

Dilemata pěstounské péče u dětí se závažnými problémy

Sborník příspěvků
z II. Visegrádské konference pěstounské péče

Brno, 15. října 2016



Vydalo



Listopad 2016



Konferenci Dilemata pěstounské péče u dětí se závažnými problémy pořádalo Sdružení pěstounských rodin ve spolupráci s partnery Návrat, Nasz Dom, ANR.



Konference proběhla za finanční podpory Visegrad Fund.



Ve sborníku byly použité prezentace a záznamy příspěvků účastníků.
Kopírování či přebírání obsahu příspěvků je možné pouze na základě předchozího písemného souhlasu vydavatele sborníku Sdružení pěstounských rodin.



Obsah

1. Úvodní slovo Mgr. Ing. Pavel Šmýd /předseda Sdružení pěstounských rodin	5
2. Projekt MPSV „Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí“ Bc. Lukáš Talpa /MPSV/CZ	7
3. Dilemy systému starostlivosti o ohrožené děti na Slovensku Mgr. Katarína Kuchťáková /Asociácia náhradných rodín/SK	13
4. Dilemy starostlivosti o ohrožené děti na Slovensku Mgr. Alena Molčanová /Centrum Návrat v Prešove/SK	19
5. Dilemata systému péče o ohrožené děti v Polsku Uljana Dołyniak /Towarzystwo Nasz Dom/PL	23
6. Dilemata pěstounské péče pohledem pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí Olga Dofková /OSPOD/CZ	29
7. Když náhradní rodič přebírá dítě: na co se ptát lékaře? MUDr. Radmila Galová /pediatrická praxe/CZ	33
8. Dilemata pěstounské péče u dětí se závažnými problémy pohledem psychologa Mgr. Hana Burgetová /Pedagogicko-psychologická poradna Brno/CZ	41
9. Výchova dítěte s deprivací a traumatem v náhradní rodině – pohled pěstounky a speciální pedagožky Mgr. Hana Brodníčková /pěstounka, speciální pedagožka/CZ	45
10. Dilemata péče o dítě s problémy pohledem pěstounské rodiny manželé Koneční /pěstouni/CZ	51
11. Příklad dobré praxe – kazuistika pěstounské rodiny Mgr. Alena Molčanová /Centrum Návrat v Prešove/SK	55
12. O autorech příspěvků	59



1. Úvodní slovo

Ve „facebookovém obohacení“ na mne vykoul krátký klip, který se nazývá Nekonečný zoom. Ve dvou minutách nás kamera v odraženém obraze lidského oka provádí nekonečností vnitřního světa s přechodem v měřítko světelných let vesmíru, který nás obklopuje.

Jsem přesvědčen, že se záchranou jednoho dítěte je zachráněn jedinečný vesmír lidského bytí. Visegrádská konference, kterou jsme mohli společně prožít, je o této záchraně jedněch každých vesmírů. Je naším obdarováním, že tomuto zázraku můžeme být přítomni a nápomocni.

Pavel Šmýd

předseda Sdružení pěstounských rodin



2. Projekt MPSV „Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí“

Bc. Lukáš Talpa /MPSV/CZ

Základní informace

Termín realizace 1.1.2016 – 30.6.2019

Rozpočet projektu – cca 320 mil. Kč

Čtyři hlavní klíčové aktivity

přímé a aktivní zapojení krajů
v průběhu celé realizace projektu



nepřímé zapojení krajů, sdílení
výstupů, připomínkování, dílčí
pilotní ověřování v krajích



Základní informace – zapojení krajů

KRAJ	AKTIVITA 1	AKTIVITA 4	AKTIVITA 2	AKTIVITA 3
Praha	ANO	ANO	ANO	ANO
Středočeský kraj	ANO	ANO		ANO
Jihočeský kraj		ANO		
Kraj Vysočina	ANO	ANO	ANO	ANO
Jihomoravský kraj	ANO			
Olomoucký kraj	ANO	ANO		ANO
Ústecký kraj	ANO			
Zlínský kraj	ANO			
Pardubický kraj	ANO	ANO		
Karlovarský kraj	ANO	ANO	ANO	
Královehradecký kraj	ANO	ANO	ANO	ANO
Moravskoslezský kraj	ANO	ANO	ANO	ANO

Klíčová aktivita 1

Podpora a rozvoj služeb v oblasti SPOD

Základní východiska

- Potřeba dalšího posílení kapacit OSPOD v oblasti síťování služeb pro ohrožené rodiny a děti
- Potřeba aktivizace, podpora komunikace všech klíčových aktérů
- Podpora efektivního využívání stávajících zdrojů v systému

Podaktivity

- Podpora síťování služeb na lokální úrovni
- Preventivní služby na podporu rodiny
- Inovativní služby na podporu rodiny
- Implementace výstupů do systému

Výstupy aktivity

- Model minimální sítě služeb, metodika pro vytvoření minimální sítě služeb
- Metodika lokálního síťování a práce a vedení lokálních síťů
- Interaktivní katalog jevů a služeb
- Analýza preventivních služeb pro ohrožené rodiny a děti v ČR
- Analýza systémů preventivních služeb v zahraničí, vč. příkladů dobré praxe
- Model systému preventivních služeb na podporu rodiny v České republice včetně návrhu systémového ukotvení těchto služeb
- Analýza inovativních přístupů a služeb pro ohrožené rodiny a děti

Klíčová aktivita 2 – základní východiska Monitorování a řízení kvality systému SPOD

Základní východiska

- Absence relevantních a validních dat v oblasti systému péče o ohrožené děti a rodiny.
- Chybějící data = omezená možnost průběžného analyzování dat a jejich minimální koherence zapříčiňují, že není možné efektivně reagovat na potřeby v dané oblasti (a to jak na potřeby samotných klientů, tak i potřeby pracovníků v systému).
- Výtka Výboru OSN pro práva dítěte (květen 2011) – doporučení, aby Česká republika centralizovala a posílila svůj mechanismus pro sběr a analýzu údajů o všech dětech do 18 let ve všech oblastech, na něž se vztahuje Úmluva o právech dítěte.

Podaktivity

- Tvorba statistického monitorovacího systému
- Tvorba kvalitativního monitorovacího systému

Výstupy aktivity

- Návrhy (včetně oponentur) systémů statistického sběru dat a systému monitoringu kvality

Klíčová aktivita 3 – základní východiska Celoživotní vzdělávání pracovníků a pracovníků orgánů SPOD a pověřených osob

- Zaměření na vytvoření modulu celoživotního vzdělávání pracovníků OSPOD a PO
- **Souvisí s legislativními normami a standardy, které hovoří o povinnosti se vzdělávat v oblasti SPOD**
- Navazuje na chybějící ucelený systém vzdělávání zaměřený na pracovníky v SPOD
- **MPSV jako ústřední orgán veřejné správy podporuje celoživotní vzdělávání pracovníků a považuje za nezbytné zabývat se vzdělávacími potřebami pracovníků v oblasti SPOD**

Klíčová aktivita 3 – cíle aktivity

- Vytvořit návrh jednotného a uceleného systému vzdělávání pro pracovníky OSPOD a PO napříč kraji a obcemi s rozšířenou působností
- Vytvoření podkladu k dalším aktivitám metodického oddělení Odboru ochrany práv dětí
- Vytvoření definice ucelených specifických kompetencí pro práci s ohroženými rodinami a dětmi
- Kvalitní a ucelený systém vzdělávání jako součást prevence syndromu vyhoření pracovníků v oblasti SPOD

Klíčová aktivita 4 – základní východiska Rozvoj náhradní rodinné péče

Podpora dalšího rozvoje NRP, zejména s ohledem na:

- Proces odborného posuzování žadatelů o NRP,
- Přípravu žadatelů o NRP a návazné vzdělávání pěstounů,
- Zprostředkování NRP a podporu rodin pečujících o děti se specifickými potřebami,
- Konkupování služeb a návazného vzdělávání příbuzenských pěstounů.

Klíčová aktivita 4

1. Pilotní ověření nastavení předpokladů pro přijetí dítěte do rodiny

- Analýza stávajícího systému posuzování žadatelů o NRP
- Nastavení postupů při posuzování žadatelů o NRP
- Pilotní ověření kritérií posuzování
- Manuál posuzování žadatelů o NRP

2. Návrh kritérií kvality příprav na přijetí dítěte do NRP a následného vzdělávání pěstounů

- Analýza stávajícího stavu vzdělávání žadatelů o NRP / pěstounů
- Ověření dobré praxe – následné vzdělávání v programu PRIDE
- Návrh implementace systému průběžného vzdělávání a supervize lektorů PRIDE a jejich akreditace
- Doporučení systémových změn v oblasti zajištění příprav a následného vzdělávání žadatelů o NRP / pěstounů

3. Nové postupy v procesu zprostředkování NRP a podpory pěstounských rodin pečujících o děti se specifickými potřebami

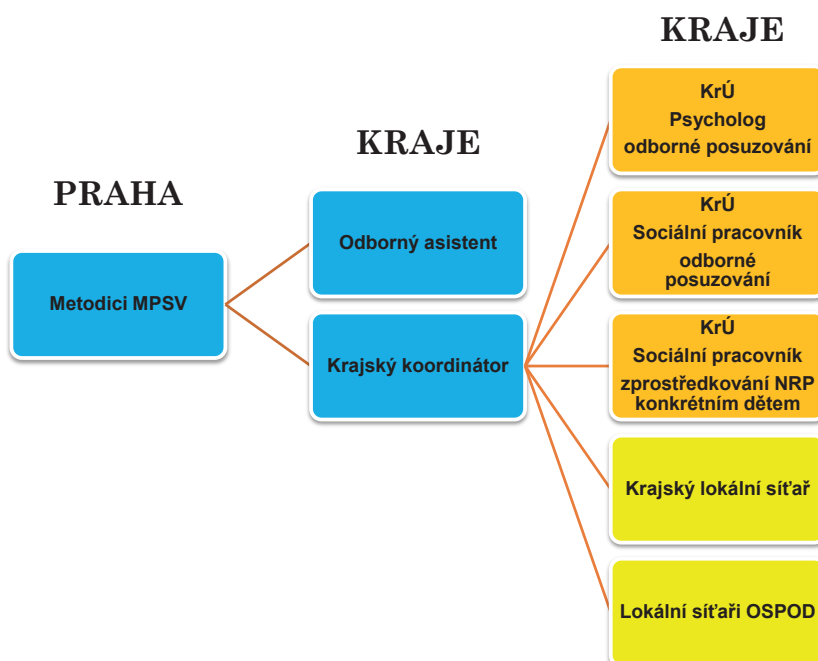
- Analýza potřeb rodin pečujících o děti se specifickými potřebami
- Strategie oslovování potenciálních zájemců o NRP zejména ve vztahu k těmto dětem
- Informační a náborová kampaň v krajích
- Postupy pro zprostředkování NRP konkrétním dětem
- Manuál postupů při zprostředkování NRP
- Baterie doporučení pro zprostředkování NRP na krajské úrovni

4. Analýza situace příbuzenské pěstounské péče

- Analýza situace příbuzenské pěstounské péče
- Návrh služeb a dalšího vzdělávání příbuzenských pěstounů

5. Vzdělávací program „Specifika péče o děti v NRP“

Realizační týmy – kraje



Web www.pravonadetstvi.cz přináší souhrnný materiál k problematice ochrany práv dětí. Poskytuje informace o právech dětí jak dětem, tak laické i odborné veřejnosti.

Vyhledávání

 PRÁVO NA DĚTSTVÍ

[Interaktivní katalog](#) [Aktuality](#) [Projekty](#) [Ochrana práv dětí](#) [Dokumenty](#)

11.7.2016

Nový projekt Systémový rozvoj a podpora nástrojů..

Projekt Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí.

Více informací

 Děti

 Rodiče a široká veřejnost

 Odborníci

Web Právo na dětství přináší souhrnný materiál k problematice ochrany práv dětí. Poskytuje informace o právech dětí jak dětem, tak laické i odborné veřejnosti.

Vychází z mezinárodně platné Úmluvy o právech dítěte a české Národní strategie ochrany práv dětí. Ta si klade za cíl vytvořit systém zajišťující ochranu všech práv každého dítěte, naplňování jeho potřeb a zvyšování kvality jeho života za účasti dítěte v rozhodovacích procesech, které se ho týkají.

Vše je podřízeno nejlepšímu zájmu dítěte.
Každé dítě má právo na dětství – plnohodnotné a spokojené.

Máte zájem o zasílání všech aktuálních zpráv a informací o dění v rámci projektu Právo na dětství?

Neinovější příspěvky



3. Dilemy systému starostlivosti o ohrozené deti na Slovensku

Mgr. Katarína Kuchťáková /Asociácia náhradných rodín/SK

Náhradnú rodinnú starostlivosť na Slovensku definuje Zákon o rodine č. 36/2005 Zbierky zákonov a Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálno právnej ochrane detí a sociálnej kuratele.

Náhradnú starostlivosť chápe ako:

- Náhradnú osobnú starostlivosť § 45 – 47 zákona č.36/2005 Z. z o rodine
- Pestúnsku starostlivosť § 48 – 53 zákona 36/2005 Z. z. zákon o rodine
- Ústavnú starostlivosť

Náhradná osobná starostlivosť alebo pestúnska starostlivosť má prednosť pred ústavnou starostlivosťou. Pred nariadením ústavnej starostlivosti je súd povinný vždy skúmať, či maloleté dieťa nemožno zveriť do náhradnej osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti.

Náhradné rodičovstvo je pomoc dieťaťu v núdzi, vedomé prijatie dieťaťa do rodiny. Je službou predovšetkým dieťaťu, ale aj jeho rodine, zároveň je aj službou štátu, pretože štát je odbremený od výchovy a starostlivosti o dieťa v núdzi.

Náhradná osobná starostlivosť (§ 45 zákona č. 36/2005 Z. z. zákon o rodine)

- Do náhradnej osobnej starostlivosti možno dieťa zveriť manželom alebo jednému z manželov so súhlasom druhého manžela. Osobou, ktorej možno maloleté dieťa takto zveriť, sa môže stať len fyzická osoba, ktorá spĺňa stanovené predpoklady.
- Pri zverení maloletého dieťaťa do náhradnej osobnej starostlivosti súd uprednostní predovšetkým príbuzného maloletého dieťaťa, ak spĺňa stanovené predpoklady.
- Osoba, ktorej bolo maloleté dieťa zverené do náhradnej osobnej starostlivosti, je povinná vykonávať osobnú starostlivosť o maloleté dieťa v rovnakom rozsahu, v akom ju vykonávajú rodičia. Právo zastupovať maloleté dieťa a spravovať jeho majetok má iba v bežných veciach.
- Na vykonávanie náhradnej osobnej starostlivosti nie je potrebná príprava na náhradné rodičovstvo, ako je to pri pestúnskej starostlivosti.
- V praxi sa náhradná osobná starostlivosť využíva v prípadoch, keď sa o dieťa môže, chce a dokáže postarať niekto z príbuzných. Starí rodičia, sestra alebo blízky rodinný priateľ.

Pestúnska starostlivosť (§ 48 zákona 36/2005 Z. z. zákon o rodine)

- Ak rodičia nezabezpečujú alebo nemôžu zabezpečiť osobnú starostlivosť o maloleté dieťa a ak je to potrebné v záujme maloletého dieťaťa, súd môže rozhodnúť o jeho zverení do pestúnskej starostlivosti fyzickej osobe, ktorá má záujem stať sa pestúnom a spĺňa stanovené predpoklady (ďalej len pestún) a ktorá je zapísaná do zoznamu žiadateľov o pestúnsku starostlivosť podľa osobitného predpisu (zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých predpisov)
- Maloleté dieťa možno zveriť do spoločnej pestúnskej starostlivosti aj manželom. Pri zverení maloletého dieťaťa do pestúnskej starostlivosti jednému z manželov je potrebný písomný súhlas druhého manžela.

- V rozhodnutí o pestúnskej starostlivosti súd vymedzí rozsah práv a povinností pestúna k maloletému dieťaťu. Pestún je povinný vykonávať osobnú starostlivosť o maloleté dieťa v rovnakom rozsahu, v akom ju vykonávajú rodičia. Právo zastupovať maloleté dieťa a spravovať jeho majetok má iba v bežných veciach.
- Rodičia majú právo stykať sa s maloletým dieťaťom, ktoré bolo zverené do pestúnskej starostlivosti. Ak sa s pestúnom nedohodnú na výkone tohto práva, rozhodne na návrh niektorého z rodičov alebo pestúna súd.

Poručníctvo

(§ 56 zákona č. 36/2005 Z. z. zákon o rodine)

- Ak obaja rodičia maloletého dieťaťa zomreli, boli pozbavení výkonu rodičovských práv a povinností, bol pozastavený výkon ich rodičovských práv a povinností alebo nemajú spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu, súd ustanoví maloletému dieťaťu poručníka, ktorý bude zabezpečovať jeho výchovu, zastupovať ho a spravovať jeho majetok.
- Poručník nie je povinný osobne sa starať o maloleté dieťa. Ak sa poručník o maloleté dieťa stará osobne, má nárok na príspevky podľa osobitného predpisu.

Osvojenie

(§ 97 zákona č. 36/2005 Z. z. zákon o rodine)

- Osvojením vzniká medzi osvojiteľom a osvojencom rovnaký vzťah, aký je medzi rodičmi a deťmi. Medzi osvojencom a príbuznými osvojiteľa vzniká osvojením príbuzenský vzťah. Osvojiteľia majú pri výchove detí rovnakú zodpovednosť a rovnaké práva a povinnosti ako rodičia. **O osvojení rozhoduje súd na návrh osvojiteľa.**
- **Osvojiteľom sa môže stať len fyzická osoba, ktorá splnila osobitné predpoklady**
- Medzi osvojiteľom a osvojencom musí byť primeraný vekový rozdiel. Osvojiť možno len maloleté dieťa, ak je osvojenie v jeho záujme.
- Osvojiť maloleté dieťa môžu manželia alebo jeden z manželov, ktorý žije s niektorým z rodičov dieťaťa v manželstve, alebo pozostalý manžel po rodičovi alebo osvojiteľovi maloletého dieťaťa. **Maloleté dieťa môže výnimočne osvojiť aj osamelá osoba**, ak sú splnené predpoklady, že osvojenie bude v záujme dieťaťa.
- Osvojením zanikajú vzájomné práva a povinnosti medzi osvojencom a pôvodnou rodinou, ako aj medzi osvojencom a poručníkom alebo opatrovníkom, ktorý mu bol ustanovený súdom.

Ústavná starostlivosť

(§ 54 zákona č. 36/2005 Z. z. zákon o rodine)

- Súd môže nariadiť ústavnú starostlivosť len vtedy, ak výchova maloletého dieťaťa je vážne ohrozená alebo vážne narušená a iné výchovné opatrenia nevedli k náprave, alebo ak rodičia nemôžu zabezpečiť osobnú starostlivosť o maloleté dieťa z iných vážnych dôvodov a maloleté dieťa nemožno zveriť do náhradnej osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti. Za vážne ohrozenie alebo vážne narušenie výchovy maloletého dieťaťa sa nepovažujú nedostatočné bytové pomery alebo majetkové pomery rodičov maloletého dieťaťa.
- **Vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v zariadení** (podľa zákona 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov)
- **Opatrenia podľa tohto zákona sa vykonávajú v zariadeniach, ktorými sú:**
 1. detský domov,
 2. detský domov pre maloletých bez sprievodu,
 3. krízové stredisko,
 4. resocializačné stredisko pre drogovzo závislých (ďalej len resocializačné stredisko)
 5. a v iných zariadeniach zriadených na vykonávanie opatrení podľa tohto zákona.

V detskom domove **sa vykonáva** ústavná starostlivosť, predbežné opatrenie a výchovné opatrenie:

1. V profesionálnej rodine, ktorá môže vykonávať ústavnú starostlivosť, predbežné opatrenie alebo

výchovné opatrenie **v dome alebo v byte**, ktoré sú vymedzenou časťou detského domova alebo vo vlastnom dome alebo vo vlastnom byte pre určený počet detí; suma poskytnutá detským domovom na úhradu výdavkov na dieťa alebo mladého dospelého v profesionálnej rodine je podľa veku dieťaťa maximálne vo výške trojnásobku sumy životného minima,

2. V samostatných diagnostických skupinách, ktoré vykonávajú odbornú diagnostiku, v samostatných skupinách alebo špecializovaných samostatných skupinách pre určený počet detí, so samostatným stravovaním, hospodárením a vyčleneným rozpočtom, zriadených v samostatnom dome, byte alebo vo vymedzenej časti detského domova; starostlivosť o deti v jednej skupine zabezpečujú vychovávatelia a ďalší zamestnanci detského domova.

Profesionálny rodič

- Záujemca, ktorý absolvuje prípravu na výkon profesionálneho rodiča, sa môže o zamestnanie uchádzať v detskom domove štátnom, neštátnom alebo v krízovom stredisku.
- Ide o pracovnoprávny vzťah detský domov – profesionálny rodič, medzi profesionálnym rodičom a dieťaťom nevzniká právny vzťah.
- Profesionálny rodič v rámci prípravy na výkon profesionálneho rodiča je pripravovaný na prijatie dieťaťa s ťažkou zdravotnou a sociálnou anamnézou.
- Profesionálny rodič je konfrontovaný so správnosťou svojich postupov pri starostlivosti o deti.
- Profesionálny rodič má podporu odborného tímu pri zvládaní záťažových situácií v súvislosti so vzťahom k dieťaťu, ktorému poskytuje starostlivosť, ako aj so vzťahmi medzi ostatnými členmi profesionálnej rodiny
- Profesionálny rodič má odborné zázemie v oblasti výchovy, vzdelávania, osobnostného a sociálneho rozvoja dieťaťa
- Profesionálni rodičia rozvíjajú kontakty s inými rodinami
- Profesionálny rodič je aktívne zapojený do procesu tvorby a realizácie individuálneho plánu rozvoja osobnosti dieťaťa

Význam profesionálnej rodiny

- Stálosť osoby, ktorá dieťaťu zabezpečuje celodennú starostlivosť
- Zohľadňuje napĺňanie individuálnych potrieb dieťaťa, s ohľadom na jeho zdravotný stav, hendikep, prežité traumy, súrodenecké väzby
- Dieťa má možnosť vyrastať v rodinnom prostredí, čo je z hľadiska jeho vývinu veľmi dôležité pre budovanie vzťahov a väzieb. Profesionálna rodina poskytuje dostatočné podnety pre jeho vývin
- Profesionálna rodina je súčasťou odborného tímu, ktorý zabezpečuje pre dieťa s problematickou zdravotnou a sociálnou anamnézou priaznivé podmienky na jeho vývin.

V čom sme boli úspešní za posledných desať rokov?

- Pomer detí, ktoré sú v náhradnej rodinnej starostlivosti, v porovnaní s počtom detí v detských domovoch sa výrazne zmenil v prospech rodinných foriem.
- V roku 2005 bolo v ústavnej starostlivosti 6340 detí, v náhradnej rodinnej starostlivosti 7690 detí
- V roku 2015 bolo v ústavnej starostlivosti 4600 detí, v náhradnej rodinnej starostlivosti 8600 detí
- Významná časť detí s nariadenou ústavnou výchovou je umiestnená v profesionálnych rodinách, čo znamená, že majú pri sebe blízku osobu.
- Profesionálne rodičovstvo sa osvedčuje ako forma pomoci pre deti, ktoré sa ocitli mimo biologickej rodiny.
- Aj v prostredí detských domovov a štátnej správy je profesionálna starostlivosť akceptovanou formou starostlivosti.
- Štátna správa podniká kroky na podporu profesionálneho rodičovstva, vyhľadávanie a prípravu nových profesionálnych rodičov, vzdelávanie a supervíziu doterajších profesionálnych rodičov.
- Od roku 2012 existujú Centrá podpory profesionálnych rodín, ktoré fungujú pri vybraných detských domovoch, kde sa zameriavajú na odbornú podporu profesionálnych rodín, na ich vedenie a sprevádzanie. Tím pracovníkov Centra podpory profesionálnych rodín tvorí koordinátor profesionálnych rodín, psychológ a sociálny pracovník. Profesionálni rodičia sa stávajú súčasťou tímu, ktorého záujmom je dieťa, o ktoré

sa stará profesionálny rodič u seba doma. Profesionálny rodič získal podporu pri starostlivosti, pomoc pri riešení krízových situácií a sprevádzanie pri príchode a odchode dieťaťa z rodiny.

Rezervy v systéme náhradnej rodinnej starostlivosti

- V posledných rokoch nastala v pestúnskej starostlivosti na Slovensku určitá stagnácia. Pestúnska starostlivosť sa pokladala za stabilnú formu starostlivosti o dieťa, pestúni však nedostávali žiadne odborné služby od štátu. Orgány sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately plnili iba kontrolnú funkciu. Na žiadosť súdu, na základe ktorej bolo dieťa zverené do pestúnskej starostlivosti, skontrolovali pomery v pestúnskej rodine, a to bolo všetko.
- Pestúni boli ponechaní na vlastnú iniciatívu pri riešení problémov s deťmi, ktoré mali zverené do starostlivosti. Náhradní rodičia, ktorí sa starajú o deti s poruchami správania, o deti so zdravotným a zmyslovým postihnutím, týrané a zneužívané deti, väčšie súrodenecké skupiny a pod., sú veľmi preťažení. Popri bežnej starostlivosti o dieťa v NRS musia hľadať pomoc pre špecifické problémy. Nie vždy sú na takú záťaž pripravení, môže im pomerne dlho trvať, kým identifikujú oblasť, v ktorej potrebujú podporu a pomoc. A nezriedka práve odborník na daný problém je v ich regióne ťažko dostupný alebo vôbec nie.
- Štát neposkytoval žiadne odborné služby pre pestúnske rodiny, nezvyšovali sa žiadne príspevky pre pestúnov, ani pre deti, ktoré boli zverené do pestúnskej starostlivosti, čo sa odrazilo na klesajúcom záujme o pestúnsku starostlivosť.
- Mimovládne organizácie, ktoré majú skúsenosť najmä s dobrovoľnými klientmi, ktorí sami vyhľadajú pomoc, tvrdia, že náhradní rodičia sú predovšetkým tí, čo ponúkajú službu dieťaťu. Mnohí študujú vysoké školy, absolvujú psychologický výcvik a stávajú sa odborníkmi s pridanou hodnotou vlastnej skúsenosti. Práve preto sú rozpoznateľní vo svojom okolí a požívajú dôveru iných náhradných rodičov, ktorí ich uprednostnia pred návštevou odborníka v poradni.
- Náhradní rodičia ponúkajú seba, celú svoju rodinu a vzťahovú sieť ako liečiaci nástroj. Pri prijatí spoluzodpovednosti za dieťa pod ochranou štátu je potrebné ich podporovať a pomáhať im.







4. Dilemy starostlivosti o ohrozené deti na Slovensku

Mgr. Alena Molčanová /Centrum Návrat v Prešove/SK

Anotácia:

Na Slovensku sa v roku 2005 novelizoval Zákon o rodine a v tom istom roku sa prijal aj zákon o sociálnoprávnej ochrane garantujúci ochranu dieťaťa v rôznych životných situáciách. Desiatročné implementácie týchto dvoch zákonov prinieslo veľa pozitív, no aj dilemy. Ocitli sme sa na rázcestí a nové desaťročie začíname novelami, ktoré prinášajú nové výzvy. V príspevku sa na niektoré z dilem, no aj výziev, pokúsime pozrieť, predovšetkým na potreby pestúnov poskytujúcich služby deťom so špecifickými potrebami.

Novely prijaté v roku 2005 priniesli podporu práv detí aj operacionalizovanie zámeru, aby pomoc dieťaťu mala podobu pomoci rodinnému prostrediu dieťaťa. Okrem štátnej garancie ochrany dieťaťa získali kompetenciu aj obce s cieľom posilnenia samosprávy (v kontexte subsidiárneho princípu) ako subjektu, ktorý vie intervenovať včas a cielene (pretože pozná svojich občanov). Možnosť legitímne intervenovať dostali aj akreditované subjekty, okrem iného preto, aby pomoc rodinám a deťom v nich žijúcim bolo možné zo strany štátnej správy (úradov práce, sociálnych vecí a rodiny) či samosprávy (miest obcí) objednať a oddeliť tak kontrolnú činnosť od činnosti podpornej a zároveň rozšíriť paletu služieb či zvýšiť pomoc čo do kvantity (množstva intervencií pre jednu rodinu, dostupnosť...) a kvality (akreditované subjekty disponujú špecializovaným personálom pre rôzne špecifické intervencie).

Aplikačná prax však narazila na neprekonateľné prekážky:

Obce/mestá sa len v minimálnej miere (až na výnimky) zhostili kompetencií v ochrane detí a podpore rodín (k čomu v nemalej miere prispela nízka odbornosť samosprávnych pracovníkov, nepokrytie delegovaných kompetencií finančnými zdrojmi, ale aj vžitie vedomie o štátnom paternalizme a nenastavenie kvalitného manažmentu zmeny v tomto kontexte). A tak sa obce zodpovednosti zbavujú (formálne deklarujú, čo pre podporu dieťaťa a jeho rodiny vykonali) alebo zodpovednosť realizujú iba formálne – k tomu však v nemalej miere prispieva aj skutočnosť, že štátna správa – orgány sociálnoprávnej ochrany – nevnímajú samosprávu ako partnera v ochrane detí a pri opatreniach nevyžadujú súčinnosť obce, prípadne opatrenia realizujú paralelne bez znalosti počínania toho druhého.

Pomoc akreditovaných subjektov sa vníma skôr ako podpora, avšak aj táto naráža na úskalia poddimenzovaného a zle manažovaného financovania („zákazky“ na opatrenia sociálnoprávnej ochrany podliehajú limitom čerpania v rámci rozpočtového roku aj projektovým výberovým konaniam, čo skracuje čas na ich realizáciu na obdobie cca ½ roka, bez možnosti medziročnej prolongácie), nevytvorenia štandardov služieb pre rodiny, teda realizáciou opatrení v subjektívnej predstave toho-ktorého realizátora, ako aj nejednotnosťou pojmov.

Toto všetko a mnoho ďalších skutočností vedie k frustráciám a v konečnom dôsledku ku krokom štátu ako gestora ochrany dieťaťa smerujúcim k rezignácii na spoluprácu a k centralizácii výkonu (kontroly aj podpory) pod jednou strechou – pod orgány sociálnoprávnej ochrany. Poznámka: Realizáciou Národného projektu deinštitucionalizácie II došlo v roku 2016 k posilneniu Úradov práce sociálnych vecí a rodiny, oddelení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately (ďalej iba SPODaSK) o pozície sociálneho pracovníka a psychológa pre výkon výchovných opatrení a sociálneho pracovníka a psychológa pre náhradnú rodinnú starostlivosť. Primárnou činnosťou týchto pozícií je podpora vybraných rodín a realizácia podporných

opatrení v úzkej súčinnosti s kmeňovým pracovníkom SPODaSK, ktorý má pozíciu kontrolnú. Okrem týchto pozícií od rokov 2014/15 Úrady práce SR disponujú aj terénnymi sociálnymi pracovníkmi, ktorých činnosť primárne spočíva v diagnostike a prešetrení podnetov možného ohrozenia detí. A v rovnakom období pribudla ešte jedna pozícia – rodinný asistent, ktorého primárnou úlohou je priama/nízkoprahová intervencia v rodinách a ich podpora a sprevádzanie. Počet intervenujúcich pracovníkov sa tak znásobil, avšak momentálne je ich činnosť do veľkej miery poznačená chaosom kreujúceho sa systému, v ktorom sa mieša kontrola s podporou.

Toto bol malý pokus o exkurz do situácie sociálnoprávnej ochrany na Slovensku po implementácii legislatívnych zmien. Poďme sa však bližšie pozrieť na tému bezprostredne sa dotýkajúcu témy tejto konferencie – na pestúnsku starostlivosť.

Pestúnov v kontexte služieb Návratu, ako etablovanej mimovládnej organizácie (Návrat, o.z. svoje služby realizuje od roku 1995), chápeme ako tých, ktorí zachytili správu a ponúkajú liečivý zástupný vzťah dieťaťu. „Liečiace sa dieťa“ od pestúnov potrebuje:

- aby docenili hodnotu dieťaťa,
- aby k nemu pristupovali empaticky,
- aby s rešpektom pristupovali ku všetkým dôležitým osobám dieťaťa patriacim do jeho života pred príchodom do pestúnskej rodiny,
- aby si uvedomovali krízové situácie, v ktorých sa počas starostlivosti o dieťa ocitnú a boli schopní tieto situácie a ich prežívanie uviesť odborníkom a spolu s nimi hľadali východisko zo vzniknutej situácie,
- aby starostlivosť o dieťa zdieľali a boli ochotní spolupracovať
- a napokon aby boli pripravení na odlúčenie (v prípade „vyliečenia“ dieťaťa a jeho možného návratu do biologickej rodiny).

Kedže toto všetko nie je možné bez podporných mechanizmov, pestúni nevyhnutne potrebujú:

- **tímový** – kolegiálnu podporu a kontrolu, pretože pri náhradnej rodinnej starostlivosti sa vstupuje nielen do „osudov“ detí, ale aj náhradných rodín,
- **najmenej ohrozujúce alternatívy** – zamerané na riešenie problému; iba umiestnením dieťaťa do pestúnskej starostlivosti sa problém dieťaťa nerieši, zákazkou ohrozeného dieťaťa je optimálny variant zabezpečenia všetkých jeho potrieb,
- **plnohodnotné informácie** – zdieľané rodičmi a deťmi primerane ich veku a schopnostiam,
- **právo detí participovať na rozhodnutiach, ktoré sa ich týkajú** – rozhodnutia nemajú robiť tretie osoby – odborníci, ale odborníci s participáciou detí a rodín za predpokladu zdieľania všetkých informácií relevantných pre rozhodnutie,
- **nestigmatizujúcu diagnostiku** – zahŕňajúcu právo na sebaurčenie detí a rodičov,
- **kvalitné poradenstvo a služby** – ako povinnosť a záväzok predovšetkým v náročných fázach, medzi ktoré patrí: sprostredkovanie a adaptačná fáza; kontakt s biologickou rodinou; zlomové momenty v pestúnskych rodinách, napr. narodenie vlastného dieťaťa, rozvod, prijatie ďalšieho dieťaťa, odchod alebo odovzdanie dieťaťa; sociálna degradácia pestúnskeho dieťaťa napr. umiestnením v špeciálnej škole; a aj v rôznych fázach života pestúnskej rodiny spôsobujúcich labilitu rodinného systému alebo niektorého z jej členov (napr. puberta).

Nastavenie služieb pre pestúnov, aby toto všetko reflektovali, je náročný proces a vyžaduje koordináciu a kooperáciu postavenú na vzájomnej dôvere všetkých zainteresovaných. V tomto procese máme pred sebou ešte veľký kus cesty. Nie sme ani na jej začiatku, preto v Návrate vyvíjame rôzne postupy a opätovne sa vraciame k jednotlivým fázam pestúnstva a kreujeme služby tak, aby boli nápomocné. Viac o tom, ako pracujeme na www.navrat.sk.

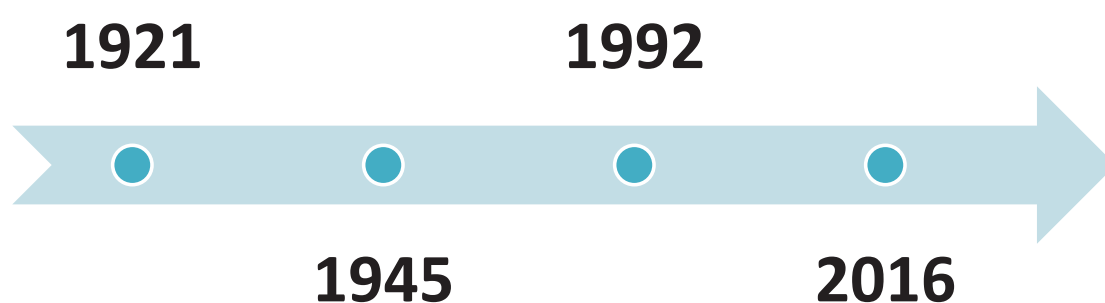


5. Dilemata systému péče o ohrožené děti v Polsku

Uljana Dołyniak /Towarzystwo Nasz Dom/PL



Sdružení Nasz Dom

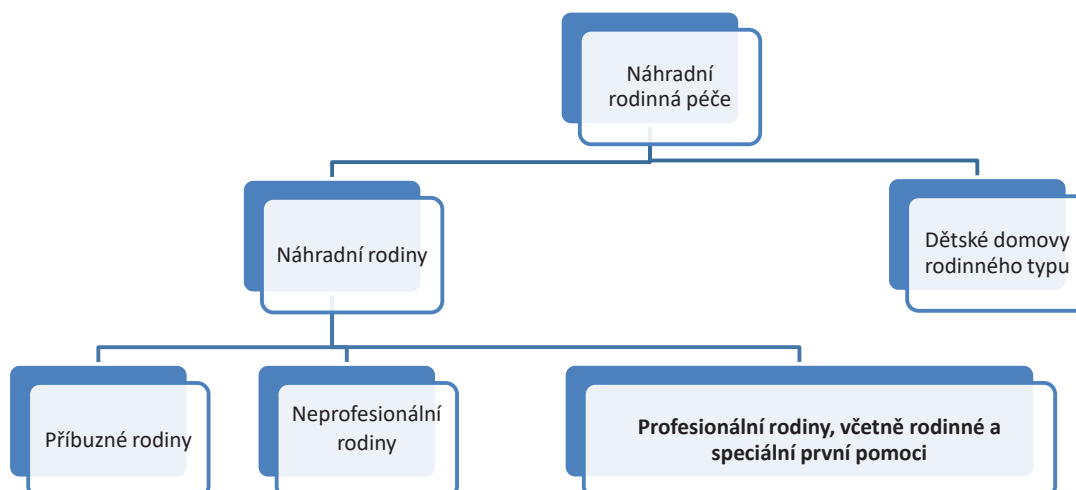


Mise Sdružení Nasz Dom

- Stabilní rodinné prostředí zajišťující všestranný rozvoj pro každé dítě.
- Reintegrace dětí do rodin, které jsou na to připravené.
- Pomoc pro klienty zařízení výchovné péče a náhradních rodin.
- Vytváření uceleného systému pomoci dětem a rodinám na lokální i národní úrovni a zároveň spolupráce se zahraničím.

Pomáháme dětem v obtížné rodinné situaci.

System náhradní rodinné péče v Polsku



Speciální náhradní rodiny v Polsku



Jak se stát náhradní rodinou

Zákon o podpoře rodiny a systému náhradní péče z 9. června 2011



Podpora pro speciální náhradní rodiny

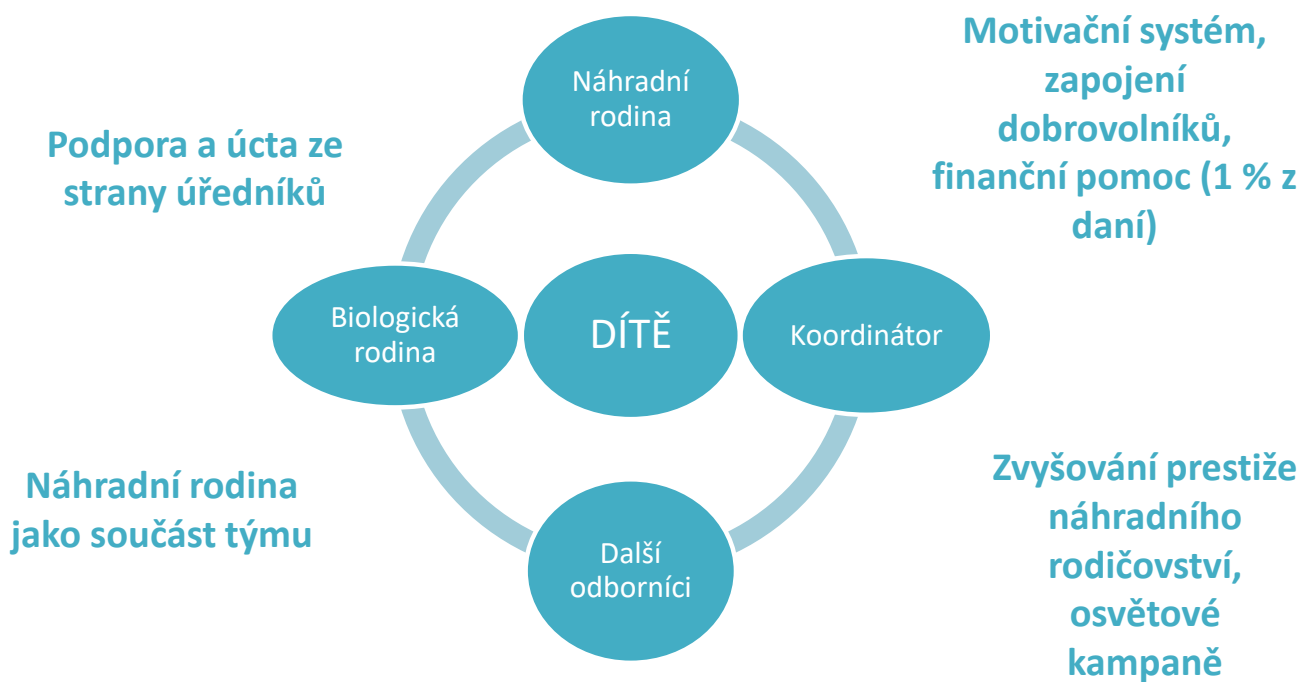
- Finanční (Okresní centra podpory rodin): 1200 zlotých na výživu dítěte + 500 zlotých + jiné příplatky (zahrnuté v rozpočtu okresu/města);
- Psychologicko-konzultační: koordinátor náhradní rodinné péče;
- Možnost stát se profesionální náhradní rodinou (smlouva + mzda);
- Pro profesionální rodinu 30 dní dovolené ročně;
- Při každodenní činnosti: pomocné rodiny, dobrovolníci;
- Školení, odborné konzultace, podpůrné skupiny – organizátor náhradní rodinné péče.

Potíže a dilemata

- Počet dětí ve speciální náhradní rodině;
- Včasná a přesná diagnostika dětí se zvláštními potřebami;
- Odpovídající školení pro žadatele a později pro stávající náhradní rodiny;
- Vliv rozhodnutí stát se náhradní rodinou na strukturu rodiny a vztahy: mezi manžely/partnery, mezi sourozenci, mezi dětmi a dospělými
- Speciální pomoc je nákladná a přístup ke specialistům je ztížený;
- Spíše kontrola než podpora, nedostatek důvěry ke specialistům;
- Příliš nízký počet pomocných rodin, nemožnost čerpání dovolené;
- Negativní společenský obraz náhradních rodin, nízká společenská prestiž;
- Příliš nízký počet potenciálních kandidátů na speciální náhradní rodiny, dětí je více než žadatelů;
- Programy pro děti se zvláštními potřebami, sloužící k jejich osamostatnění.

Jak vyřešit tyto potíže a dilemata?

Partnerství místo kontroly



Jak získat zájemce o speciální náhradní rodičovství pro děti se speciálními potřebami?

- O obtížích a výzvách, které stojí před speciálními náhradními rodinami hovořit přímo
- Zajistit přístup k odborníkům (pozn.překl.:dostupnost služeb)
- Rozšiřovat systém podpory pro náhradní rodiče, např. prostřednictvím pomoci dobrovolníků a vzdělávání
- Vytvářet lokální, národní a mezinárodní platformy rodin pečujících o děti se zvláštními potřebami
- Sdílet dobrou praxi – zkušenosti rodin

Centrum podpory náhradní rodinné péče PORT Sdružení Nasz Dom

- Prioritní cíle, stanovené městem Varšavou v roce 2008
- Závazky Centra PORT:



Osvětové kampaně a kampaně propagující náhradní rodičovství



Školení (100 hodin) a psychologicko-pedagogické vzdělávání
(pozn.překl: zvýšení kvalifikace, odbornosti náhradních rodičů),
podpůrné skupiny



Pomoc koordinátorů a specialistů



Skupiny pro dobrovolníky



Aktivity pro děti, mládež a dospělé, rovněž psychoedukace







6. Dilemata pěstounské péče pohledem pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí

Olga Dofková /OSPOD/CZ

V tomto příspěvku se pokusím zachytit problematiku svěřování a následné péče o děti se zdravotními problémy a její řešení ve městě Brně.

Náhradní rodinná péče je v Brně zajišťována referátem náhradní rodinné péče na Magistrátu města Brna. 9 sociálních pracovníků se průměrně stará o 350 dětí z 250 rodin, 25 dětí v ústavní péči a 25 dětí v péči pěstounů na přechodnou dobu. Dá se říci, že zdravotní problémy – alespoň lehčího charakteru – má polovina z těchto dětí.

Pracovníci referátu náhradní rodinné péče se setkávají se zdravotními problémy u dětí ve zprostředkované pěstounské péči, v posledních letech ale stále častěji i u příbuzenské pěstounské nebo poručenské péče.

U dětí, které jsou svěřeny do pěstounské péče v rámci zprostředkování přes krajské úřady, je důležité znát podrobnou rodinnou anamnézu, která – když je doplněna psychologickým vyšetřením a lékařskými zprávami – usnadňuje hledání vhodných náhradních rodičů. Pěstouni, kteří jsou k dětem zdravotně postiženým doporučováni, prošli odborným posouzením včetně přípravy žadatelů. Jsou tak obeznámeni s problematikou dětí, od počátku je jim poskytována pomoc doprovázející organizace a zejména pak odborné služby. I tak se ovšem stává, že původní diagnóza byla stanovena nesprávně a vývoj dítěte je komplikovanější. To ukazují následující příběhy dvou dětí.

První dítě bylo v roce a půl doporučeno do pěstounské péče s diagnózou lehká mentální retardace. Několik let se zdálo, že se mentální retardace jen prohlubuje, postupně se celkový vývoj zhoršoval až do hluboké mentální retardace, dítě má dále diagnostikován autismus, hyperkinetické projevy a poruchu vyprazdňování spojenou s koprofagií. Dítě je léčeno na psychiatrii, je velmi neklidné, nic ho nezajímá, u ničeho nevydrží, je stále v pohybu, nemluví, vydává pouze kníkové zvuky, manipuluje s výkaly, které hneře a pojídá. Nelze navodit sociální kontakt, řeč je nevytvořená. Dítě je v pěstounské péči osamělé ženy, která k němu získala silný citový vztah a její péče je po všech stránkách velmi dobrá, podnětná. I přes maximální pomoc sociální pracovníce a podporu doprovázející organizace zejména v oblasti odlehčujících služeb se pěstounka léčí antidepressivy, z péče je velmi unavená, postižená v osobním životě ztrátou partnerského života. Dítě je na prahu puberty a naskytá se otázka, co dál. Dítě dopoledne pobývá v denním stacionáři, výhledově bude nutné zajistit týdenní stacionář, který ale pěstounka zatím odmítá.

Obdobně se zpočátku vyvíjel příběh jiného dítěte, chlapce, který byl v roce a půl svěřen do pěstounské péče s diagnózou lehká mentální retardace a citová deprivace. Dítě bylo častěji nemocné – po několika týdnech v rodině byla diagnostikována cystická fibróza. Nemusím zde myslím rozebírat, o jak vážné onemocnění se jedná. Pěstouni od počátku věnovali chlapci maximální péči a občas naráželi i na nepochopení, a to nejen u známých, ale i u odborníků – např. pěstounce bylo při jednání u posudkové komise doporučeno, aby dítě vrátila, co z toho má, že se stará o tak nemocné dítě, a co že vlastně chce. Tyto výroky není třeba komentovat. Nastalo i období, kdy sami pěstouni pochybovali, zda budou schopni zvládnout péči o dítě s tak závažným onemocněním. Když se ale dozvěděli, že se asi nenajdou jiní pěstouni, rozhodli se – při představě, že by chlapce měli dát do dětského domova – dítě si nechat a dále bojovali s touto nemocí. Pěstouni zvládali všechna úskalí nejen medicínská, ale například i pubertu. Po celá léta jsem mohla pozorovat, jak náročná to byla péče, snažila jsem se jim poskytnout maximální podporu, ale to nejtěžší bylo na nich. Nic nebylo jednoduché, ale dnes je chlapec na prahu dospělosti, studuje střední školu. A o určité výjimečnosti

těchto pěstounů svědčí i fakt, že si před několika lety vzali do pěstounské péče další dítě, tentokrát s psychiatrickou zátěží ze strany matky.

Na těchto dvou případech jsem poukázala, jak důležité jsou informace, vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny předtím, než se dítěti hledají náhradní rodiče.

Podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí se všechny děti, které jsou nebo mají být umístěny do výchovy krizového centra, ústavního zařízení nebo do pěstounské péče na přechodnou dobu, nahláší na krajském úřadě do evidence dětí, které potřebují náhradní rodinnou péči. Jsou to děti různého věku – tedy od narození do 18 let, děti s různou sociálně-právní situací, děti se zdravotními problémy či závažnými výchovnými problémy. V Brně jsou děti v evidenci úřadů městských částí a jejich materiály Magistrát města Brna postupuje na krajský úřad. Pro většinu dětí se vhodní pěstouni nenaleznou, a děti jsou tak v evidenci krajského úřadu třeba i 10 let. Jedná se o děti starší nebo sourozenecké skupiny. Magistrát města Brna má kromě dětí svěřených do pěstounské péče v evidenci a stará se o děti v ústavní péči, vykonává i funkci jejich poručníka. Jedná se průměrně o 25 dětí s nařízenou ústavní výchovou. Jsou to děti, jejichž rodiče byli zbaveni rodičovské odpovědnosti, omezeni ve svéprávnosti nebo zemřeli. Děti mívají zdravotní postižení dost často těžšího charakteru, a tak je jejich šance na umístění do rodiny velmi malá.

Samostatnou skupinu pak tvoří děti, které jsou umístěny do pěstounské péče na přechodnou dobu. Většinou jsou to miminka, která rodiče opustí v porodnici nebo pro něž nemají podmínky pro zajištění péče. I u těchto dětí se mohou projevit zdravotní problémy, jsou často narozené sociálně slabým ženám, ženám závislým na alkoholu a drogách. Děti bývají dráždivé, špatně prospívají, péče pěstounů je tak od počátku velmi obtížná, děti vyžadují zvýšenou pozornost, doprovázení pěstounů na přechodnou dobu je rovněž velice náročné. I s určitými zdravotními riziky asi 80 % dětí od pěstounů na přechodnou dobu odchází do osvojení nebo do pěstounské péče, zbytek se vrací do péče rodičů nebo blízkých příbuzných. Zatím jsme neměli dítě, které by po uplynutí zákonné lhůty 1 roku od umístění do pěstounské péče na přechodnou dobu muselo být přemístěno do zařízení pro výkon ústavní výchovy. Ale vzhledem k tomu, že stále častěji se k dočasným pěstounům umísťují děti starší, děti se závažnými problémy zdravotními nebo výchovnými, děti z hodně komplikovaných rodinných situací, lze očekávat, že i toto řešení nastane.

Z celkového uváděného počtu dětí v individuální náhradní rodinné péči jich asi 2/3 putují k příbuzným a zbytek (tedy asi 1/3) do tzv. klasické náhradní rodinné péče. Vzhledem k tomu, že se v Brně nachází SOS vesnička, je počet dětí v klasické péči ještě poměrně dost vysoký.

Děti svěřené do příbuzenské péče většinou žijí v náhradní rodině ještě před svým svěřením do péče. Mnohdy zdravotní problémy dětí zjistíme až v průběhu řízení. Příbuzní neprochází žádným odborným posouzením, v ojedinělých případech před řízením u soudu žádáme o psychologické vyšetření a zhodnocení vhodnosti svěřením dítěte a výchovných předpokladů příbuzných. Někdy – pokud se příbuzní odmítají podrobit psychologickému vyšetření – navrhujeme vypracování znaleckých posudků pro celou situaci. Prošetřování poměrů v rodině je věnována maximální pozornost.

Někdy jsme nuceni doporučit zamítnutí návrhu na svěřením dítěte do pěstounské péče z důvodů zdravotních na straně pěstounů, nevhodných výchovných postupů/selhání při výchově svých dětí, problematické výchovy dětí před řízením o pěstounské péči, která je někdy až na hranici zanedbávání péče, nebo kvůli nevyhovující občanské bezúhonnosti (buď trestnost, nebo např. zadluženost, a to nehovoříme o několika tisících korunách, ale o statisících či milionech). Někdy příbuzní sami měli nebo stále mají problémy se závislostí na alkoholu nebo drogách.

Stává se bohužel výjimkou, když žadatel o příbuzenskou pěstounskou péči pracuje. Mnoho žadatelů dlouhodobě nepracuje, je v evidenci úřadu práce a většinu jejich příjmů tvoří dávky hmotné nouze a státní sociální podpory. Případně jsou žadatelé v důchodu, často v invalidním – a někdy se nestačíme divit, jak byla jejich invalidita posouzena. Tato skutečnost, stejně jako např. horší bytové podmínky ale nebývají důvodem pro zamítnutí návrhu.

Prísne mēřítko na svěřování dětí do pěstounské péče příbuzných a zejména prarodičů uplatňuje také Městský a Krajský soud v Brně.

Příbuzné a zejména prarodiče bývá velmi obtížné přesvědčit, aby přijali nabízenou pomoc a doporučení odborníků, aby přijali doprovázející organizaci.

Z 242 dohod uzavřených v Brně tvoří 1/3 dohody uzavřené MMB, zbytek nestátními neziskovými organizacemi (Sdružení pěstounských rodin, Triáda, Trialog, Drom, IQ Roma servis, Centrum pro rodinu a sociální péči, SOS vesnička, Děti patří domů, Dobrá rodina, vznikají i další organizace jako např. spolek Pěstoun).

Jak již bylo řečeno, 2/3 dětí žijí v příbuzenské náhradní rodinné péči. Nejčastější zdravotní problémy mají děti od rodičů drogově závislých, alkoholiků nebo rodičů s psychiatrickou diagnózou. Jedná se typicky o syndrom ADHD/ADD, střední i těžší mentální retardaci, epilepsii, autismus, poruchy zrakové, sluchové, mnohdy je to kombinace různých diagnóz, často ve spojení se špatnými výchovnými návyky, opečováváním dětí i nevhodnými stravovacími návyky. Dále jde o nerespektování doporučení školy, lékařů, nezřídka i odmítání odborné pomoci a podceňování užívání léků např. na zklidnění. Svou roli zde hrají i generační rozdíly.

V této problematice se stále otevírá velký prostor pro práci nejen sociálních pracovníků, ale zejména doprovázejících organizací. Sociální pracovníci jsou často bráni jako nutné zlo, přičemž klíčoví pracovníci doprovázejících organizací mají k pěstounům jiný vztah, jsou jinak přijímáni a mohou tak s rodinou navázat úzký vztah, pracovat s ní a působit na pěstouny, aby si nechali pomoci.

Velmi se nám osvědčila psychologická a rodinná terapie, poskytovaná odborníky. Úhrada terapie v těchto případech, kdy je prokázána její nutnost, je prováděna buď z dotace na výkon sociálně-právní ochrany dětí, nebo ze státního příspěvku na výkon pěstounské péče, poněvadž pěstouni by nebyli schopni tyto částky hradit sami – při intenzivní terapii každý týden jdou částky do tisíců za měsíc.

Výsledky intenzivní terapeutické péče jsou velmi dobré.

Práce s rodinami, které pečují o děti se zdravotním postižením, není jednoduchá, každý posun je výsledkem usilovné práce všech zainteresovaných. Přeji všem pracovníkům orgánů sociálně-právní ochrany dětí i nestátních neziskových organizací hodně úspěchů a pevné nervy při jejich záslužné práci.





7. Když náhradní rodič přebírá dítě: na co se ptát lékaře?

MUDr. Radmila Galová /pediatrická praxe/CZ

Vážení rodiče pěstouni, vážené kolegyně a kolegové, vážení hosté,

mám zde pohovořit o problémech a nemocech dětí, které přijímáte do pěstounské péče. Byla by to však debata ne na půl hodiny, ale na mnoho dní, kdy hlavně vy byste se měli ptát na to, co vás zajímá.

Já pracuji na dětském obvodě 16 let a mám ve své praxi děti adoptované, děti v pěstounské péči i děti z dětského domova, které byly rodičům odebrané pro zanedbávání péče. Do adopce se děti dostaly většinou hned po narození nebo nejpozději do 1 roku, v pěstounské péči jsou to děti školního věku a v domově od 5 do 18 let. Všechny tyto děti, které mám ve své péči, jsou bez závažných onemocnění, bez zvláštní potřeby ošetřování, jsou to vlastně děti relativně zdravé, poznamenané spíše po psychické stránce. Do vaší péče se však dostávají mnohdy i děti s velmi těžkými onemocněními vyžadující vaši obětavou a náročnou péči, speciální léčbu, speciální cviky nebo pomůcky. Zde těžko obsáhnu vše, co byste chtěli nebo měli vědět, spíš zde pohovořím o tom, na co se ptát při přijímání dítěte do vaší rodiny, na co se zaměřit ve vývoji podle věku dítěte, a pohovořím i o několika nemocech, se kterými se můžete u svěřených dětí setkat častěji.

Na co se ptát, abyste o dítěti věděli víc dříve, než bude žít s vámi:

Rodinná anamnéza, těhotenství, porod a poporodní období, osobní anamnéza, vyšetření pediatrem

Rodinná anamnéza

To jsou důležité informace o nemocech a problémech v rodině dítěte, zejména kvůli případným zdravotním potížím dítěte v budoucnu, tedy co si může dítě geneticky nést s sebou do života po vlastních rodičích, tzv. dědičné choroby – vysoký krevní tlak, srdeční vady, oční vady, alergie, cukrovka, epilepsie, onemocnění štítné žlázy, psychické onemocnění. Je také dobré vědět, zda má dítě sourozence a jak se vyvíjeli, zda se s něčím léčí, zeptat se i, jaké vzdělání mají rodiče, popř. jaké IQ.

Těhotenství

Pro správný a zdravý vývoj dítěte je nesmírně důležité už období vývoje plodu v děloze matky. Kouření, drogy, alkohol, nedostatečná výživa nebo onemocnění matky, to vše může způsobit nedostatečný růst plodu a nižší hmotnost dítěte při narození, popř. předčasný porod nebo abstinenční příznaky u dítěte drogově závislé matky. Tyto děti jsou obecně malé a mnohdy zaostávají v růstu do předškolního věku, neprospívají, mohou mít i zpomalený psychomotorický vývoj, který se prohlubuje až k mentální retardaci.

Porod, poporodní období

Narození nezralého dítěte nebo přidušení při dlouhém porodu má negativní vliv na mozek dítěte a může se projevit jednak postižením motoriky dítěte, tzv. dětskou mozkovou obrnou, jednak postižením psychiky dítěte, psychomotorickou retardací nebo budoucími projevy hyperaktivity (tzv. ADHD syndrom), později poruchami učení (dyslexie, dysgrafie) nebo i narůstající agresivitou zvláště v období puberty. Velkým problémem však je, že se většinou při přijímání dítěte do péče mnohdy z rodinné anamnézy, která je k dispozici, moc nedozvíte, je neúplná nebo je v ní víc nepodstatných informací. Na důležité otázky

ohledně dítěte by odpověděli nejlépe jeho vlastní rodiče, pokud tedy můžete, vždy se pokuste se od nich dozvědět co nejvíc.

Osobní anamnéza

U větších dětí přibude, kromě anamnézy rodinné, i obsáhlejší osobní anamnéza o vývoji dítěte, nemocech, sledování. Tedy kromě otázek kolem porodu je dobré se ptát na to, kdy dítě začalo chodit, zda bylo v péči fyzioterapeuta nebo neurologa, kdy začalo mluvit, kdy se obešlo bez plínek, zda byl celkový vývoj v normě nebo opožděný, v případě nemoci zjistit počátek onemocnění, sledování a léčení. Je dobré se pak obrátit na odborníky, kteří vám vysvětlí, co je to za chorobu a jak se dá léčit, popř. jaká je prognóza.

Pro vývoj dítěte je nejdůležitější období prvních tří let života, období, kdy dítě potřebuje kromě výživy především lásku, dotyky, hlazení, něžná slova, zpívání, dennodenní stimulaci a motivaci ke všem, i běžným činnostem. Je to období, kdy si dítě buduje vazby s lidmi, sebejistotu, důvěru a pocit náležitosti a vlastní důležitosti. Je tedy dobré vědět, zda a jak dlouho vyrůstalo ve vlastní rodině, odkdy a proč popřípadě v ústavní péči, zda bylo již v dětské péči a jak se projevilo. Tyto větší děti již mají vedenou zdravotní dokumentaci u některého obvodního dětského lékaře, je velmi vhodné se spojit i s ním a nechat si zaslat výpis a zprávy o vývoji a nemocech dítěte.

Vyšetření pediatrem

Vám do péče svěřené dítě pak převezme obvodní pediatr, dětský lékař, kterého si zvolíte. Je velmi dobré s ním úzce spolupracovat, nechat dítě řádně prohlédnout, zvážit, změřit, posoudit psychomotorický vývoj, zkontrolovat zrak, sluch i krev, případně by lékař odeslal dítě k dalšímu vyšetření specialistou. Nebojte se pediatra zeptat na cokoliv, klidně si otázky napište, ať je nezapomenete, když tam půjdete. Lékař vyčte ze zaslané zdravotní dokumentace dítěte vše potřebné, dítě vyšetří a spolu se pak domluvíte na eventuálním dalším řešení. Pediatr je ten, kdo posoudí, zda je vývoj dítěte v normě, v dětském věku totiž existují různé periody, ve kterých se hodnotí psychomotorický vývoj dítěte a kdy lze odhalit případné odchylky a nemoci.

Jednotlivá období vývoje dítěte

Kojenecké období 0–1 rok

Porodní hmotnost zdravého dítěte 3100 g, délka 50 cm, v termínu 38. týden těhotenství, test vitality po narození (tzv. Apgar skóre) 10 10 10

Zdravé dítě by mělo do 1 roku ztrojnásobit svoji porodní hmotnost, mělo by vyrůst asi 20 cm, mělo by se posadit a postavit a předvést pár dovedností (paci paci), mělo by navázat tzv. sociální kontakt – podívat se do očí a komunikovat žvatláním nebo slabikami.

Vývoj plodu může být narušen infekcí nebo chorobou matky v těhotenství, pokud není léčena, ale především kouřením a užíváním alkoholu či drog. Plod se v děloze špatně vyvíjí a dítě se rodí předčasně nebo v termínu, ale malé, hypotroické s nízkou váhou. Děti nemusí mít žádnou zjevnou vadu, jejich vývoj je ale i nadále zpomalený, mívají problém s trávením mléka, neprosívají, je třeba u dětského lékaře pečlivě kontrolovat jejich váhu a růst, mají chabé svalstvo, často potřebují rehabilitaci již od narození, mnohdy je zpomalen celý psychomotorický vývoj.

Batolecí období 1–3 roky

Zdravé dítě do 3 let leze, sedne, stoupne, chodí, vyroste asi o 40 cm, naváže dokonale oční kontakt, zkoumá pohledem prostor i vzdálenější okolí, ukazuje, rozumí, splní drobný úkol, žvatlá dětsky slova a složí jednoduchou větu, opakuje, zajímá se o všechno kolem, na všechno sahá, naučí se částečně dodržovat čistotu.

Nezralé a hypotrofické děti špatně prospívají i v batolecím období, zaostávají v růstu, jsou hubené, astenické, mají problém s příjmem stravy, s kousáním, mnohdy jim musí lékař předepsat kalorické doplňky stravy. Mohou se objevit odchylky v motorice i psychice, dítě se opožďuje s chůzí, je neobratné, má problém s mluvením, neopakuje, nerozumí, to vše při prohlídkách posoudí pediatr a odešle vaše dítě na neurologii a rehabilitaci. Mohou se v tomto věku zjistit vady zraku, sluchu, také se řeší poruchy růstu na endokrinologii. V batolecím období je nutná všestranná stimulace dítěte, motorická, psychická i edukační, vývoj mozku stále pokračuje a dítě se učí a vstřebává neuvěřitelné množství základních informací pro svůj další život. Je to období prvních otázek, vyžadující opakování odpovědí, období samostatného průzkumu světa, je zde vyšší riziko popálení, požití léků, rostlin nebo čisticích prostředků.

Předškolní období 3–6 let

V předškolním období se zdravé dítě bez problémů domluví, rozumí, zopakuje, dokáže se soustředit na jednu činnost. Je to čas neustálých otázek, dodržuje čistotu, obslouží se u jídla a je zcela motoricky samostatné. Začíná období socializace v kolektivu a tím i větší nemocnost dosud zdravého dítěte.

Pokračuje a rozvíjí se především psychický vývoj dítěte, v tomto období je možné diagnostikovat poruchy vývoje řeči, popřípadě zvolit logopedickou péči. Je potřeba pečlivě kontrolovat zrak, aby se v případě očních vad (tupozrakost, astigmatismus) dalo pomoci brýlemi a cvičením očí. V tomto věku se také projeví první známky hyperaktivity, tzv. ADHD syndromu, projevit se mohou také autistické rysy u dítěte, které nenavazuje žádný kontakt s ostatními, je to období, kdy se už dá určit stupeň retardace, opoždění psychomotorického vývoje pomocí psychotestů u psychologa.

Školní období 6–13 let

Prudký rozvoj myšlení, paměti, ale také období prvních větších nedorozumění mezi vrstevníky, je to období prvních vážnějších životních otázek a přemýšlení. A také období častějších úrazů.

V tomto období se již jasně projeví poruchy aktivity – LMD, ADHD, poruchy školních dovedností – dyslexie, dysgrafie apod., ve spolupráci s pedagogy a lékaři se rodiče snáze s tímto nelehkým problémem naučí pracovat a dítěti pomáhat. Je to období prvních psychosomatických obtíží, kdy se špatné psychické rozpoložení dítěte projeví i tělesně, nejčastěji bolestmi břicha a hlavy.

Období puberty a dospělosti 13–18 let

V tomto věku si jedinci dostatečně uvědomují své já, **nesnesou kritiku**, rodiče přestávají být pro ně nejdůležitější a začínají se obracet na kamarády a skupinky. Mnohdy okusí první alkohol, sex, drogu, je to psychicky náročné období pro všechny, chce to nesmírnou trpělivost a lásku ze strany rodičů. Projevit se mohou **první deprese** z nedůvěry v sebe, výjimečně sklouznou až k sebevraždě, mohou se projevit problémy s příjmem stravy – **anorexie**, bývá to období velmi **těžkých úrazů** v důsledku předvádění se před vrstevníky, **období hledání smyslu života**, mnohdy je nutná psychologická a psychiatrická péče.

Vážení rodiče, vy jste nejvíce se svými dětmi, vy si nejdříve všimnete odchylek v chování dítěte. Vy musíte dát podnět pediatrovi k dalšímu vyšetření, pamatujte tedy na pravidelné kontroly, pátrejte v anamnéze dítěte rodinné a osobní, mnohdy v ní dokážete najít odpověď na poruchy nebo nemoci svého dítěte.

Vám všem bych přála, abyste mohli do péče přijmout především děti zdravé, kterým byste nahradili domov a rodiče, většinou jsou to však děti s nemocemi a poruchami vývoje různé závažnosti, tedy pár slov k některým z nich.

Vrozené vývojové vady, chromozomové aberace, poruchy zraku, poruchy sluchu, epilepsie

Vrozené vývojové vady

Nemoci, se kterými dítě přichází na svět, některé jsou zjevné, třeba rozštěp patra a rtu, svalové nebo kosterní vady s poruchou motoriky, jiné skryté, např. vady srdce, poruchy ledvin nebo jater, které se projeví až za života dítěte a které mohou být zjištěny při preventivních prohlídkách u vašeho pediatra. Je nesmírně důležité odhalit tyto vady včas, aby se zahájila léčba nebo operační řešení. Například rozštěpy patra mohou způsobovat kromě obtíží s jídlem a mluvením i potíže s opakovanými záněty dýchacích cest, svalové onemocnění bez včasné rehabilitace zase může znamenat nevratné změny v pohyblivosti a v držení těla, nepoznané vady srdce vedou k zaostávání za vrstevníky i špatné funkci srdce a plic, mnohdy je nezbytný operační zákrok, který je pro dítě jediným řešením.

Další vrozenou vadou je porucha chromozomů, tzv. chromozomální aberace, nejznámější je **Downův syndrom**, trisomie 21. chromozomu, kdy mají děti charakteristický, už při narození rozpoznatelný vzhled – šikmo posazené oči, nízko posazené uši, velký jazyk, nižší postavu, krátký krk. Je vždy přítomna mentální retardace, tyto děti mohou mít i srdeční vady, jsou náchylnější k nemocem, často mají opakované infekce dýchacích cest a záněty středouší, jsou ale stále mile naladěni, jsou bezprostřední, rádi se dotýkají ostatních a objímají je, jsou stále usměvaví. Dosáhnou vzdělanosti různého stupně podle tíže mentální retardace, jsou však celoživotně závislí na dospělé osobě nebo žijí v ústavu. Chlapci jsou neplodní, u děvčat však není plodnost vyloučena.

Méně nápadný je pak **Turnerův syndrom** u dívek, kdy chybí jeden X chromozom, psychomotorický vývoj je úplně normální, intelekt také netknutý, tato aberace se projeví v průběhu života, v předškolním věku nižším vzrůstem, širším krkem, podsaditější postavou, v období puberty nepřítomností pohlavního vývoje. Je důležité stanovit diagnózu zavčas, protože se musí začít podávat růstový hormon a v pubertě i ženské hormony, aby se dosáhlo normálního vývoje dítěte, jedná se vlastně o poruchu vaječníků, které jsou nefunkční, a dívky s Turnerovým syndromem jsou neplodné.

Další skryté vady se mohou projevit během života a nelze je všechny zde v přednášce obsáhnout. Česko má v tomto směru velkou výhodu, u novorozenců se provádí tzv. **novorozenecký screening**, při němž se 3. den po narození odebírá dítěti z patičky krev a v laboratoři vyšetří z této kapky krve asi 12 metabolických poruch, kterým se dá při správné léčbě nebo dietě částečně předejít. Vyšetřují se také kyčle a ledviny, sledují se do půl roku věku dítěte. Znovu zdůrazňuji jen to, že důležitá je předporodní i poporodní péče o dítě a především vaše další spolupráce s pediatrem. Pokud si berete do pěstounské péče už větší dítě a má již případně stanovenou diagnózu, léčbu i prognózu, je třeba další vaší intenzivní spolupráce s lékaři specialisty, event. sdruženími rodičů s podobně postiženými dětmi.

Děti s **poruchami zraku** by měly navštěvovat očního specialistu minimálně 2x ročně, nosit brýle, chodit na oční cvičení, popřípadě do specializovaných škol pro děti s poruchami zraku. Popřípadě opět existují sdružení se stejně postiženými dětmi a rodinami, se kterými si můžete vzájemně poradit. Poruchy sluchu nepoznané do 1 roku vedou k opoždění psychomotorického vývoje pro nedostatečné sluchové podněty, naštěstí pro děti se dnes sluch vyšetřuje také už v porodnici, vady se tedy odhalí včas a případnými naslouchadly a stimulací dítěte jinými způsoby se předejde opoždění vývoje.

Další problém jsou děti s **epilepsií**. Křeče vznikají mnohdy bezdůvodně, mohou být pouze jednorázové a při správné medikaci se nikdy nevrátí, nebo opakované, trvalé, jsou způsobeny výboji mezi mozkovými buňkami a projevují se záškuby, třesem, křečemi a ty celkové, generalizované i ztrátou vědomí a pomocí. Nebezpečné jsou nejen pro mozek, ale i kvůli možnému úrazu při pádu nebo utonutí při plavání v době vzniku záchvatu. Opakované velké, tzv. grand mal záchvaty poškozují mozek a ničí mozkové buňky, projeví se postupně poruchami paměti, snižující se inteligencí, agresivitou a někdy vedou až k mentální retardaci. Jedinci nesmí řídit auto nebo vykonávat činnosti, které mohou být v případě záchvatu křečí hrozbou pro ně i okolí. Pokud však jedinec bere pravidelně léky, tzv. antiepileptika, má dostatečné množství

spánku a vyhýbá se alkoholu, lze se v 90 procentech záchvatů zbavit, léčba je ovšem dlouhodobá, mnohdy celoživotní a chce to velkou ukázněnost samotného pacienta.

Poruchy inteligence a mentální retardace, ADHD, LMD, DMO

Inteligence je v 75 procentech závislá na dědičném základu a z 25 procent na podnětech z okolí, je výrazně ovlivněna, pokud jsou poškozeny smyslové orgány, sluch a zrak, je ovlivněna i celkovým duševním a tělesným vývojem. Proto je tedy velmi důležité z rodinné anamnézy zjistit IQ rodičů, popřípadě dosažené vzdělání, neboť **při nedostatečných vrozených předpokladech se ani sebedokonalejší péčí a výchovou nedá vypěstovat dostatečně vysoký stupeň inteligence**, a neznamena to tedy selhání dítěte nebo pěstounů. Je také velmi vhodné si IQ svěřeného dítěte zjistit testy u psychologa, neboť tak lze určit, zda je dítě pouze opožděné nedostatečnou stimulací a deprivací prostředím, nebo se opravdu jedná o dítě s podprůměrným IQ nebo mentální retardací. Ta se vyskytuje 2x častěji u chlapců než u děvčat, příčina může být vrozená, případně způsobená poškozením vývoje mozku plodu při onemocnění matky v těhotenství, jasný je negativní vliv užívání alkoholu a drog nebo kouření v těhotenství. Příčinou může být i špatné okysličování mozku při protražovaném porodu, popřípadě je způsobena infekcí mozku nebo epileptickými záchvaty u dítěte, ale až ve 40 procentech je příčina mentální retardace nejasná. U dítěte se porucha projeví opožděním řeči, schopnosti porozumět i jednoduchým pokynům a pochopit je, neschopností si pamatovat, vyjádřit pocity, neschopností uvědomit si nebezpečí.

Lehká mentální retardace v dospělosti odpovídá úrovni **9–12letého dítěte**, projeví se většinou s nástupem do kolektivního zařízení, kde dítě výrazně zaostává za vrstevníky. Tento jedinec je v budoucnu schopen samostatné osobní péče, dodržování hygieny, dosáhne vzdělání max. na úrovni 4.–6. třídy, naučí se jednoduché manuální činnosti a za určitého dohledu a pomoci může žít relativně samostatně.

Středně těžká MR odpovídá **6–9 letům**, vzdělání max. na úrovni 2. třídy, jedinci jsou schopni žít jen skupinově s celodenním dohledem, nedomýšlí, mají sklon k impulzivnímu chování.

Jedinci s **těžkou MR** dosáhnou úrovně **max. 3–6 let**, nemají základní hygienické návyky, jsou nesamostatní a musí žít pod stálým, celodenním dohledem, většinou v ústavní péči.

Před osvojením mentálně retardovaného dítěte je velice důležité vědět, zda se u něj projevovaly záchvaty vzteku a agresivity, tento rys není příliš ovlivnitelný výchovou a nekontrolovatelné chování dítěte může být pro rodinu velkou zátěží. A také je třeba mít na paměti, že mentálně retardovaný člověk nemá potřebu se odpoutat od rodičů ani na prahu dospělosti, a tak závazek náhradních rodičů k dítěti může být vlastně trvalý.

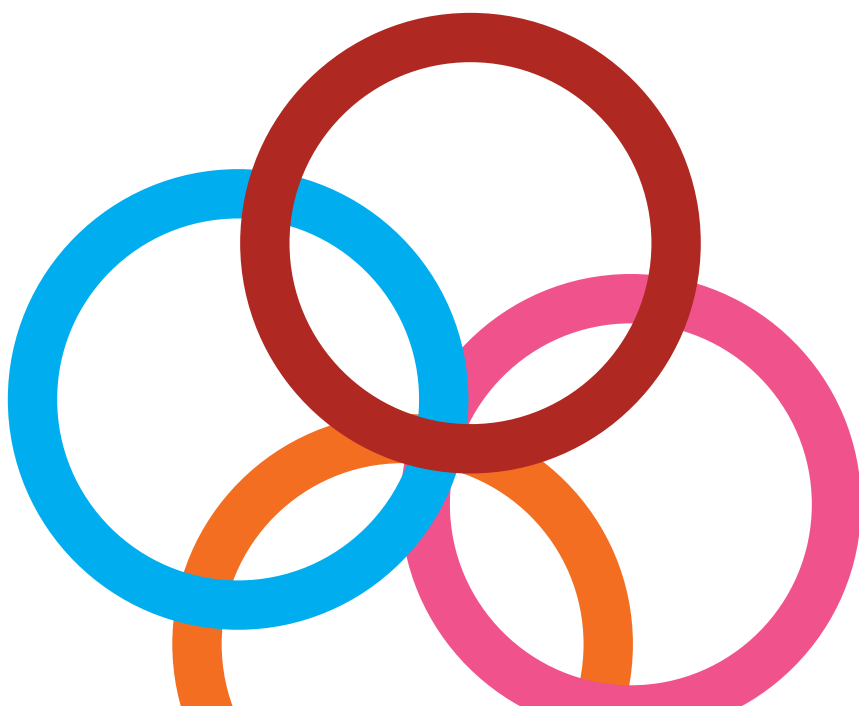
Méně závažnou poruchou bez mentální retardace je tzv. **lehká mozková dysfunkce, nyní tzv. ADHD syndrom**. Je charakterizovaný hyperaktivitou a poruchou pozornosti, která může být také různého stupně, a je způsobená drobným, rozptýleným poškozením mozku během těhotenství nebo při porodu, které není zobrazitelné žádným vyšetřením. Projeví se v předškolním věku, dítě je neustále v pohybu, pobíhá, nereaguje na volání a příkazy, nevydrží u žádné činnosti dlouho, vypadá jako nevychované, neposlušné a drzé, mívá sklon k impulzivnímu jednání, občas je mazlivé až „lepivé“, mnohdy má až agresivní sklony. Ve školním věku se syndrom ADHD často projeví i **poruchami školních dovedností (dyslexie, dysgrafie)**, vhodná a nezbytná je spolupráce s neurologem, psychologem a speciálními pedagogickými poradnami, někdy je třeba sáhnout i k psychiatrické péči a medikaci. Výchovou, tréninkem a postupným dozráváním mozku lze téměř všechny děti uspokojivě zařadit mezi vrstevníky, některé potřebují ve škole asistenty, jiné děti se dopracují i k vysokoškolskému vzdělání.

Další typ poškození mozku s následky tentokrát na pohybovém aparátu je tzv. **dětská mozková obrna**, která vzniká u výrazně nedonošených dětí poškozením oblastí mozkové kůry, která zajišťuje správný svalový tonus. Dítě má zpočátku chabé, hypotonické svalové držení těla (nepase koníčky, nepřitáhne se, nezvedá hlavičku), které se časem vyvine ve spastickou, hypertonickou formu, vznikají typická zkroucení dolních končetin a trupu, která omezují chůzi (nůžkovitá chůze). Mnohdy jsou přítomny kroutivé pohyby různých svalových skupin, které nelze ovládnout vůlí a které mnohdy znemožňují cílené pohyby rukou, nohou,

znemožňují chůzi i mluvení. Pomyslet na ni může pediatr už v prvních měsících života, kdy dítě motoricky zaostává, a odešle dítě k neurologovi. Pokud specialista diagnózu potvrdí, začne se ihned s intenzivní rehabilitací dle Vojty. Jestliže se totiž cvičí intenzivně už v prvních měsících života, dá se zabránit rozvoji lehčích a středních forem DMO. Vhodnost lázeňské péče je bez diskuze, lze také později pomoci operačními zákroky, při nichž se rozvolní vazivo na spasticky stažených svalech omezující pohyb. Není-li přítomna těžká mentální retardace, snažíme se dítě integrovat do normální školy, většinou s asistentem, tyto děti mívají totiž často i specifické poruchy učení. Psychologická péče je také velmi vhodná.

Vážení posluchači, bohužel všechny choroby, které by vás dál zajímaly, zde není možno ani jmenovitě vypsát, natož se jim krátce věnovat. Pokuste se však vždy poradit s pediatrem vašeho dítěte, říct mu, co jste pozorovali a zjistili, vy jste nejvíc s dítětem, pediatr pak zajistí další péči a léčbu.





8. Dilemata pěstounské péče u dětí se závažnými problémy pohledem psychologa

Mgr. Hana Burgetová /Pedagogicko-psychologická poradna Brno/CZ

Pěstounská péče je z hlediska odborné psychologie velmi zajímavý terén, ve kterém se setkáváme s mnoha specifickými situacemi v životě dítěte i pěstounské rodiny, která přijímá dítě v závažné životní situaci. K této problematice bych se chtěla vyjádřit ze svého osobního pohledu, který se opírá převážně o moje profesní a osobní zkušenosti při práci s pěstounskými rodinami (jak v oblasti poradenské, lektorské, tak i z pohledu diagnostika, který se dlouhodobě věnuje psychologicko- pedagogické diagnostice dětí s výukovými a výchovnými problémy).

Závažné problémy u dětí můžeme v kontextu pěstounské péče vnímat jako výrazné obtíže v chování nebo prožívání, které zatěžují pečující osobu i samotné dítě a mohou vytvářet rodinný stres. „Rodinný stres je pojímán jako nespecifický požadavek na adaptační chování rodiny. Úroveň stresu v rodině záleží na závažnosti a intenzitě stresoru: na tom, jak jej rodina vnímá a hodnotí, na zdrojích a možnostech zvládat stres, na psychické a fyzické kondici členů rodiny v době, kdy se stresor objeví.“

(I. Sobotková: Psychologie rodiny, 2000, Portál)

Tyto závažné problémy můžeme rozlišit například do následujících tří skupin, které se často kombinují a mohou pro pěstounskou rodinu být zdrojem stresu:

1. Obtíže, které se týkají biologické rodiny, ze které dítě pochází

- **psychicky nemocný** biologický rodič, který nerespektuje pravidla styku s dítětem,
- **výchovné působení** na dítě je nejednotné (biologická rodina vs. pěstounská rodina),
- **pokračující psychické** týrání dítěte biologickým rodičem/rodiči (účelová manipulace s dítětem),
- **dlouhodobé zanedbávání** dítěte v biologické rodině (např. neadekvátní způsoby komunikace a chování dítěte v důsledku nevhodných výchovných vzorů v biologické rodině, sklon k užívání návykových látek apod.).

2. Obtíže, které se týkají zdravotního stavu dítěte

- **zdravotní oslabení, postižení** (pohybového nebo smyslového ústrojí – např. DMO, hluchota, slepota, dysfázie – porucha vnímání řeči), které vyžaduje zvýšenou péči pěstouna, spojenou s nutností pravidelných rehabilitací, každodenní pomoc při běžných denních aktivitách;
- **postižení kognitivních funkcí** (schopnosti myšlení, paměti, učení) – např. lehká mentální retardace, kde je nutný dohled a dopomoc v situacích, které mohou být pro dítě příliš složité;
- **pervazivní vývojové poruchy** – poruchy autistického spektra – narušení vnímání sociálních vztahů, empatie, obtíže v adaptaci;
- **specifické poruchy učení** – v psaní (dysgrafie), ve čtení (dyslexie), v pravopisu (dysortografie), v matematických dovednostech (dyskalkulie) apod. a **specifické poruchy chování** (ADHD), poruchy pozornosti, které bez podpůrných opatření ve škole i v rámci domácí přípravy mohou výrazně zhoršovat proces učení a celkově snižovat motivaci dítěte ke vzdělávání;
- **psychická deprivace**, která může vzniknout v důsledku dlouhodobě nenaplněných základních psychických potřeb dítěte, ale také v důsledku traumatických zkušeností z minulosti;

- **osobnostní ladění dítěte**, které se promítá do schopnosti adaptace na nové prostředí, novou rodinu, celkově i vyrovnání se změnou, ale i ztrátou biologického rodiče;
- **psychické poruchy** – např. úzkostnost, deprese, afektivní labilita, která se může projevovat agresí vůči okolí, ale často také sebepoškozováním.

3. Obtíže, které se týkají přirozených vývojových procesů neboli vývojových období (věku) nejen dítěte, ale také pěstounů a ostatních členů pěstounské rodiny. Příkladem může být dítě v pubescentní fázi vývoje, které přichází k pěstounům, kteří již mají vlastní nebo přijaté dítě v podobném vývojovém období (např. v pěstounských rodinách na přechodnou dobu).

Kombinace možných problémů v pěstounské rodině, jak na straně dítěte, jeho biologické rodiny, tak i na straně pěstounské rodiny, jsou velmi rozmanité a vytváří jedinečný psychosociální prostor. Je velmi pravděpodobné, že pěstounská rodina bude řešit některé výše jmenované obtíže a převážně jejich různé variace.

Přijímání dítěte do pěstounské rodiny je posuzováno odborníky, kteří přihlížejí ke všem důležitým aspektům (např. věk a kondice pěstounů, věk a potřeby dětí, které se již v rodině nacházejí, celkové posouzení rodinné situace, možnosti péče přijímající rodiny o konkrétní dítě). Ale vždy je to otázka mnoha shod okolností a někdy i náhod, jak se přijaté dítě i celá pěstounská rodina na novou situaci adaptují. Nesmíme také zapomínat na biologické rodiče a posouzení jejich přístupu ke kontaktu s dítětem a spolupráci/nespolupráci s pěstounskou rodinou.

Pro zdařilou adaptaci pěstounské rodiny, jejích členů i přijatého dítěte je důležitá maximální informovanost, otevřenost a podpora ze strany sociálních pracovníků a doprovázejících organizací vůči pěstounům, ze kterých se stávají hlavní „organizátoři, aktivní vychovatelé a klíčové osoby“ nově vytvořené rodiny.

Pokud přetrvává v rodině dlouhodobě stres, následná podpora odborníků (klíčových pracovníků, sociologů, psychologů, psychoterapeutů) nemusí být vždy úspěšná nebo cesta k zvládnutí této situace může být velmi dlouhá a strastiplná, protože například přichází pozdě.

Důvodem může být nedostatečně zmapovaná situace ze strany krajských odborných pracovníků a to při posuzování všech osob, které se na procesu začlenění opuštěného dítěte do pěstounské rodiny podílí (dítě, pěstouni, všichni členové rodiny – i děti, které již v rodině jsou) ještě před zahájením procesu přijetí nového dítěte. Jedná se pak o nevhodné umístění dítěte do vytipované rodiny, kdy se všichni členové rodiny mohou cítit „jako v pasti“. Rodinná atmosféra je pak zatížena dilematy, která jsou často nevyslovená, ale významně prohlubují aktuální nebo dlouhodobý rodinný stres.

Náročnost výchovného procesu přijatého dítěte je sama o sobě velkou kapitolou, která se často pojí se zdary i nezdary. Ale oproti běžné rodině je zde významný rozdíl – **dohled sociálních pracovníků, kteří sledují prospívání dítěte**. Zkusím si dovolit zjednodušení: pokud pěstoun udělá výchovný pokrok u dítěte, které má problémy, může pocítit ze strany sociálních pracovníků z OSPOD ocenění a podporu.

Pokud se však situace přijatého dítěte i celé pěstounské rodiny zhoršuje, je velmi pravděpodobné, že pěstoun nebude vnímat tuto situaci jako běžné situační selhání, ale jako „velké selhání“, které může vyústit například v tyto často nevyřčené obavy:

- **narušení osobní integrity, představy o svých výchovných kompetencích, pocity selhání:** „Vzal/a jsem si toho na sebe opravdu moc a nezvládám to.“ „Nejsem dobrá máma pro cizí dítě a ani už pro své vlastní“;
- **ovlivnění jeho schopnosti říci si o pomoc v přirozeném okolí:** „Když řeknu příbuzným a známým, že máme problémy, tak mi určitě řeknou, že jsem hloupá, že jsem do toho šla, a že za ty starosti to opravdu nestojí.“;
- **ovlivnění schopnosti říci si o odbornou pomoc:** „Sociálka bude vnímat, že to nezvládám, vyřadí mě ze seznamu pěstounů. Co budu dělat, když mám pár let do důchodu?“ „Co bude s přijatým dítětem, jestli to nezvládneme, to půjde do děčáku?“;
- **ovlivnění komunikaci s dítětem:** Dítě již není dítě s problémem, ale dítě je problém: „Jak s ním mám komunikovat, když to nejde?“ „Jak moc můžu dát svoje pocity a emoce najevo, abych mu neublížila, radši nebudu říkat nic.“

Jak může odborná veřejnost pomoci těmto rodinám, které mají v péči dítě s výraznými problémy, jehož výchova je tak náročná, že pěstoun začne o sobě takto pochybovat a rodinné klima je výrazně narušeno?

Dlouho jsem přemýšlela a diskutovala s kolegy z řad psychologů, sociálních pracovníků, ale hlavně pěstounů. Níže uvádím některé z možných variant, jak situaci zlepšit, jež možná vnímají i jiní odborníci spolupracující s pěstounskými rodinami:

1. Kvalitní rodinná diagnostika a kvalitní psychologická a zdravotní diagnostika přijatého dítěte:

stále je málo psychologů a dalších odborníků, kteří by měli možnost a podmínky dlouhodobě se této problematice věnovat a podílet se na vývoji diagnostických metod v této oblasti.

Pěstouni jsou často velmi překvapeni, jak málo informací o dítěti a jeho biologické rodině dostanou. Postupně přichází na to, že dítě potřebuje různá odborná vyšetření, která zjišťují a hlavně často i vysvětlují problematické chování dítěte, závažnost zdravotního stavu apod.

Proč dítě, které bylo doposud v ústavní péči, nemůže přijít do pěstounské rodiny s výslednou zprávou z psychologického vyšetření, kde by byla zahrnuta i doporučení pro práci s dítětem, specifika výchovného vedení a následného „možného“ vývoje? Tato vyšetření často supluje kliničtí psychologové a školská poradenská zařízení (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně-pedagogické centrum) až v pěstounské rodině. Čekací doba na vyšetření bývá však velmi dlouhá.

Můžeme spekulovat o tom, že psychologická, zdravotní zpráva dítěte nemusí vzhledem k deprivaci, traumatům a zanedbání ze strany biologické rodiny správně predikovat následný vývoj dítěte. Často se stává, že dítěti v ústavní péči je diagnostikována mentální retardace, a přesto po příchodu do pěstounské rodiny a s její péčí dítě zdárně odmaturuje. Nebo i naopak – dítě se jeví jako zdravé, ale postupně se objeví různé psychické poruchy. Ale přesto tato zpráva může být odrazový můstek – je popsán aktuální stav dítěte a tyto informace mohou být velmi přínosné. Pěstouni jsou dobře proškoleni a seznámeni s faktem, že vývoj dítěte po příchodu do rodiny se může výrazně změnit a často se opravdu mění. Proč tedy nemohou pěstouni dostat kvalitní a podrobnější informace o stavu i minulosti dítěte, které by přispěly ke zdárné adaptaci a pomohly by připravit pěstouny na kvalitní výchovný proces?

2. Posilovat kompetence pěstounů nejen různými školeními, ale převážně empatickým, lidským, vstřícným přístupem jak z řad odborníků – klíčových pracovníků, psychologů apod., tak i z řad odborníků, kteří zastávají kontrolní funkci nad pěstounskou péčí (OSPOD, apod.). Otevřená vstřícná spolupráce, jejíž zájem nebude jen reflektováním potřeb přijatého dítěte, ale hlavním zájmem bude **celková situace rodiny v kontextu přijetí nového člena do pěstounské rodiny**. Tato spolupráce by měla vytvořit bezpečný prostor, kde pěstoun může „beztrestně“ říci své obavy a dojmy. V tomto ohledu může částečně pomoci svépomocná skupina, kde pěstouni mohou sdílet své zkušenosti a pocity, ale někdy ani to nestačí. Někdy je potřebné, aby obavy pěstouna byly přístupné i pro sociálního pracovníka, který má nad rodinou dohled a může pomoci konkrétním způsobem, který je v jeho kompetenci.

„Budte vděční za důvěru, kterou nám pěstoun věnuje při sdílení svých obav a dilemat. Věřte, že vám ji nevěnuje jen proto, že jste odborník, ale spíše, protože vás vnímá jako empatického, vstřícného člověka s opravdovou snahou mu pomoci. A to, že mu opravdu můžete pomoci, je třesinka na dortu, který je odměnou pro přijaté dítě, pěstouna i vás a také nadějí a příslibem pravé podstaty podpory odborníků, kteří se náhradní pěstounskou péčí zabývají.“



9. Výchova dítěte s deprivací a traumatem v náhradní rodině – pohled pěstounky a speciální pedagožky

Mgr. Hana Brodníčková /pěstounka, speciální pedagožka/CZ

Jsem dlouhodobá pěstounka a už 13 let vychovávám své nejstarší přijaté děti. Mám celkem čtyři přijaté dcery – tři děti jsem přijímala jako starší – 5, 11 a 11, jednu dceru jsem přijala již jako dospělou, v téměř 19 letech. Dvě děti šly ke mně přímo z biologické rodiny, jedno z Klokánku se zkušeností s výchovou v biologické rodině a častým střídáním prostředí, nejmladší přijaté bez zkušenosti v rodině – prošlo dvěma kojeneckými ústavy a dětskými domovy. Tři nejstarší dcery už jsou v této době zletilé.

Co měly děti společného? Deprivaci, rané trauma, poruchu připoutání a z toho plynoucí výchovná a vzdělávací specifika. Ani afunkční nebo dysfunkční rodiny, ani ústav nenaučily moje děti navazovat vztah běžným způsobem. Proto mě dané téma velmi oslovuje.

1. Většina dětí v náhradní rodině není „stejná“ jako běžné dítě v běžné rodině – projevuje se mj. vliv deprivace a traumatu. Děti mohou mít specifické potřeby, a to mj. v oblasti výchovy a vzdělávání (i dítě bez organicky podmíněné mentální retardace a definovaného postižení může být „postižené“ v důsledku deprivace).

MUDr. Peter Pöthe měl na konferenci v Praze zajímavý příspěvek. Mimo jiné hovořil o tom, že řada dětí v náhradní rodině by měla obdržet diagnózu posttraumatické stresové poruchy a že mozek těchto dětí se nevyvíjí jako dětem vyrůstajícím od narození v rodině.

Pokud jde o PTSP, zatímco válka je očekávané trauma, pobyt v ústavu je trauma, které očekávat nelze. Dá se říci, že něco jako „zdravé dítě“ v náhradní rodinné péči neexistuje – téměř všechny trpí nějakou formou deprivace, zažily rané trauma, časté střídání pečovatelských apod.

Naprosto nadčasové jsou v tomto kontextu stále práce profesora Matějčka a doktora Langmajera (ty rozhodně hovoří ve prospěch zákazu pobytu v ústavu alespoň pro děti do tří let věku).

Dítě, které se dostalo do náhradní rodiny, se nemuselo narodit jako organicky postižené, přesto může být takto diagnostikováno, může se tak projevovat. Své opoždění může v podnětném a milujícím prostředí a při vhodných výchovných a vzdělávacích přístupech do určité míry dohnat. Otázka je, zda ho dožene takovým způsobem, aby naplnilo původní potenciál, či zda bude celý jeho život výrazně ovlivněn psychickým traumatem. I v tom může náhradní rodina sehrát výraznou roli.

U dětí se objevuje pseudooligofrenie, pseudoADHD (hyperkinetický syndrom a porucha kognitivních funkcí na základě deprivace – není totéž jako ADHD na organickém podkladě, vyžaduje jiný přístup), psychomotorické retardace, falešná vývojová dysfázie, řečové poruchy a poruchy sluchové analýzy v důsledku zanedbání.

Ne všechny diagnózy, s kterými dítě přijde domů, musí být tedy správné.

2. Problémy a diagnózy, které se mohou objevit (a mohou a nemusí být u dítěte správně diagnostikovány): mj. porucha attachmentu, posttraumatická stresová porucha, fetální alkoholový syndrom, mentální retardace, syndrom ADHD/ADD, poruchy autistického spektra, vývojová dysfázie, porucha chování a emocí, porucha osobnosti, další psychiatrické diagnózy.

Domnívám se, že ne všechny děti jdou do rodiny se správnou diagnózou. Je to pochopitelné, různost diagnóz je mj. ovlivněna mírou zanedbání, ochotou dítěte spolupracovat atd. Děti v ústavu se nemají pro koho rozvíjet – po příchodu do rodiny se často projeví výrazný posun, ale na druhou stranu někdy odborníci předpokládají „jen zanedbání“ a ve skutečnosti se později projeví např. FAS, MR, PAS apod.

Často se objevuje porucha attachmentu. Dítě vlastně nemá žádnou diagnózu, projevy přitom mohou být dramatické – náhradní rodiče na to nejsou připraveni a není jednoduché najít odborníky, kteří umějí s touto problematikou pracovat.

Např. FAS bývá u nás velmi málo diagnostikován – děti jdou do rodiny jako zdravé („diagnostikuje“ se jen na základě toho, jestli matka přízná nebo nepřízná konzumaci alkoholu v těhotenství, v podstatě to platí pro všechny návykové látky a plod poškozující chování v těhotenství. Většina matek nepřízná nic, pokud se neprojeví abstinenční příznaky).

V přípravných kurzech nejsou vždy uvedeny dostatečné informace o možných projevech dítěte, z toho vyplývají nereálná očekávání pěstounů či adoptivních rodičů a následný pocit selhání.

3. Kořeny možných problémů ve výchově dítěte v náhradní rodině: prenatální vývoj, mj. životospráva, léky, nikotin, alkohol a drogy v těhotenství, deprivace (ústavní i z biologické rodiny) a rané trauma (zanedbávání, fyzické i psychické týrání, zneužívání), nepřijetí v původní biologické rodině nebo v ústavu, časté změny hlavních pečovatелů a prostředí, mylná diagnóza a mylná prognóza vývoje dítěte (mj. může způsobit nereálná očekávání nových rodičů), nereálná očekávání a nerespektování limitů dítěte.

Toto všechno může komplikovat výchovu a vzdělávání dítěte a způsobovat jeho následné selhávání mj. ve školním prostředí, ale i v rodině.

Někdy se předpokládá nutnost vzdělávání ve speciální škole, nakonec však dítě zvládne běžnou základní školu – ale také to bývá naopak. Pro některé děti v náhradní rodině může být vhodnou možností individuální vzdělávání (domácí škola).

Je třeba pracovat s odborníky, pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálněpedagogickým centrem, zejména v souvislosti s nástupem do školy, a hledat optimální školní prostředí, kde bude dítě moci zažít úspěch (zde hraje důležitou roli pochopení učitelů, vedení školy).

V tomto kontextu se bohužel někdy naráží na nedostatek vzdělání u učitelů.

Je nutné především přijmout, že dítě má problém a limity, i když jsme původně měli jinou představu! (Jednodušší je to samozřejmě v opačném případě, když rozvoj dítěte přesáhne původní očekávání :-)

4. Jak přistupovat k dítěti s deprivací, s poruchou attachmentu? Jak je vychovávat, jak vzdělávat?

Především je potřeba si uvědomit, o jaký problém se jedná – přijmout to, že dítě nemusí vždy reagovat na běžné výchovné postupy.

Je třeba být při výchově kreativní a flexibilní a občas možná i postupovat velmi intuitivně, eventuálně metodou „pokus – omyl“.

Pokud jde o motivaci specifických dětí, sama jsem se řídila heslem „Nic není špatně, když to funguje“.

Je důležité snažit se neprohlubovat trauma, usilovat o komunikaci, učit dítě mluvit o pocitech, nestavět se na piedestal, umět se dítěti omluvit, připustit vlastní omylnost, ujišťovat a ujišťovat a nenechat se manipulovat.

Dalším důležitým pravidlem je milovat a zároveň vymezovat hranice (nepřesycovat podněty a bezhlavě nevykompenzovat – děti, které nejvíce bojují s hranicemi, je nejvíce potřebují).

5. Důležité výchovné zásady: empatie, autenticita, intuice, hranice, terapeutický přístup

Je třeba na nic si nehrát, přijímat dítě i s jeho problémy a nedokonalostí, to znamená naučit se přijímat i sami sebe.

Nemá smysl se snažit striktně aplikovat doporučení z příruček, někdy víc zafunguje intuice.

U některých dětí je tzv. terapeutické rodičovství naprostou nezbytností.

6. Co očekávat ve výchově, vzdělávání dítěte se specifickými problémy? Otázka očekávání, limitů, přidružené problémy výchovy (možné projevy výchovně náročného dítěte), vliv kolektivu a veřejnosti

Určitým očekáváním se asi nevyhneme, i když se o to budeme snažit – jsme jen lidé. Ale pozor na to, aby to byla očekávání realistická (minimálně očekávání, že přežijeme:-).

Důležitou roli hraje poměr/nepoměr očekávání a výsledků. Pokud očekáváme, že z dítěte, které k nám přišlo v sedmi letech jako výrazně deprivované, vychováme bezproblémového vysokoškoláka, koledujeme si velmi pravděpodobně o výrazné zklamání.

Všechno je relativní – u některých dětí bude možná obrovský úspěch, že se nikdy nedostanou do většího konfliktu se zákonem, u jiných můžeme jásat, že zvládly speciální učiliště.

Někdy se rodina může začít potýkat s problémy, na které nebyla připravena – jsou děti, které se projevují výrazně agresivně (dramatické reakce i bez vysledovatelných podnětů vlivem zažitého traumatu – spouštěče – vůně, zvuky apod.). Jsou děti zvýšeně úzkostné, extrémně plačtivé, neschopné kontaktu, odmítavé, děti, které rivalizují se sourozenci, ubližují zvířatům, lžou, podvádí, manipulují, používají patologické mechanismy, které jim v minulosti umožňovaly přežít.

Je třeba přijmout, že dítě má problémy, naučit se nereagovat tak, aby se tento problém zvýrazňoval, hledat odbornou pomoc.

Situace může být dále zkomplikována nepochopením okolí (jsou děti, které se projevují pouze v prostředí, kde se cítí bezpečně, a na veřejnosti umí výborně hrát roli „bezproblémových“). Důležitou roli tedy často hraje očekávání okolí – širší rodina, sousedi, školka a škola. Zodpovědnost za projevy dítěte bývá bohužel připisována pěstounům namísto předchozí traumatizaci.

Anebo naopak může veřejnost „odsoudit“ dítě, jehož projevy jsou důsledkem handicapu (typicky takto bývají odsuzovány děti s poruchou autistického spektra, které bývají laickou veřejností škatulkovány jako „nevychované“, „arogantní“ nebo prostě „divné“).

Řada dětí může zažívat problémy, neúspěchy, nepřijetí až šikanu např. ve školním prostředí (ať už z důvodu etnické odlišnosti či handicapu – romské etnikum, MR, PAS). To může dále prohloubit psychické problémy dítěte, může dojít k retraumatizaci (i opakované).

Situaci může komplikovat rovněž možnost nepřijetí širší rodinou, okolím.

Můžeme ale očekávat i pozitivní věci – že si obohatíme život, že už se nikdy nebudeme nudit, že dáme dítěti šanci vztahu a že budeme i my tím vztahem obohaceni, že se staneme tolerantnějšími a méně upnutými na výsledky.

Můžeme očekávat, že vytvoříme rodinu a že nám spolu bude fajn, že přijmeme děti i s jejich problémy a specifiky a možná se od nich trochu naučíme „žít v přítomnosti“, které tyto děti většinou umí velmi dobře.

7. Co by nám pomohlo při výchově náročného dítěte? Kam se obrátit?

„It takes a village to raise a child.“ (Potřebujeme vesnici, abychom vychovali dítě.)

My tu vesnici většinou nemáme, ale nemůžeme v tom zůstat sami – potřebujeme pochopení, přátele, podporu.

Důležitá je podpora rodiny, širší rodiny, přátel, v ideálním případě i školy, sousedů, širší veřejnosti (bohužel za daného stavu informovanosti trochu utopie). Bohužel z vlastní zkušenosti vím, jak velká je netolerance širší veřejnosti vůči odlišnostem.

Dítě bude nejvíce profitovat ze sjednocení přístupů – např. rodiny, širší rodiny, školy, doprovázející organizace, příp. terapeuta. Všichni by měli táhnout za jeden provaz a sjednotit své přístupy.

Je třeba nebát se a hledat pomoc odborníků, ale hledat takové, kteří mají zkušenost s dětmi v náhradní rodinné péči – např. s poruchou attachmentu apod.

Proto je tak důležitá odpovídající podpora pěstounů – odlehčovací služby, lepší dostupnost odborné péče (psychologie, psychiatrie, terapeuti seznámení s problematikou)..

Opravdu bych ráda zdůraznila potřebu pochopení a podpory ze strany sociálních pracovníků a doprovázejících organizací. Nepochopení může vést i u pěstouna k pocitům selhání a ohrožení a s takovými pocity se špatně vychovává.

V případě potřeby je důležité hledat terapii, pro dítě, pro sebe, učit se pracovat s vlastní frustrací, snažit se nevyhořet (to je možná hlavní cíl:-).

8. Když zatuká puberta (návod na přežití? :-)

Puberta dítěte stojí skoro vždycky za to :-). Je ale dobré si uvědomit, že je to přirozené vývojové stadium a většina lidí ho přežije ve zdraví. Puberta přijatých dětí může mít svá specifika – mohou se ve zvýšené míře projevit a znovuotevřít již uzavřená témata a traumata z minulosti, může se objevit téma biologické rodiny i tam, kde dítě dříve nejevilo zájem, dítě může začít testovat hranice ve zvýšené míře (až do konfliktu se zákonem).

Co s tím? Snažit se o komunikaci, nehrotit, ale dávat přiměřené hranice, vést k postupnému přiměřenému osamostatnění, vzpomenout si na vlastní pubertální zkušenosti, snažit se přežít...

9. Kdy končí výchova? (Odmazlit a připravit na samostatnost)

Cílem by mělo být asi dát dítěti pocit bezpečí, stálou podporu, ale ne ho učinit na sobě trvale závislým. Dát mu jistotu vztahu, ale posouvat ho přiměřeně k samostatnosti (individuální – kdy které dítě je čeho schopno. Jsou děti, které se osamostatnění budou bránit – mohou se cítit bezpečně v závislosti a opečovávaní. A jsou děti, které dobře nezvládají zodpovědnost, vztahy atd.).

Ale všechny se potřebují jednou postavit na vlastní nohy.

10. Má to vůbec smysl? (Obětování se dítěti a upínání se na výsledky vs. reálná směřování)

Tohle je otázka, kterou mi někdy kladou pěstouni na seminářích. Většinou jsou to lidé, kteří chtěli pomoci a dostali do péče dítě, na kterém si „vylámali zuby“, mohou být zklamaní, frustrovaní, vyhořelí.

Opět je to do značné míry otázka očekávání – čím více snahy investujeme s cílem naplnit nějaké očekávání, tím výraznější je frustrace, když se nám to nepodaří.

Je třeba naslouchat dítěti, reálně ho směřovat – dítě může někdy podvědomě chtít očekávání naplnit, ale nemusí na to mít schopnosti a pak se prohlubuje jeho pocit selhání.

Je důležité, abychom neměli pocit, že jsme se „obětovali“ a dítě není dostatečně vděčné, nedosahuje adekvátních výsledků.

A je potřeba se zamyslet nad tím, co jsou to adekvátní výsledky. Co je realistickým cílem naší výchovy? (Možná je to spokojené dítě, možná dítě, s kterým máme dobrý vztah, ale ne vždy dítě fungující bezproblémově podle běžných společenských norem.)

11. Nezoufat a nevyhořet. Světlo na konci tunelu

Nesmíme zapomínat na sebe a není dobré propadat zoufalství, téměř každé dítě jednou dospěje (i když ne každé v den svých 18. narozenin :-).

Zkusme si hlídat vlastní limity, neopouštět koníčky, neobětovat se!

Možný pozitivní výsledek: Když se složité dítě „oddálí“, osamostatní, přestane narážet jen na vámi dané hranice a začne narážet na hranice „ve světě“, může se jeho vztah k vám výrazně proměnit (z neschopného rodiče, který je zodpovědný i za skvrny na slunci, se můžete stát důvěrníkem, průvodcem, tím, kdo chápe a podpoří).

Přehled použitých odborných výrazů:

Porucha připoutání (attachmentu)
Deprivace
PTSP – posttraumatická stresová porucha
FAS – fetální alkoholový syndrom
MR – mentální retardace
ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou
ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity
PAS – poruchy autistického spektra
VD – vývojová dysfázie
Porucha chování a emocí
Porucha osobnosti





10. Dilemata péče o dítě s problémy pohledem pěstounské rodiny

manželé Koneční /pěstouni/CZ

Jsme rodina s osmi dětmi, z nichž pět je biologických a tři pěstounské. Žijeme na statku v chráněné krajinné oblasti Broumovsko, máme hospodářství se spoustou zvířat, věnujeme se pořádání jezdeckých táborů.

Naším prvním pěstounským dítětem byla v roce 2002 tehdy dvouletá Deni, v roce 2008 jsme pak přijali sourozence Martina a Jirku, 11 a 4 roky.

Před převzetím Denisy jsme dostali tyto informace: Deniska je drobná, velmi milá holčička. Má poruchu imunitního systému a prodělala náročnou operaci srdce. Nyní je již delší dobu v relativně dobrém stavu. Je třeba ji chránit před infekcí a do budoucna počítat s opakovanými operacemi srdce. Psychický vývoj je opožděný, v poslední době je aktivnější, zkoumá své okolí, pěkně si hraje, je vděčná za pozornost, v cizím prostředí je bojácná, s cizími osobami se seznamuje obezřetně. Vlastní rodina o ni nemá žádný zájem. Zdroj: časopis Náhradní rodinná péče 1/2002.

Při předávání Deni jsme byli lékařkou v kojeneckém ústavu zrazováni – srdce, vážný stav, nutno vozit v kočárku minimálně do 5 let, nosit do schodů, brečí, jak vidí cizí lidi, a to jí škodí na srdce, velmi náchylná na infekci, nesmí mezi lidi, ani návštěvy k nám, žádný kolektiv, výjimečný režim. Byli jsme velmi vyděšení, ale po konzultaci s dětskou kardioložkou, která nás ujistila, že neexistuje žádná srdeční vada, která by vyžadovala taková opatření, jsme Deni převzali.

Realita byla poněkud jiná. Výraz drobná holčička znamenal velmi, velmi hypotonická, hadrová panenka, nesedící, nelezoucí. Velmi milá – usoplená, neustále vytékající sliny se zbytky jídla, takže umatlaná a zápachající. Nejevila zájem o okolí, neudržovala oční kontakt, nehrála si, pouze se kývala a hodiny, hodiny brečela. Vděčná za pozornost rozhodně ne, naopak, brečela o to víc, dávala přednost masturbaci o tyče v postýlce. Cizí lidi neřešila, naopak by s nimi (později) odešla kamkoliv, nastupovala do cizích aut atd. Srdce ani imunita nebyly nakonec tak podstatné a omezující. Jediné pravdivé bylo to, že bio rodina nejeví zájem.

Po vyfasování nahatého dítěte s igelitkou léků nás čekal doma šok. Neměla v pořádku polykací reflex. Nedařilo se nám ji nakrmit, nepolykala, nekousala. Našiškovali jsme ji jak husu. Léky vstříkli stříkačkou až za patro a šli dítě umýt do koupelny, protože jídlo bylo všude a bylo to potřeba.

A další šok. Uslyšela, uviděla téct vodu a spustila hysterický záchvat s modráním, křečemi a zvracením... všechny léky a jídlo venku. Pročetli jsme lékařské zprávy z kojeňáku – byla krmena sondou! Za celý dvouletý život trávila vždy 14 dní v kojeneckém ústavu a 14 dní v nemocnici hospitalizována se záněty horních cest dýchacích. Kromě těchto převozů mezi budovami nebyla nikdy venku a neviděla lidi jinak než v bílých pláštích.

Martin nám byl představen jako bystrý chlapec, ve škole při přípravě samostatný a pečlivý, se zájmem o zvířata a pečující vzorně o sourozence, s alergií na citrusy a čokoládu.

Realita: alergie žádná, ve škole podprůměrný čtyřkař, neustále podvádějící, například si zřídil dvě žákovské knížky, jednu pro rodiče, druhou pro učitele. Mladší děti šikanoval, žádné pečování, naopak, silně s nimi manipulující ve svůj prospěch a na jejich úkor. Velmi často pro ostatní děti až ohrožující.

Teprve když jsme si ho vzali, dozvěděli jsme se od tet z Klokánku, že kdybychom ho nepřijali, musel by jít do pastáku pro závažné výchovné potíže, krádeže, ohrožování druhých. Jediný pravdivý údaj byl zájem o zvířata, který se nicméně projevuje spíše tím, že s nimi obchoduje, než že by je miloval. Dokáže se ale o ně starat a dodnes mu tato záliba vydržela.

Jirka, opět alergie na citrusy a čokoládu, hodný, podřídívý chlapec. Realita = alergie 0, divoch s ADHD a neuvěřitelnou chutí se prosadit, po podřídivosti ani památky. Naopak, museli jsme si zvyknout na jeho neuvěřitelný životní drajv, který ho žene dopředu a nutí bojovat o každé místečko na slunci a kousek vzduchu, který zrovna potřebuje. Mezi děti vnesl konflikty a brachiální (fyzické) řešení potíží. Malý dravec.

Trochu to připomíná koňské inzeráty: kůň v boxu ostřejší znamená, že s vámi prokope zeď. Kůň venku mírně dopředný značí, že s vámi uteče na první louce a brzdit budete v sousední vesnici. Dobře krmitelný rovná se tlustý a rozežraný a spojení vhodný k dětem vyjadřuje, že vám je někde podupe a shodí.

Takže první dilema: Jsou informace o dětech pravdivé? Jak zvážit, co zvládneme a co ne, když k tomuto posouzení potřebujeme vědět trochu přesněji, s čím počítat.

Počáteční nadšení bývá velmi zkrouhlé realitou. Mnoho sil a energie spolkne přizpůsobení se situaci, která je neznámá. Jasně, že se dítě bude chovat jinak doma než v ústavu a každé dítě jdoucí do náhradní rodinné péče si nese nálož problémů, reaguje na změnu atd. ALE proč není provedena diagnostika pečlivě a odborníky znalými a erudovanými v oblasti psychické deprivace? Nedá se rozlišit následek deprivace a trvalé poškození? A pokud se nedá a neví se, nedalo by se to alespoň co nejpřesněji popsat? Deni ve 2 letech na úrovni 7měsíčního mimina, jasná psychomotorická retardace. Martin s problémovým chováním, zatajováním, lhaním, šikanováním – vážná psychiatrická diagnóza, medikace nutná. Jiří medikován pro ADHD. Všichni ale až po dlouholetých peripetiích a velkých potížích a tlacích na celou rodinu. Je to nutné?

Druhé dilema: Pěstounská rodina se přehoupne z fáze „Zvládneme to, máme ho rádi, chceme mu pomoci“ do zoufalství beznaděje. (Někdy to není tak výrazné, jsou i ideální případy silných rodin a dobře se adaptujících dětí.) Obrací se na specialisty. Nebo se svěřuje v okolí.

Kamarádi většinou pěstouny obdivují jako nedostižný model, proto nejsou soudní a spíše uklidňují a říkají věty jako: To bude dobrý... A to moje Madlenka taky někdy dělá atd. Jalové řeči, nikam to nevede, prohlubuje se pocit izolace a neporozumění.

Odborníci – je jich málo a ti obyčejní, například dětské lékaři, psychologové, neurologové, neznají děti s psychickou deprivací, neznají specifika náhradní rodinné péče, bagatelizují. Věty, které jsme slyšeli od lékařů: To je jen následek psychické deprivace, to brzy dožene. Nevím, co vám na ní vadí, snad musíte žít z dobrého pocitu, že jste jí pomohli? A co jste čekali, když jste si ho brali v 11 letech? Nemáte náhodou problém vy, zajděte si na psychiatrii.

Tíže problému se obrací proti pěstounovi násobená útokem toho, kdo měl pomoci. Vidíte problém, dítě dělá, co jiné děti nedělají, intuice bije na poplach a lidé okolo vás falešně chlácholí, odborníci bagatelizují a nejbližší rodina zase dramatizuje a cituje příběhy z tisku a televize, jak někdo, kdo vyrostl v dětském domově, někoho zabil, případně vzpomínají na 40 let staré případy z vedlejších vesnic, kde si taky vzali kluka z děčáku a on je pak vykrad' atd.

Proč jsme se museli o středně těžké mentální retardaci dozvědět až při testech školní zralosti v 7 letech, po roce odkladu školní docházky? O Martinově deviaci až ve 14 letech po hospitalizaci v Havlíčkově Brodě provedené na naši žádost? O Jirkově ADHD až v 6. třídě? U všech až po letech obíhání odborníků a dlouhém hledání, tápání a poslouchání nesmyslných rad a občas i útoků na naše duševní zdraví.

Jedna naše velmi dobrá sociální pracovnice nám řekla: Budu vždy stát na straně dítěte, proto važte, jaké informace mi říkáte. Co to způsobuje? Pěstouni se bojí svěřit, protože to znamená projevit slabost, někoho pustit hluboko a riskovat kritiku. Ve zjednodušené lidské logice je rovnítko mezi problémy rodiny a selháním rodiny. Například dítě lže a snadno se z toho vyvodí, že se doma bojí trestu, a proto nemůže říct pravdu. Pokakává se automaticky rovná se je velmi přetíženo, doma to nefunguje, jak má. Prosazuje se nevhodně zase znamená, že na sebe poutá pozornost, které se mu doma nedostává. Krade, opět se řeší pozornost, péče, důvěra.

Jistě, často je to dobrá stopa, nezpochybnuji osvědčené názory specialistů. Ale všeobecné rady a poznatky z normálních rodin, kde jsou pouze biologické děti, u dětí v náhradní rodinné péči nefungují. A často podkopávají úsilí pěstounů. Takže svěřit se, nesvěřit se? Velké dilema.

Například jsem se svěřila psychologce pracující s postiženými dětmi, že Deniska pokakané kalhotky vyhazuje, tajně. A že vyházela všechny, i nějaké plavky, ačkoliv máme dohodu, že je bude přepírat a dávat mi je do pračky. Paní psychologka začala spřádat teorie o tom, co spouští pokakávání a zatajování. A vůbec jsem z toho nevyšla dobře. Až teprve když jsem jí vysvětlila, že se pokakává již od malička, co vše jsme s tím absolvovali a nic nefungovalo a že u tohoto vyhazování prádla nestála potřeba ho přede mnou schovat, ale jednoduchá úvaha mozečku s IQ 54: Proč bych je prala, když se přece dají vyhodit a koupit nové? Teprve potom se vše vysvětlilo. Rázem se změnil její pohled a z nepochopeného, usouzeného dítěte, které doma velmi trpí, se stalo dítě, co dělá špatná rozhodnutí na základě svého postižení. Ale stálo ji to hodinu práce navíc a ochotu mně naslouchat a vykomunikovat to, což není, bohužel, automatické ani u odborníků specializujících se na postižené děti.

Další obrovské dilema se opět týká svěřování se, a to nejen o problémech dětí, ale i svých vlastních. U problematického chování dětí, pokud je rodič vytrvalý, dříve nebo později najde pomoc. Pokud se nedá odradit a bojuje, hledá, často najde, i když spíše u dalších pěstounů než u odborníků. Rodiče mu sice nedokážou dát fundované rady, ale aspoň ho vyslechnou bez kritiky a nehodnotí v neprospěch rodiny, protože to mají doma v bleděmodrém.

Co je však opravdové tabu a velmi špatně se hledá pomoc, je situace, kdy pěstoun doopravdy nezvládá sám sebe. Upřímně chce obstát coby dobrý rodič, ale problémy s dítětem mu působí muka a trvají-li dlouho, tak i psychické potíže. Rodič selhává, na dítě křičí, aplikuje tvrdé tresty a pak si to vyčítá, nenávidí za to sám sebe, hroutí se a je pak špatným rodičem nejen pro přijaté, ale i svoje vlastní děti, trpí jeho partnerský vztah, případně i širší rodina.

Pokud bude dítě hodně zlobit a ničit rodinu, vždy se dá hospitalizovat v psychiatrické léčebně, případně je možné pěstounskou péči ukončit. Ale co s tím, když se hroutí rodič, který nemá možnost úniku, musí v rodině setrvat, stojí to na něm, ale přitom se ocitá nad propastí? Ten si nemůže odskočit na půl roku do sanatoria, většinou si nemůže pomalu odskočit ani na záchod. Tlak bývá někdy obrovský a pěstoun se bojí, že když se to někde provalí, děti mu seberou. Co s tím?

Je dobré mít nějaké bezpečné místo, kde se může rodič svěřit, vybrečet, složit a zase sesbírat beze strachu z odsouzení. Výborná je podpora církve, ale ne každý je věřící, nebo rodiny, přátel, ale ty také nemá každý. Možná je to výzva pro doprovázející organizace, protože idea spokojeného dítěte je možná pouze pokud je spokojený rodič – a na to se mnohdy zapomíná.

Mnoho dilemat je samo o sobě těžkých. Dát dítě do normální či speciální školy, nasadit léky od psychiatra, nenasadit. Jaké chování dítěte se dá zvládnout a je v limitu a co již škodí ostatním dětem v rodině. Kdy dítě vrátit? Jak podporovat styk dítěte s biologickou rodinou a nastavit zdravé hranice a kdy už je to pro dítě škodlivé?

Kdysi jsem četla pokyny, jak si vybrat dobrou nemocnici či pracoviště, pokud je člověk nemocen a čeká ho zákrok. Vtip byl v tom, vybrat si takové pracoviště, které se specializuje na určitý druh operací co nejvíce. Lepší operatér bude ten, který řeže každý den jen a jen žlučníky, než ten, který pracuje v malé nemocnici a vidí jeden žlučník za dva roky a mezitím nějaké slepáky a jiné drobnosti. Prvně zmíněný lékař problematiku dostane do oka a specializuje se jen ve svém oboru a na spoustu věcí má čuch, tuší potíže předem a umí se jim postavit. Nerozptyluje ho nic okolo, nutnost řešit jiné případy.

Myslím si, že je podobně dobré mít síť specialistů zaměřených jen a jen na náhradní rodinnou péči. Pěstoun prožívající problémy poprvé nemá nadhled, netuší, jaký bude další vývoj, neodhadne komplikace, má často postoje naivní, neví, zda problémy ignorovat a vyřeší se samy nebo být tvrdý a z dítěte je vyhnat. Lítá z extrému do extrému anebo to naopak tutlá, dusí a problém nepřipustí. Prostě potřebujeme více odborníků pouze přes žlučníky, jinak budeme léčit doma rakovinu kopřivovým čajem, navštěvovat šarlatány a čekat, že to prostě nějak dopadne.





11. Příklad dobré praxe – kazuistika pěstounské rodiny

Mgr. Alena Molčanová /Centrum Návrat v Prešove/SK

Pani Katka a Natálka

Natálka /*23. 12. 2011

03/2012 a 07/2012 – hospitalizácie

10/2012 genetické vyšetrenie
(osteochondrodysplázia
/ v anamnéze otca)

12/2014 umiestnenie v DKC (živosť, hyperaktivita, nehovorenie)

12/2014 vianočný pobyt v rodine brata matky

02/2015 matka Natálky zomrela

Katka

6/2013 – žiadosť o NRS

Evidencia v zozname vhodných žiadateľov

03/2015 informácia o Natálke

Katka a Natálka

Súhlas k prvému kontaktu 27. 3. 2015 po prvú návštevu 30. 5. 2015

Víkendové pobyty v domácnosti Katky v júni

Hostovský pobyt od 1. 7. 2015 do 14. 8. 2015

Predbežné opatrenie od 14. 8. 2015 do 11. 2. 2016

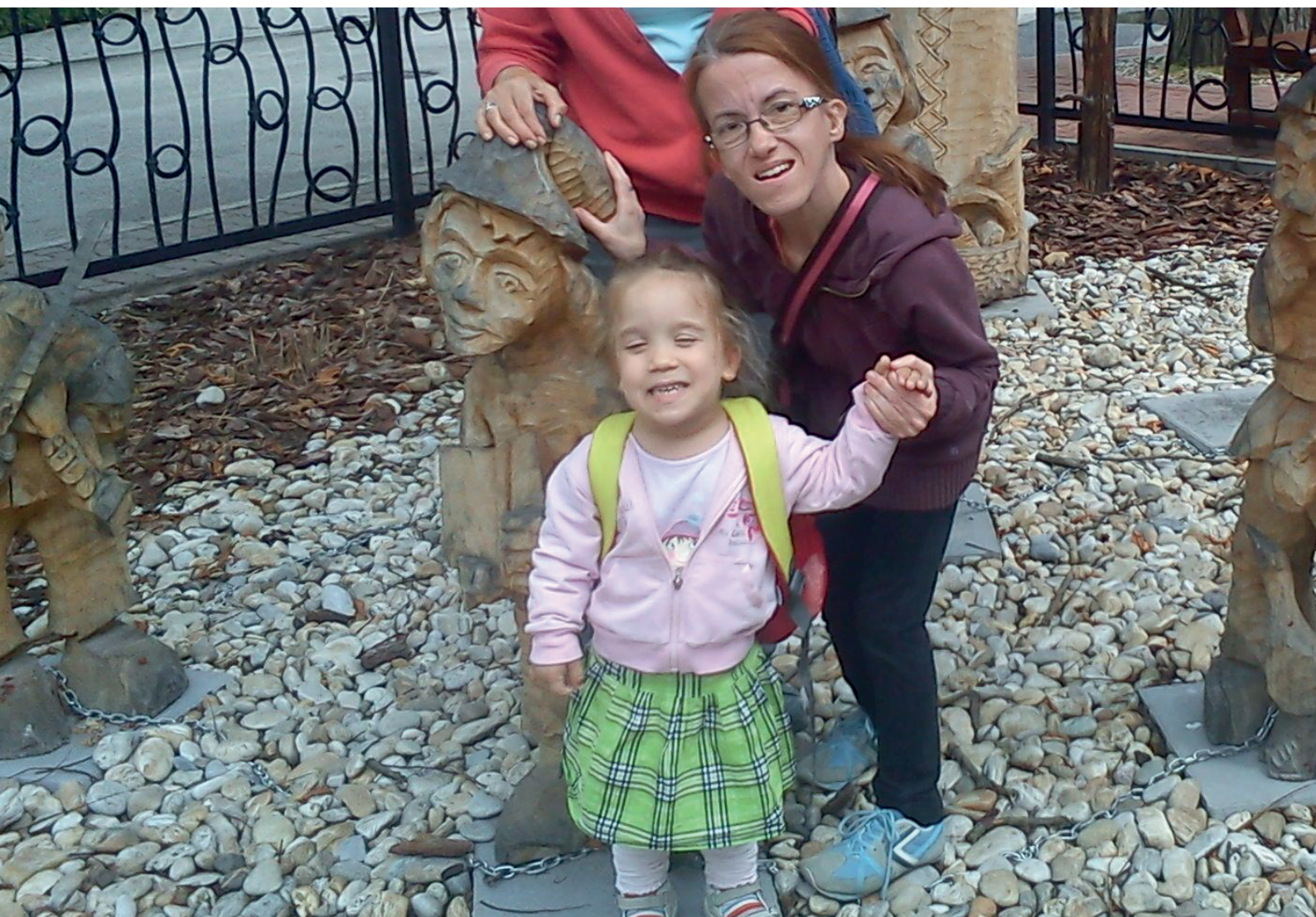
Od 11. 2. 2016 je Natálka v pestúnskej starostlivosti Katky

Čo už zvládli

- Katka je s Natálkou na rodičovskej dovolenke /z dôvodu budovania vzájomného hlbšieho vzťahu a pripútania/ – postupne sa pripútavajú
- Natálka je od príchodu ku Katke oveľa menej chorľavá /než tomu bolo v kolektívnom zariadení v DKC/
- Rozvoj reči Natálky – v troch rokoch skoro vôbec nehovorila, dnes sa jej jazýček nezastaví :)
- Prvú fázu náhradného rodičovstva...

Čo majú pred sebou

- Hlbšie /zdravé pripútanie... Aby mala Natálka jasné, „kto sú jej ľudia“ – s ponukou liečivého vzťahu od Katky...
- Spracovanie osobnej minulosti... dostatok toho, čo jej rodičia nedali (lebo nemohli – nevedeli – nechceli)...
- Sprevádzanie v kontakte s biologickou rodinou (v živote Natálky sa aktívne objavuje jej krstná mama, no v DKC to bola aj stará mama a teta... a sú tu aj súrodenci ?)
- Práca na osobnej identite spolu s prijatím prognózy – nízky vzrast (Katka jej pritom môže byť osobným vzorom, no zároveň sama zažíva pretrvávajúce predsudky spoločnosti...)
- A ďalšie veci, ktoré prinesie život...





12. O autorech příspěvků

Mgr. Hana Brodníčková

Po ukončení studia na Farmaceutické fakultě Univerzity Karlovy působila rok a půl jako au-pair v Londýně. Poté pracovala devět let pro Ministerstvo zahraničních věcí ČR jako juniorní diplomat, z toho působila pět let v Bruselu, v české delegaci v NATO. Po návratu do České republiky vystudovala ještě speciální pedagogiku a paralelně se zahájením práce v pedagogických zařízeních se stala dlouhodobou pěstounkou. Jako pěstounka působí již 13 let, v péči měla či ještě má čtyři dívky, dvě již zletilé, jednu téměř zletilou a nejmladší „náctiletou“. Nejmladší přijatá dcera má diagnózu Aspergerova syndromu. Hana Brodníčková již několik let spolupracuje s pěstounskými organizacemi (mj. Děti patří domů, Routa, Sdružení pěstounských rodin) jako lektorka. Nejčastěji přednáší na témata: výchovné problémy u dětí v náhradní rodinné péči, deprivace a trauma, puberta u dětí v NRP, komunikace se školou apod.

Pod pseudonymem L. Janáková vydala knihy Dary se přece nevracejí a Sama bych se v nebi bála.

Mgr. Hana Burgetová

Pracuje od roku 2006 v Pedagogicko-psychologické poradně Brno. Dlouhodobě externě spolupracuje se Sdružením pěstounských rodin – poskytuje poradenství zaměřené na školní problematiku a lektorskou činnost pěstounům i sociálním pracovníkům v SPR. Od roku 2014 působí v Domě na půli cesty SPR, kde se zaměřuje na diagnostiku nových klientů a psychologické poradenství klientům a pracovníkům Domu.

Problematice pěstounské péče se věnovala již v průběhu studia jednooborové psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Zde měla jedinečnou možnost pracovat pod vedením profesorky Jarmily Koluchové a její dcery docentky Ireny Sobotkové ve sdružení ISIS (občanské sdružení pro pomoc dětem bez domova se sídlem v Olomouci), kde hlavním cílem její práce bylo zlepšovat kladné prožívání identity přijatého dítěte. Oblast náhradní rodinné péče spadá do témat funkčnosti rodin a jejich odolnosti, kterým se v rámci své praxe dlouhodobě věnuje.

Olga Dofková

V oblasti náhradní rodinné péče působí od roku 1988, v posledních letech pracovala jako vedoucí referátu náhradní rodinné péče Magistrátu města Brna.

Uljana Dołyniak

Působí v organizaci Towarzystwo Nasz Dom od roku 2007. Je autorkou programu doprovázení profesionálních pěstounů a spoluautorkou programu PRIDE v Polsku, představujícího standardizovaný rámec pro odbornou přípravu a následnou podporu náhradních rodin.

MUDr. Radmila Galová

Tři roky pracovala v dětské nemocnici. Má za sebou 16 let praxe na obvodě, kde mimo jiné zajišťuje zdravotní péči dětem z jednoho brněnského dětského domova.

Alena Konečná a ThDr. Mgr. Šimon Konečný, Th.D.

Téměř dvacet let pečují o děti, koně a další zvířenu na Statku na konci cesty, kde tato početná rodina o dvou dospělých a osmi dětech zakončila svou pouť a hledání cesty od Brna přes Prahu a Vysočinu. V roce 2008 vyšla kniha Aleny Konečné "Nesviť mi do repráku", která je svědectvím o vztahu matky a adoptivní dcery se závažným onemocněním.

Mgr. Katarína Kuchťáková

Od roku 2002 koordinátorka programů podpory náhradních rodin na Slovensku, pěstounská maminka tří dětí, věnuje se podpůrným programům pro náhradní rodiny v celém procesu náhradního rodičovství, koordinuje vydávání časopisu „Nebyť sám – časopis o náhradnom rodičovstve“.

Mgr. Alena Molčanová

Deset let působí na Slovensku v organizaci Návrat v rámci doprovázení náhradních rodin. Po celou dobu se angažuje i v přípravě a prosazování legislativních změn v oblasti sociálně-právní ochrany dětí a přípravy vzdělávacích programů pro pěstouny.

Bc. Lukáš Talpa

Odborný metodik projektu Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.



Děkujeme partnerům konference:

Sdružení pěstounských rodin se oblasti náhradní rodinné péče věnuje více než 20 let. Od roku 2013 je organizací pověřenou k výkonu sociálně-právní ochrany dětí a s pěstouny uzavírá dohody o výkonu pěstounské péče. Své aktivity formou přímé pomoci pěstounským rodinám a jejich doprovázení směřuje především na regiony Jihomoravského, Zlínského, Plzeňského a Středočeského kraje a také na hlavní město Prahu. Na celostátní úrovni usiluje o osvětu a propagaci pěstounské péče prostřednictvím kampaní (Hledáme Vás, mámo, táto), odborných konferencí a dalších aktivit pro širší veřejnost.

Sdružení pěstounských rodin
Anenská 10 / 602 00 Brno / www.pestouni.cz

Návrat – nezisková organizace na Slovensku, která od roku 1993 prosazuje a podporuje umísťování opuštěných dětí z institucionálních zařízení (dětských domovů) do rodin. Vizí sdružení je prakticky a odborně přispět k takovému stavu ve společnosti, kdy všechny děti budou prožívat dětství v rodinách schopných poskytnout jim bezpečí, podporu a lásku a rodinám se závažnými problémy bude vždy poskytnuta potřebná a včasná sociální a psychologická pomoc, aby se předcházelo strádání dětí v nich.

Návrat
Pluhová 1 / 831 03 Bratislava / www.navrat.sk

Slovenská Asociace náhradních rodin vznikla v roce 2002 a v současné době má 150 členů, 16 klubů a velké množství dobrovolníků a příznivců. Asociace vznikla z iniciativy samotných pěstounů jako organizace zaštiťující práva rodin, které přijaly do své péče děti z dětských domovů. Hlavním cílem asociace je podpora a ochrana stávajících náhradních rodin a pomoc těmto rodinám a dále osvětová činnost k získání nových náhradních rodičů.

ANR
Štúrova 3 / 811 02 Bratislava / www.anr.sk

Towarzystwo Nasz Dom působí v Polsku již od roku 1921. Ústředním bodem činnosti organizace je dítě, které se ocitlo v obtížné rodinné situaci. Sdružení se zaměřuje na pomoc těm dětem, jejichž právo na bezpečný život v rodině je ohroženo nebo dočasně nemožné. Cílem organizace je zajistit těmto ohroženým dětem komplexní rozvoj, ochranu jejich práv a přípravu na dospělý, zodpovědný život.

Towarzystwo Nasz Dom
Zjednoczenia 34 / 01-830 Warszawa / www.towarzystwonaszdom.pl

Mezinárodní Visegrádský fond byl založen 9. června 2000 ve Štíříně v České republice, sídlí ovšem v Bratislavě. Z tohoto fondu se podporuje rozvoj bližší spolupráce a vazby mezi státy V4, tzn. Českou republikou, Polskem, Slovenskem a Maďarskem.

Fond poskytuje (spolu)financování pro společné kulturní, vědecké, výzkumné a vzdělávací projekty, výměnné pobyty studentů a kreativních lidí, rozvoj turismu a přeshraniční spolupráci. Většina příjemců grantů MVF jsou nevládní organizace, místní samosprávy, univerzity, školy a veřejné instituce, jakož i občané. Kromě toho fond poskytuje stipendia pro studenty a umělce. Za dobu své činnosti fond podpořil přes 3 800 grantových projektů a poskytl přes 1 700 stipendií v celkové hodnotě cca 54 milionů eur.

<http://visegradfund.org>



Visegrádská konference pěstounské péče
The Visegrad Conference of foster care



Sdružení pěstounských rodin
Anenská 10 / 602 00 Brno / www.pestouni.cz