. M., Stanley, J.: Strategic Directions in Child Protection: Informing Policy and Practice. Unpublished report for the South Australian Department of Human Services. 2001. Dostupné z <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/reports/SAbrief/SAbrief1.pdf>, ze dne 19. 11. 2011.
 74. Tjellfaat, T.: Child Protection in Norway: Changing Ideologies. JUC Journal of Social Work. 1999/2000.
 75. Morton, D., Salovitz, B. (ed.): The CPS Response to Child Neglect An Administrator's Guide to Theory, Policy, Program Design and Case Practice. National Resource Center on Child Maltreatment. 2001.
 76. NASW Standards for Social Work Case Management. Prepared by the Case Management Standards Work Group Approved by the NASW Board of Directors, June 1992. Dostupné z http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp#def, ze dne 19. 11. 2011.
 77. Berson, I., Vargo, A., Roggenbaum, S.: Child Welfare Targeted Case Management: Current Practices and Implications for Statewide Dissemination and Implementation. Florida Agency for Health Care Administration. 2003.
 78. Stroul, B., Friedman, R.: A system of care for children and youth with severe emotional disturbances. Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health. 1986.
 79. Case management practice within Save the Children child protection programmes. Dostupné z: <http://www.savethechildren.org.uk>, ze dne 19. 11. 2011.
 80. Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/9086/Methodika_pripadove_konference.pdf ze dne 17. 9. 2011.
 81. The Children's Legal Centre. 2011. Dostupné z: <http://www.childrenslegalcentre.com/Legal+Advice/Child+law/childprotection/Whatisachildprotectioncaseconference> ze dne 19. 11. 2011.

82. Macaskill, A., Ashworth, P.: Parental Participation in Child Protection Case Conferences: The Social Worker's View. *British Journal of Social Work*. 1995. 25(5), str. 581–597.
83. Skeffington, F. S.: Parental participation in case conferences: the case against. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1029560/pdf/archdisch00557-0049.pdf>. ze dne 17. 9. 2011.
84. Dumbrill, G. C.: Parental experience of child protection intervention: A qualitative study. *Child Abuse and Neglect*. 2006. 30, str. 27–37.
85. Turnell, A.: Relationship-grounded, safety-organized. *Child Protection Practice: Dream-time or real-time option for child welfare?* Dostupné z http://www.orcas.bc.ca/Turnell_Current.htm, ze dne 17. 9. 2011.
86. Crocker, D.: Innovative models for rural child protection teams. *Child Abuse and Neglect*. 1996. 20(3), str. 205–211.
87. Smith, J. A., Efron, D.: Early case conferences shorten length of stay in children admitted to hospital with suspected child abuse. *J Paediatr Child Health*. 2005. 41(9–10), str. 513–517.
88. Lea-Cox, C., Hall, Al.: Attendance of general practitioners at child protection case conferences. *British Medical Journal*. 1991. 8, str. 1378–1379.
89. Warner, U.: Improving input to case conferences. *Nurse Standards*. 1993. 17–23; 7(22): 33.
90. Trestní zákoník 40/2009 v aktuálním znění.
91. The Institute of Medicine (IOM). 2001.
92. McNeece, A., Thyer, B.: Evidence-Based Practice and Social Work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2004. 1(1), str. 7–23.
93. Shapiro, P., Wilson, Ch.: *Guide for Child Welfare Administrators on Evidence Based Practice*. Published by the National Association of Public Child Welfare Administrators an affiliate of the American Public Human Services Association. 2005.
94. <http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/trpi/Child%20Interview%20Guide.pdf>
95. http://www.ndaa.org/pdf/finding_words_2003.pdf
96. Government of Saskatchewan: Provincial Child Abuse Protocol 2006. Updated 2011. Dostupné z: <http://www.socialservices.gov.sk.ca/child-abuse-protocol.pdf>.
97. Krähenbühl, S.: Interviewing young children: protocol, practice and perception in police interviews. Dostupné z: <http://www.childhoodtoday.org/download.php?id=16>.
98. Children, Youth and Women's Health Service: Family home visiting service outline. FAMILY June 2005. Government of South Australian.
99. Wasik, B., Bryant, D., Lyons, C.: *Home-visiting Procedures for Helping Families*. Sage Publication, Inc., New York 1990. str. 56.
100. Kitzman, H.: Principles of home-visiting. Seminář Post-Partum Home Visitation. Tallin, Estonsko May 2001.

101. Sobotková, I.: *Psychologie rodiny*. Praha: Portál 2001, str. 89–90.
102. Matoušek, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON 1997. str. 95.
103. Pope, N., Hadden, J.: *Tips for Making Home Visits in Child Welfare*. The New Social worker online. Dostupné z <http://www.socialworker.com> ze dne 10. 12. 2011.
104. Reamer, F. G.: *Boundary issues in social work: Managing dual relationships*. *Social Work*. 2003. 48(1), str. 121–133.
105. Snyder, W., McCollum, E.: *Their home is their castle: Learning to do in-home family therapy*. *Family Processes*, 1999. 38(2), str. 229–244.
106. Wahl, E., Johns, D.: *Ethics and Boundaries and Home Visiting*. November, 2010. Dostupné z: http://www.waisman.wisc.edu/birthto3/pdfs/policy_guidance/Ethics-Boundaries.pdf ze dne 10. 12. 2011.
107. *NASW Standards social work practice in Child Welfare*. 2005. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWChildWelfareStandards0905.pdf>.
108. Collins, J., Arganza, G., Deserly, K., Milon, J.: *A Family's Guide to the Child Welfare System*. Dostupné z: <http://www.cwla.org/childwelfare/fg.pdf> ze dne 19. 11. 2011.
109. DePanfilis, D., Salus, M.: *Child Protective Services: A Guide for Caseworkers*. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families National Center on Child Abuse and Neglect. 1992.
110. DePanfilis, D.: *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Childrens Bureau, Office on Child Abuse nad Neglect. 2006.
111. Dubowitz, H., DePanfilis, D.: *Handbook for Child Protection Practice*. Sage Publication, Inc. NY, 2000.
112. Edmond, T., Megivern, D., Williams, C., Rochman, E., Howard, M.: *Integrating Evidence-based practice and social work field education*. *Journal of Social Work Education*. 2006. 42, str. 377–396.
113. *Family Rights Group: Child Protection Procedures*. 2010. Dostupné z <http://www.justice.gov.uk/guidance/careproceedings.html>, ze dne 19. 11. 2011.
114. Gaudin, J.M.: *Child Neglect: A Guide for Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, National Center on Child Abuse and Neglect. 1993. str. 3.
115. Hammersley, D., Butcher, J.: *Safeguarding Children Guidelines*. Integrated Governance Committee. 2010.
116. Morton, T., Salovitz, B. (ed.): *The CPS Response to Child Neglect An Administrator's Guide to Theory, Policy, Program Design and Case Practice*. National Resource Centre on Child Maltreatment. 2001.

117. Myers, J.B.: *The APSAC handbook on child maltreatment*. American Professional Society on the Abuse of Children, Sage publication. 2002.
118. Shapiro, P., Wilson, Ch.: *Guide for Child Welfare Administrators on Evidence Based Practice*. Published by the National Association of Public Child Welfare Administrators an affiliate of the American Public Human Services Association. 2005.
119. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., Cloutier, R.: *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2003: Major Findings*. Minister of Public Works and Government Services Canada. 2005.
120. Children databank: Family structure. Dostupné z: http://www.childtrendsdatbank.org/pdf/59_PDF.pdf. ze dne 27. 11. 2011.
121. <http://www.insticeagestudies.com/library/family-an-institution-of-culture-and-part-of-human.shtml>
122. Department of child Protection. Dostupné z: <http://manuals.dcp.wa.gov.au/manuals/cpm/Pages/04CaseManagement.aspx#CPMProcedure1> ze dne 27. 11. 2011.
123. Candanedo, J.: *Description of the Family As a Social System*. Dostupné z: http://www.ehow.com/m/about_5588802_description-family-social-system.html, zedne 19.11.2011.
124. VanKatwyk, P.: *Family and social systems dynamics. Theories of Human Functioning and Spirituality*. Dostupné z: [http://www.cappe.org/ed_mod/iii.%20FAMILY-SOCIAL%20SYSTEMS\[1\].pdf](http://www.cappe.org/ed_mod/iii.%20FAMILY-SOCIAL%20SYSTEMS[1].pdf), ze dne 19. 11. 2011.
125. Berson, I., Vargo, A., Roggenbaum, S.: *Child Welfare Targeted Case Management: Current Practices and Implications for Statewide Dissemination and Implementation*. Florida Agency for Health Care Administration. 2003.
126. Byng-Hall, J.: *Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy*. *Family Process*. 1995. 34, str. 45–58.
127. DePanfilis, D., Salus, M.: *Child Protective Services: A Guide for Caseworkers*. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families National Center on Child Abuse and Neglect. 1992.
128. Dumbrell, G.: *Parental experience of child protection intervention: A qualitative study*. *Child Abuse and Neglect*. 2006. 30, str. 27–37.
129. Drake, B.: *Relationship competencies in child welfare services*. *Social Work*, 1994. 39(5), str. 595–602.
130. Mainter, S., Palmer, S., Manji, S.: *Strengthening Social Worker-Client Relationships in Child Protective Services Addressing Power Imbalances and ‘Ruptured’ Relationships*. *Qualitative Social Work*. 2006. 5(2), str. 161–186.
131. Magura, S.: *Clients view outcomes of child protective services Social Casework*, 1982. 63(9), str. 522–531.

132. DePanfilis, D., Salus, M.: *Child Protective Services: A Guide for Caseworkers*. 1992. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families National Center on Child Abuse and Neglect.
133. Department of child Protection: <http://manuals.dcp.wa.gov.au>, ze dne 19. 11. 2011.
134. California State Department of Industrial Relations, Cal/OSHA: *Guidelines For Security and Safety Of Health Care And Community Service Workers*. 1998. http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html, ze dne 19. 11. 2011.
135. National Association of social work: *Creating a Climate of Safety* <http://www.naswma.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=51>, ze dne 19. 11. 2011.
136. *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers*. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration.. Dostupné z: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>, ze dne 19. 11. 2011.
137. Vevera, J.: *Komunikace s agresivním pacientem*. In Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing 2011.
138. Spurný, J.: *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu*. Praha: Eurounion 1996.
139. Vymětal, J.: *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál 2003. 400 s.
140. Šuch, M., et. al.: *Agresivita na cestách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 188 s.
141. Fischer, S., Škoda, J.: *Sociální patologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2009. 224 s.
142. Raboch, J., Pavlovský, P.: *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton 2003. 212 s.
143. Honzák R.: *Komunikační pasti v medicíně*, 2. doplněné vzdání. Praha: Galén 1999.
144. Linhartová, V.: *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2007.
145. Křivohlavý, J.: *Jak přežít zlost, vztek a agresi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2004.
146. Janata, J.: *Agrese tolerance a intolerance*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 1999.
147. Čírtková, L: *Domácí násilí*. Kriminallistika, 2006, 3.
148. Hartley, C.: *he co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: Examining both neglect and child physical abuse*. *Child Maltreatment*, 2002. 7(4), str. 349–358.
149. Taylor, C. A., Guterman, N. B., Shawna, J. L., Rathouz, P. J.: *Intimate Partner Violece, Maternal Stress, Nativity and Risk for Maternal Maltreatment of Young Children*. *American Journal of Public Health*. 2009. 99(1); str. 175–183.
150. Lemon, N. K. D.: *The legal system's response to children exposé to domestic violence*. *Future of children* 1999. 9 (3), str. 67–83.
151. Foley, R., Berns, D., Bragg, L.: *Guidelines for public child welfare agencies serving children and families experiencing domestic violence*. National Association of Public

- Child Welfare Administrators An affiliate of the American Public Human Services Association. 1999.
152. Carrillo, R., Carter, J.: Guidelines for Conducting Family Team Conferences When There is a History of Domestic Violence. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund. 2001.
 153. Carrillo, R., Carter, J.: Guidelines for Conducting Family Team Conferences When There is a History of Domestic Violence. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund. 2001.
 154. Bromfield, L., Horsfall L.: Child Abuse and Neglect Statistics (on line) 1st ed. Australia: National Child Protection Clearinghouse; 2010. Dostupný z: <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs1/rs1.html>.
 155. Cicchetti, D., Toth, S. L.: A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995. 34(5), str. 541–565.
 156. Daro, D.: *Confronting Child Abuse: Research for Effective Program Design*. New York. Free Press 1999.
 157. Dubowitz, H., DePanfilis, D.: *Handbook for Child Protection Practice*. Sage Publication, Inc. NY. 2000.
 158. Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau, July 2009, dostupné z www.childwelfare.gov/systemwide/laws_policies/statutes/defineall.cfm (str. 3); ze dne 10. 9. 2010.
 159. Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistic's and Intervention 2007 (on line), Washington: Child Welfare Information Gateway; 2008. Dostupný z: <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/fatality.cfm#children>.
 160. Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistic's and Intervention 2009 (on line), Washington: Child Welfare Information Gateway; 2010. Dostupný z: <http://www.childwelfare.gov/systemwide/statistics/can.cfm>, ze dne 7. 3. 2011.
 161. DePanfilis, D.: *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect 2006.
 162. Child Welfare Gateway, U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Identifying and responding to child abuse and neglect A Guide for Professionals. Government of Western Australia. Department for Community Development. 2006.
 163. National Clearinghouse on Family Violence Family Violence Prevention Unit Health Programs and Services Branch Health Canada, dostupné na <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/nfntsnegldocument-eng.php>, ze dne 2. 10. 2010.

164. National Clearinghouse on Family Violence: Child Maltreatment: A "What to Do" Guide for Professionals Who Work With Children. Her Majesty the Queen in the Right of Canada, represented by the Minister of Health, 2006.
165. Pallone, S., Malkemers, L.: Helping Parents who Abuse their Children. Charles C. Springfield: Thomas Publisher 1984. str. 8.
166. Panel on Research on Child Abuse and Neglect, National Research Council: Understanding Child Abuse and Neglect Publication Year: 1993, str. 78.
167. Prevent Child Abuse and Neglect. Missouri. A Program of Missouri KidsFirst. http://www.missourikidsfirst.org/pcamo/?page_id=997 U.S. Department of Health and Human Services, ACF. (2006); dostupné z <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5713a2.htm>, ze dne 2. 1. 2011.
168. Rosenberg, J., Wilcox, W. B.: Child Abuse and Neglect User Manual Series. Washington, D.C. Department of Health and Human Services. Administration on Children, Youth and Families, Office on Child Abuse and Neglect. 2006.
169. U.S. Department of Health and Human Services, ACF. (2008). Dostupné z: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm08/>, ze dne 2. 1. 2011.
170. Working together to safeguard children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. 2010.
171. Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Hestia 1994.
172. Koubek, J.: Personální práce v malých podnicích. Praha: Grada Publishing 1996.

Šance  Dětem

www.sancedetem.cz



NADACE
SIRIUS

... pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí

S I R I U S 

Publikace „Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi“ představuje vybraná aktuální témata v této oblasti. Zaměřuje se především na současné nejdůležitější otázky, které směřují jednak k problematice rodiny jako klienta sociálních služeb, jednak k odvětví moderních přístupů v sociální práci s dětmi a rodinou. V tomto kontextu jsou rozvedena jak obecná témata, např. vývoj lidskoprávních aspektů ochrany dětí, tak především témata praktická, která se zaměřují na otázky samotného výkonu sociálně-právní ochrany dětí. Jednotlivé kapitoly poměrně podrobně popisují problematiku komunikace s rodinou a dítětem a rovněž se zaměřují na systematické hodnocení míry ohrožení dítěte a tvorbu individuálního plánu jeho ochrany. Pozornost je věnována i rizikům, která výkon sociálně-právní ochrany dětí přinášejí, a požadavkům a nárokům kladeným na osobnost odborníka pracujícího v této oblasti. Publikace je vhodná jak pro všechny odborníky, kteří v oboru sociálně-právní ochrany dětí působí, tak i pro zájemce o tuto neustále aktuální tematiku.



NADACE
SIRIUS

SIRIUS 

ISBN 978-80-247-4317-2



9 788024 743172

 GRADA®

Grada Publishing, a.s.,
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
e-mail: obchod@grada.cz, www.grada.cz