



Jan Paleček, David Kocman

Děti s postižením v náhradní péči v Anglii a v Dánsku

STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek

Praha

2018

Tato zpráva byla vydána v rámci projektu „Centrum podpory náhradní rodinné péče II“ díky finanční podpoře Nadace Sirius. Více informací o projektu a dalších publikacích naleznete na www.nahradnirodina.cz a www.centrumpodpory.cz.

Děkujeme všem účastníkům výzkumu z Anglie a Dánska, kteří s námi v realizovaných rozhovorech sdíleli svoje zkušenosti a pohled na tuto problematiku, za jejich čas, trpělivost a cenné zkušenosti. Náš dík patří také Martině Schepelern za pomoc s kontaktováním institucí v Dánsku a za energii věnovanou jazykovým hlavolamům česko-dánského překladu. Nadaci Sirius děkujeme za finanční a dlouhodobou podporu aktivit směřujících ke zlepšení péče o ohrožené děti v České republice.

Děti s postižením v náhradní péči v Anglii a v Dánsku

© **Mgr. Jan Paleček; Mgr. David Kocman, M.A., Ph.D.**

© STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek, Praha 2018

Vydalo STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, spolek

Jelení 91, 118 00 Praha 1

info@nahradnirodina.cz

www.nahradnirodina.cz jako svou 21. publikaci

Odborná garantka: PhDr. Věduna Bubleová

Jazyková korektura: Zuzana Straková

ISBN 978-80-87455-27-2

Obsah

Úvod	5
1. Metodologie.....	7
2. Náhradní (rodinná) péče o děti s postižením v Anglii	8
2.1 Jak studovat náhradní rodinnou péči o děti s postižením?	8
2.2 Terminologie, statistiky a organizace služeb pro děti	10
2.2.1 Potřebné děti, děti v péči a děti s postižením.....	10
2.2.2 Statistiky	12
2.2.3 Organizace služeb pro děti	15
2.3 Proměny služeb pro děti s postižením: mezi domácí péčí a rezidenčními službami	16
2.3.1 Deinstitutionalizace	16
2.3.2 Péče o děti s postižením v rodině	19
2.3.3 Práce oddělení služeb pro děti s postižením.....	21
2.3.4 Domácí péče ve věku osobních rozpočtů?.....	23
2.3.5 Děti s postižením v rezidenční péči	25
2.4 Sociálně-právní ochrana dětí s postižením	28
2.4.1 Jednotný proces ochrany ohrožených dětí	28
2.4.2 Řízení o péči.....	30
2.4.3 Riziko nedostatečné ochrany dětí s postižením.....	32
2.4.4 Dvě cesty k „trvalosti“: adopce a/nebo pěstounství.....	33
2.5 Pěstounská péče.....	36
2.5.1 Současný rámec pěstounské péče	36
2.5.2 Vývoj a profesionalizace pěstounství.....	39
2.5.3 Nedostatečné kapacity pěstounské péče	41
2.5.4 Kazuistika: organizace pěstounské péče v jedné obci	43
3. Náhradní (rodinná) péče o děti s postižením v Dánsku	48
3.1 Politiky a praxe změny.....	48
3.1.1 Dvě linie péče o děti.....	48
3.1.2 Péče o osoby s postižením (včetně dětí).....	48
3.1.3 Systém náhradní péče o děti.....	53
3.1.4 Od institucí k pěstounské péči pro děti s postižením	65
3.2 Prevence umístování dětí s postižením do náhradní péče	72
3.2.1 Služby prevence (včetně odlehčovací pěstounské péče).....	72
3.2.2 Autonomie samospráv a kvalita preventivních služeb.....	77
3.2.3 Deinstitutionalizace péče o děti s postižením jako výsledek preventivní podpory rodin.....	79
3.3 Fungování pěstounské péče pro děti s postižením	81

3.3.1	Kontrola a tendence ke sjednocování procesů v systému (nejen) pěstounské péče	81
3.3.2	Nábor, schvalování a příprava pěstounů	82
3.3.3	Umísťování a párování	85
3.3.4	Odměňování pěstounů.....	89
3.3.5	Podpora pěstounů.....	92
3.3.6	Specializovaná pěstounská péče jako potenciál změny.....	98
4.	Závěry: současná témata sociální práce s dětmi s postižením v Anglii a Dánsku	101
	Použitá literatura.....	104

Úvod

Zadáním pro tuto studii bylo zmapovat vývoj a fungování pěstounské péče pro děti s postižením v Anglii a Dánsku. Záhy poté, co jsme začali o tématu přemýšlet, jsme si uvědomili, že na rozdíl například od osvojení (srov. Kocman a Paleček 2016) je kategorie „pěstounská péče pro děti s postižením“ hůře uchopitelná, protože je mnohem méně samostatná a homogenní. Prolínají se v ní témata systému péče o děti mimo rodinu, sociálně-právní ochrany, domácí péče a prevence, otázky péče o děti a občany s postižením a její deinstitucionalizace. Začali jsme si klást např. otázku, jak je možné, že některé děti s postižením vyrůstají ve vlastních rodinách a jiné nikoli? A že některé z nich se dostávají do ústavní péče a jiné do pěstounské? A kdy jde o ochranu dítěte a kdy spíše o nedostatek zdrojů rodiny a systému, umožňujících setrvání v rodině? Původní výzkumná otázka se tak přetrafovala do tázání po tom, zda a jak v Anglii a v Dánsku mohly, či nemohly děti s postižením vyrůstat v rodinách (vlastních i pěstounských) a jak jsou na tom v tomto ohledu dnes.

Z těchto důvodů se v obou případových studiích věnujeme v zásadě třem oblastem (byť jsou v každé studii do jednotlivých kapitol rozčleněny odlišně). Za prvé se zaměřujeme na příběh ústavní péče o osoby s postižením včetně dětí a na příběh deinstitucionalizace této péče a rozvoje domácí péče, tedy podpory biologických rodin v tom, aby mohly vychovávat svoje dítě i tehdy, je-li postižené. Poté se věnujeme systému sociálně-právní ochrany, resp. obecně náhradní péče o děti, a v rámci toho se snažíme zmapovat klíčová témata, která se týkají dětí s postižením. Do třetice se zaměřujeme specificky na téma pěstounské péče, jejího vývoje, organizace a jejich možností zvládat péči o děti s postižením.

Děti s postižením jsou v péči mimo rodinu výrazně nadreprezentované (Morris 1999, Ottosen et al. 2015). Umístěním mimo rodinu / do péče státu jsou ohroženy především děti s postižením v oblasti komunikace, s potížemi v chování, s potížemi v učení a se smyslovým postižením (Stalker et al. 2010, Stalker a McArthur 2012). Děti s postižením také čelí ve vyšší míře ohrožení týráním a zanedbáváním. Podle studie z USA jsou děti se zdravotním znevýhodněním 3,4krát více ohroženy zneužitím než děti bez postižení (Sullivan a Knutson 2000). Ohrožení lidí s postižením nerovným zacházením je tak stále živou přítomností. Je proto neustále potřeba připomínat, že

„děti s postižením a jejich rodiny mají stejná práva jako ostatní, včetně práva na stejnou kvalitu života, jakou mají rodiny, které nežijí s postižením. Sociální model postižení předpokládá, že jedny z nejvíce utlačujících a omezujících aspektů života lidí s postižením jsou způsobené sociálními, environmentálními a politickými faktory, které je možné změnit. V každodenním životě překonávají rodiny dětí s postižením značné překážky a čelí vysoké míře sociálního vyloučení. Je odpovědností státu, aby podporoval dodržování lidských práv dětí s postižením a jejich rodin a odstraňoval diskriminaci, jíž musejí čelit“ (Broach et al. 2016).

Tato zpráva se pokouší přiblížit, jak se s touto výzvou vyrovnávají systémy péče o dítě a sociální práce v Anglii a Dánsku.

1. Metodologie

Tato studie kombinuje rešerši odborné literatury a dalších textových zdrojů (internetové stránky, články v tisku, zákony apod.) a analýzu rozhovorů s aktéry péče o děti s postižením v Anglii a Dánsku. Cílem bylo sestavit příběh vývoje politiky a praxe péče o děti s postižením, zejména v kontextu procesů deinstitutionalizace ústavních služeb, personalizace péče, profesionalizace sociální práce a debat o pokračující reformě péče.

Rešerše literatury se zaměřila především na zmapování vývoje péče o děti s postižením se zaměřením na období od nástupu deinstitutionalizace do současnosti. S pomocí rozhovorů jsme sledovali zkušenosti a náhled účastníků péče o děti s postižením – zajímali jsme se v nich o to, jak se proměňující priority sociální politiky a zákonných rámců objevují v každodenní praxi. Stejně tak jsme se ptali na konkrétní prvky organizace péče o děti s postižením – jak funguje každodenní praxe, jak vypadá rozhodování o podpoře rodiny, anebo o umístění dítěte mimo původní rodinu, jaká napětí jsou součástí těchto rozhodnutí a jak jsou řešena, nebo jak jsou definována úskalí současného systému a jejich možná řešení do budoucnosti.

V Anglii jsme provedli 15 rozhovorů s profesionály ve třech obcích – dvou menších městech a jedné londýnské městské části. Účastníci rozhovorů patřili do různých týmů a oddělení služeb pro děti při obecních úřadech: sociálně-právní ochrany dětí, oddělení pěstounské péče a adopce a oddělení služeb pro děti s postižením. Byli mezi nimi vedoucí týmů, zástupce vedoucí týmu, sociální pracovníci, supervizoři sociální práce a nezávislí rodinní terapeuti.

V Dánsku jsme provedli celkem 19 rozhovorů v různých obcích. Mezi respondenty byli pracovníci obecních úřadů z oddělení pro rodiny s dětmi či z oddělení pěstounské péče, pěstouni, matka dítěte s postižením, výzkumníci, zaměstnanci ministerstva, unie sociálních pedagogů i pobytových zařízení, pracovnice kontrolních orgánů či neziskových organizací.

V obou zemích jsme vedli rozhovory v angličtině a přepisovali jsme je přímo do češtiny. Rozhovory jsme přepisovali a analýzu jsme zpracovávali v programu Atlas.ti.

V souladu s etickým kodexem České asociace pro sociální antropologii obdrželi účastníci výzkumu informační leták o výzkumu a informovaný souhlas s rozhovorem a jeho využitím. V něm se řešitelé studie především zavázali chránit soukromí a identitu účastníků. Jména a názvy jsou proto v textu anonymizovány nebo změněny (až na výjimku Kodaně a kodaňského Centra pro pěstounskou péči, kde jsme s ohledem na potřebu uvést souvislosti a se souhlasem účastníků rozhovorů uvedli skutečné názvy). V ukázkách z rozhovorů vystupují mluvčí ve své roli (nebo v jedné ze svých rolí) aktéra systému péče o děti s postižením – například jako „sociální pracovnice týmu pěstounské péče“ či „pracovnice oddělení pro rodiny s dětmi“.

2. Náhradní (rodinná) péče o děti s postižením v Anglii

David Kocman

2.1 Jak studovat náhradní rodinnou péči o děti s postižením?

Ve Spojeném království je kolem sedmi procent dětí se zdravotním znevýhodněním. Tradičně byla péče o ně svěřována rezidenčním službám. Do sedmdesátých let 20. století byly zejména děti s postižením v duševní oblasti běžně umísťované do ústavní péče. Pro děti se senzorickými poruchami (sluchu a zraku) nebo děti trpící epilepsií byly zase určeny speciální internátní školy. Od té doby došlo k proměně systému péče. Jejím výsledkem je, že v současné době většina dětí s postižením žije doma se svými rodinami (McConkey et al. 2004, Broach et al. 2016). Jen menší část dětí s postižením žije dlouhodobě mimo rodinu – v internátních školách, zdravotnických zařízeních nebo poté, co byly mimo rodinu umístěné v rámci sociálně-právní ochrany dítěte. Počet „odebraných“ dětí s postižením je ale relativně malý. Nejčastější důvod, proč děti s postižením nežijí s biologickou rodinou, je tzv. „dobrovolné“ umístění do internátní školy nebo rezidenční služby (Abbott et al. 2002).

Děti s postižením jsou častěji zastoupené mezi dětmi „v péči“ (*looked after*) – děti s postižením je mezi nimi 10–25 % (podle použité definice postižení) ve srovnání se sedmiprocentním zastoupením v populaci (Welch et al. 2015). Stejně tak jsou děti s postižením nadreprezentované v populaci dětí ohrožených týráním a zneužíváním (Morris et al. 2003). Děti s postižením, pokud jsou umístěné do péče státu, v ní také zůstávají déle než děti bez postižení (Baker 2007). Studie, která v Anglii sledovala celkovou situaci 596 dětí tři roky po umístění do náhradní pěstounské péče, zjistila, že děti bez postižení měly větší šanci vrátit se do biologické rodiny než děti s postižením. Z péče se vrátilo 21 % dětí bez postižení ve srovnání s 15 % dětí s postižením (Baker 2007).

V legislativě stejně jako v organizaci obecní sociální práce a profesionálních dovedností přesahuje náhradní rodinná péče o děti s postižením hranice několika historicky a legislativně jasněji vymezených typů péče a skupin uživatelů: systému sociálně-právní ochrany na jedné straně a komunitní péče o osoby s postižením na straně druhé. To zhruba odpovídá dvěma kategoriím dětí podle způsobu, jakým se do systému péče dostávají. Na jedné straně se jedná o děti, které se nemohou „bezpečně“ vrátit do rodiny a úkolem sociálně-právní ochrany je „maximalizovat šanci těchto dětí na bezpečné zázemí a zajistit pečující osoby, schopné nabídnout jim bezpečnou a efektivní péči po celé dětství – zajistit stabilitu“ (Munro a Gilligan 2013: 186). Touto cestou – se souhlasem, nebo bez souhlasu rodičů – se do náhradní péče dostávají tzv. ohrožené děti – a část z nich jsou ohrožené děti se zdravotním postižením. Druhou skupinu tvoří děti s postižením, které se ocitnou v mimorodinné péči nejčastěji poté, co o umístění požádá rodina kvůli tomu, že péče v domácím prostředí nějakým způsobem nedostačuje potřebám dítěte.

Potřeby dětí ohrožených týráním a zanedbáním jsou svébytné stejně, jako jsou svébytné potřeby dětí s postižením, které musejí do náhradní péče z důvodu nedostatku zdrojů podpory v rodině. S tím souvisí také formy péče a podpory. Sociální pracovníci stejně jako rodiče a samotné děti čelí trochu jiným problémům v závislosti na tom, zda se jedná o děti umístěné do péče rodinami, které nezvládají domácí péči, nebo o děti, které se do péče dostanou z důvodu ohrožení.

„Jde, myslím, o odlišné problémy, podle toho, o které kategorii dětí se bavíme. Vezmeme-li v úvahu děti s postižením, které umísťují do péče rodiče a kde sociální pracovníci vykonávají dohled nad péčí, tak očekávání těch rodičů bývají velmi vysoká. Ty rodiny jsou pod obrovským tlakem. V 99 % se nejedná o ochranu ohrožených dětí. Úkolem nás profesionálů je nejčastěji najít vhodnou službu, která bude nejlépe vyhovovat potřebám konkrétního dítěte a poskytne mu téměř rodičovskou lásku a péči. To je velmi obtížné. Takové (pobytové) služby jsou nesmírně drahé. Platí se tam 24hodinová péče. Ty děti potřebují nakrmit, nemluví, potřebují fyzioterapii. Jejich „balíčky péče“ jsou velké a drahé. A jejich rodiče bojují s pocity viny, že se o své dítě dostatečně nepostarali. Velká část naší práce pak spočívá v tom, že jednáme s rodiči a jejich představami o dobré péči. Například rodiče jedné dívky s těžkým fyzickým postižením chtěli, aby ji pracovníci rezidenční služby šestkrát denně přebalovali. Ti toho nebyli schopni. Ta dívka má samosebou právo na důstojný život, kam patří pravidelné přebalování a čisté spodní prádlo. V takových případech jste téměř pod neustálým tlakem rodiny, která chce, abyste pro jejich dítě dělali víc. A vy zatím máte omezený rozpočet. Jiný případ je zanedbaný chlapec v sociálně-právní ochraně, u kterého byl diagnostikován Aspergerův syndrom. Tady jednáte s pěstouny a snažíte se například, aby se dítě udrželo ve škole, aby pěstouni zvládali péči, když dítě jde do puberty. K problémům té tzv. běžné ochrany dětí patří zejména riziko, že se rozpadne vztah dítěte s pěstouny, že pěstouni dítě nezvládnou – oni si často na začátku myslí, že dítě zvládnou a až později se začne ukazovat, že to nezvládají. Dalším takovým citlivým bodem je, když děti v pěstounské péči začnou dospívat. Dívky začnou mít menstruační bolesti, kterým nemusí rozumět. Chlapci začnou mít sexuální fantazie, které se týkají dalších dětí v pěstounské rodině. Objevují se velmi citlivá a emotivní témata, která mohou umístění dítěte v péči pěstounů ohrozit, a vy na to musíte být připraveni a musíte s nimi jednat“ (*rozhovor, vedoucí týmu sociálních pracovníků*).

Zkušenost sociálních pracovníků stejně jako statistiky ukazují, že pěstounská péče je nejběžněji využívaná v případech ohrožených dětí bez postižení. Trochu jiná je situace u dětí s postižením. Podle Baker (2007) jsou děti s postižením v rámci sociálně-právní ochrany – navzdory obecnému konsenzu, který již několik desítek let dává přednost rodině před institucionální péčí – i nadále častěji umísťované do rezidenčních služeb než do pěstounské

péče či k osvojení. Hlavním důvodem jsou nedostatečné kapacity pěstounské péče, která by uměla pečovat o děti s komplexními potřebami.

Také rodiny, pokud samy umístí dítě s postižením do náhradní péče, volí spíše různé specializované rezidenční služby. Důvody pro takovou volbu jsou trochu jiné než v případě profesionálů v sociální práci. Podle Phillips (1998) jde především o postoje rodin, které prožívají pocity viny za to, že nezvládly péči o dítě. Rezidenční služba je v takovém případě *přípustnější* variantou než další rodina. Jiný důvod pro umístění dítěte do pobytové služby se objevuje, pokud se rodiny rozhodují o alternativní péči v okamžiku, kdy mají za to, že péče v domácích podmínkách již není možná – rezidenční služba se tak pro ně stává *vhodnější* variantou. Phillips (1998) také uvádí, že rodiče dětí s postižením nepodporují umístění svých dětí do pěstounských rodin kvůli stigmatu souvisejícímu se soudním řízením o péči.

Případová studie anglického systému péče se postupně věnuje procesům změny od sedmdesátých let 20. století do dnešní doby, systému sociálně-právní ochrany dětí a specificky se věnuje pěstounské péči. S deinstitucionalizací a rozvojem pěstounské péče byla těsně spojena profesionalizace sociální práce a rozvoj dnes klíčových konceptů, jako je „trvalost“ péče nebo obhajoba práv a zájmů dítěte. Výsledkem procesu změny je (dočasně) stabilizovaný soubor principů vtělených do legislativy, které definují profesionální identitu sociálních pracovníků a orientují přístupy k dětem napříč ostatními sektory veřejných služeb, jako jsou policie, vzdělávací systém a zdravotnictví.

2.2 Terminologie, statistiky a organizace služeb pro děti

2.2.1 Potřebné děti, děti v péči a děti s postižením

Anglická sociální péče rozlišuje dvě základní cílové skupiny podpory poskytované dětem a rodinám. První kategorií jsou tzv. „potřebné děti“ (*children in need*), druhou jsou tzv. „dětí v péči“ (*children looked after*). Potřeby podpory první skupiny jsou vesměs naplňované v domácím prostředí. Druhá kategorie odkazuje k dětem, o které se stará stát a které jsou většinou umístěné mimo původní rodiny.

Kategorii „**potřebných dětí**“ – totiž dětí, které potřebují podporu sociálních služeb – zavedl zákon o dítěti z roku 1989. Dítě se stane „potřebným“, pokud „je pravděpodobné, že bez podpůrných služeb nedosáhne nebo si neudrží – nebo pokud k tomu nebude mít příležitost – přiměřenou kvalitu zdraví nebo pokud jeho zdraví či vývoj mohou být bez poskytnutí služeb výrazně narušené nebo pokud jde o dítě se zdravotním postižením“ (Smith 1991: 8). Kromě toho zákon o dítěti definoval také dítě s postižením. Jde o dítě, které je „slepé, hluché nebo němé, které trpí některou z poruch intelektu nebo které je vážně a trvale postižené nemocí, zraněním či vrozenou vadou“ (ibid.). Mnozí dnes považují tento slovník za zastaralý. Některé

obce se proto rozhodly vytvořit vlastní, „modernější“ definici postižení. Jeden takový příklad uvádí Wilkins (2015):

„Dítě [...] by mělo být považováno za osobu s postižením, pokud má speciální potřeby v oblasti zdraví, vzdělávání nebo tělesného, rozumového, emočního, sociálního či behaviorálního vývoje, a to z důvodu:

- mnohonásobných a komplexních zdravotních potřeb či chronické nemoci;
- smyslového postižení, jako je ztráta sluchu, zrakové postižení či hluchoslepost;
- závažných a chronických potíží v učení;
- tělesného postižení;
- poruch autistického spektra;
- závažných poruch komunikace;
- výrazného vývojového opožďení“ (Wilkins 2015: 11).

Zdaleka ne všechny „potřebné“ děti jsou dětmi s postižením. Všechny děti s postižením jsou ale automaticky chápány jako „potřebné“. Tento status dětí s postižením potvrdila i nejnovější legislativní úprava, zákon o dětech a rodině z roku 2014. Obcím tím připadá povinnost nejprve vyhodnotit míru potřeb a v návaznosti na to zajistit takové služby, které povedou k jejich naplnění. Obce si přitom většinou nastavují určité stupně potřebnosti a zavazují se zajistit podporu jen těm nejpotřebnějším. Mezi jednotlivými obcemi navíc existují značné rozdíly v zastoupení dětí s postižením ve skupině „potřebných“ dětí – od 3 % v londýnské části Lambeth po 31 % v okrese Windsor and Maidenhead (Butler 2017). Mezi služby, které obce nabízejí rodinám s „potřebnými“ dětmi, patří služby denní péče pro předškolní děti, volnočasové aktivity a kroužky, prázdninové pobyty, poradenství, terapeutické služby, služby podpory v domácnosti, praní prádla, doprava, rodinná centra, finanční podpora, respitní péče nebo domácí hlídání dětí v předškolním věku (*childminding*).

Zákon o dítěti zavedl kromě kategorie „potřebných“ dětí také termín „**děti v péči**“ (*looked after children*), kterým jsou označovány všechny děti v péči státu, resp. obce v přenesené působnosti, které se ocitnou mimo biologickou rodinu na dobu delší než 24 hodin. Stejně jako u „potřebných“ dětí je pouze část dětí v péči současně dětmi se zdravotním postižením. Hlavní skupinu dětí v péči státu tvoří děti, které nemohou zůstat v původních rodinách kvůli zneužití a zanedbání. Děti v péči mohou žít v pěstounské péči, těch je největší podíl, nebo v rezidenčních službách, jako jsou internátní školy nebo speciální zařízení zdravotní péče. Některé děti v péči dokonce mohou za zvláštních podmínek a pod vedením a kontrolou pracovníků sociálně-právní ochrany zůstat v biologické rodině.

Do péče státu se děti mohou dostat na základě dobrovolného (souhlasu k) umístění do péče rodiči (*Voluntary Agreement*), typicky proto, že se péče v domácím prostředí stane nějakým způsobem neúnosná. Mohou být také do péče umístěny v rámci sociálně-právní ochrany dítěte na základě „příkazu k zajištění péče“ (*Care Order*), o který žádá příslušná obec v případech vysoké míry ohrožení dítěte. Převzetí dítěte do péče na žádost (nebo se

souhlasem) rodičů říkají sociální pracovníci ve zkratce „paragraf 20“. Postup podle paragrafu 20 zákona o dítěti znamená, že obec má povinnost poskytnout dítěti ubytování – v rezidenční nebo pěstounské péči. Rodičům zůstává za dítě plná odpovědnost. Pokud rodiče nesouhlasí s návrhy sociálních pracovníků, je možné zahájit řízení o péči (*care proceedings*) a požádat soud o svěření rozhodovacích pravomocí za dítě obci. Dítě přestane být v péči státu, pokud se vrátí do rodiny, je osvojené nebo v péči dosáhne plnoletosti. Děti, které opouštějí péči v osmnácti letech, mohou čerpat podporu po dobu dalších tří let – tzv. doba „přechodu“ (*transition*), kdy s nimi pracují týmy specializované na problémy spojené s přechodem do dospělosti a do služeb podpory pro dospělé. Sociálně-právní ochrana dětí dnes patří do gesce ministerstva školství, které má na starosti legislativu, metodické vedení a dohled nad kvalitou, včetně inspekci obecní sociální práce stejně jako služeb péče a podpory.

O odlišných cestách dítěte systémem péče, a tím také do jisté míry o odlišných „druzích“ dětí, mluví v rozhovorech také sociální pracovníci. Z pohledu sociálně-právní ochrany je nejčastější cestou do péče trajektorie ohroženého dítěte, které nemá postižení. Druhou, méně běžnou, je z jejich zkušenosti dohled nad péčí o děti se zdravotním postižením, které se do mimorodinné péče dostaly na žádost rodiny:

„Existují dvě cesty, kterými se děti s postižením dostávají do systému péče. Objeví se nějaké nebezpečí nebo obava a sociálně-právní ochrana postupuje podle paragrafu 47. Vyšetřujeme pak celou situaci a rozhodujeme se na základě toho, co sociální pracovníci zjistí. Alternativně se na nás může obrátit nějaká maminka s tím, že své dítě nezvládá, a my pak děláme něco jako krizovou intervenci. Přitom postupujeme podle paragrafu 20. To platí pro všechny děti, ať už postižené, nebo bez postižení. Druhá cesta existuje pro děti, které tráví dlouhou dobu v pobytové péči. To znamená ze zákona více než 75 dní v roce. I ty děti se stanou dětmi v péči. Na jejich péči přitom nemusí být nic špatného. Jejich rodiče naopak bývají velmi zapojení, neustále dítě navštěvují. Tyto děti mohou být také část roku doma, ale celkově tráví v rezidenčních službách tolik času, že je nutné, aby nad jejich péčí dohlížel stát“ (*rozhovor, nezávislý hodnotitel péče*).

„Obecně je možné říci, že v případě dětí s postižením máme více případů, kdy nás kontaktují rodiče, protože to již nezvládají. Pak jsou ty normální případy ochrany dítěte, kde je z hlediska celého procesu jedno, jestli má dítě postižení, nebo ne. Jde o to, že rodiče se řádně o dítě nestarají a existuje riziko ohrožení dítěte“ (*rozhovor, sociální pracovnice sociálně-právní ochrany*).

2.2.2 Statistiky

V letech 2016–2017 obdržely obce v Anglii 646 120 žádostí o poskytnutí sociální služby, o 4 % více než v předchozím roce. Tento počet zahrnuje i opakované žádosti. Týkaly se celkem

571 tisíc dětí. Na základě vyhodnocení byla podpora poskytnuta 390 tisícům dětí, které potřebovaly sociální službu (viz **tabulka 1**). Počet „**potřebných**“ dětí se nepatrně snížil ve srovnání s lety 2015–2016 (o 5 tisíc uživatelů neboli 1,3 %). Děti s postižením bylo v roce 2017 v kategorii „potřebných“ dětí vedeno 12,9 %, tedy 50 tisíc. Bylo to o 1,3 % méně ve srovnání s rokem 2014. Největší skupinou „potřebných“ dětí – přes 52 % – byly děti, které měly jako primární potřebu uvedeno zneužívání a zanedbávání. Druhou nejpočetnější skupinu (16 %) pak tvořily děti z „dysfunkčních rodin“.

Tabulka 1 „Potřebné děti“ v Anglii

	2013	2014	2015	2016	2017
Děti, které potřebují podporu (k 31. 3.)	378 600	397 630	390 960	394 400	389 430
Poměr na 10 000 dětí do 18 let	331,4	345,6	337,3	337,7	330,4

Zdroj: Department for Education (DfE 2017b)

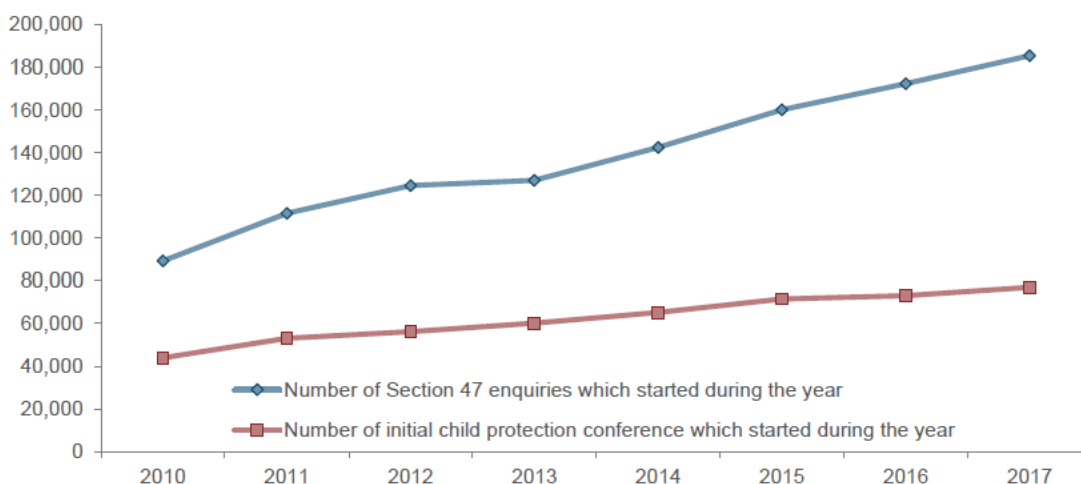
Děti „v péči“ bylo podle statistických údajů ministerstva školství v roce 2016 v Anglii 70 450, z nichž 42 470 (tj. 61 %) se do péče dostalo z důvodu zneužívání a zanedbávání. V roce 2017 celkový počet dětí v péči státu vzrostl na 72 670 dětí, tedy o 3 % více (viz **tabulka 2**). Počet dětí „v péči“ roste dlouhodobě. Před deseti lety bylo v péči státu „pouhých“ 59,5 tisíce dětí, tj. o zhruba 18 % méně než dnes. Šest z deseti dětí se i nadále dostává do péče státu z důvodu ohrožení. Zbývající čtyři z deseti dětí jsou v péči, protože mají postižení, protože postižení nebo závažnou nemoc mají jejich rodiče, kvůli jiným závažným problémům v rodině nebo z důvodu nepřítomnosti rodiče (jako v případě tzv. „žadatelů o azyl bez doprovodu zletilé osoby“). S ohledem na právní status obdržely obce u sedmi z deseti dětí v péči příkaz k zajištění péče. Dvě z deseti umístění do péče proběhla na základě dobrovolného umístění. Podle údajů ministerstva školství se do biologické rodiny vrátí každé třetí dítě. V letech 2015–2016 opustilo péči státu 31 710 dětí. Z nich se do rodiny vrátilo 34 % neboli 10 880 dětí. Mezi ostatní odchody z péče patřilo zejména osvojení, poručnictví (*Special Guardianship Order*) a dosažení dospělosti (DfE 2016: Table D1).

Tabulka 2 Děti v péči státu v Anglii

	2013	2014	2015	2016	2017
Děti v péči státu (k 31. 3.)	68 070	68 820	69 500	70 450	72 670
Poměr na 10 000 dětí do 18 let	60	60	60	60	62
Právní status					
Příkaz k zajištění péče	40 110	40 070	42 330	45 750	50 470
Uvolnění k adopci	150	60	20	10	x
Příkaz k adopci	9 800	9 590	7 480	6 120	5 440
Dobrovolné umístění do péče (para 20 1989)	17 680	18 740	19 350	18 310	16 470
Zadržení z důvodu ochrany dítěte	20	40	30	30	40
Trestně stíhaní	310	300	280	240	240
Umístění dítěte podle typu					
Umístění do pěstounské péče	50 560	50 890	51 590	51 480	53 420
Umístění k adopci	3 620	3 940	3 590	3 160	2 520
Umístění v původní rodině	3 310	3 270	3 570	3 890	4 370
Jiné umístění (samostatné bydlení)	2 270	2 250	2 420	3 080	3 090

Zdroj: Department for Education (DfE 2017b)

V roce 2017 bylo v rámci sociálně-právní ochrany zahájeno 185 450 šetření podle paragrafu 47 zákona o dítěti. Šetření podle paragrafu 47 zahajuje obec, pokud má podezření, že dítě utrpělo nebo může utrpět závažnou újmu. Počet těchto šetření se za uplynulých sedm let téměř zdvojnásobil. Pokud se podezření ukáže jako důvodné a riziko i nadále trvá, obec má povinnost do třech týdnů svolat úvodní případovou konferenci k ochraně dítěte (*initial child protection conference*). Také počet případových konferencí je dlouhodobě na vzestupu – i když ne tak strmém jako počet šetření kvůli ochraně dítěte (viz **graf 1**). Na úvodní konferenci se rozhoduje, zda bude potřeba vytvořit plán ochrany dítěte. Pokud ano, jeho první vyhodnocení se koná během tří měsíců, další pak nejdéle každý půlrok. V letech 2016–2017 mělo celkem 51 080 dětí plán ochrany – o 1,5 % více než v předchozím roce.



Zdroj: Department for Education (DfE 2017b)

Graf 1 Počet zahájených šetření

2.2.3 Organizace služeb pro děti

Zákonné vymezení ochrany a podpory je spjaté s organizací sociální práce na obci a se „specializací“ sociálních pracovníků, která spolu s postupující legislativní komplexitou jednotlivých oblastí péče a ochrany dítěte, postupným rozvojem vědění a profesionálních dovedností vystřídal všeobecnou sociální práci, běžnou ještě v 80. letech. Obce tak zřizují odbory služeb pro děti (*childrens service*), které jsou dále členěné na různá oddělení a týmy, specializované na jednotlivé „typy“ dětí – děti v péči, „potřebné děti“, děti s postižením, adopci a pěstounské rodiny, ranou péči a další. Jejich přesné hranice a názvy se mohou trochu měnit obec od obce. Základní rámec se však opakuje. **Tabulka 3** ukazuje skladbu služeb pro děti v jedné konkrétní obci s přenesenou působností, v jejíž spádové oblasti žije asi 145 tisíc obyvatel. V roce 2016 zde mělo 114 dětí plán sociálně-právní ochrany: 45 z důvodu zanedbávání, 43 kvůli emočnímu zneužívání, 20 z důvodu kombinovaného zneužívání, 4 kvůli fyzickému zneužívání a 2 děti z důvodu sexuálního zneužívání (*rozhovor, vedoucí týmu sociálních pracovníků*). V obci bylo 69 „dětí v péči“ – to je třikrát méně, než je národní průměr. Největší část z nich (53) byla umístěna v pěstounských rodinách. Sedm žilo ve speciálních internátních školách, dvě v dětských domovech a dvě s poručníkem (*special guardian*). V obci bylo také 228 dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Tabulka 3 Organizace služeb pro děti v jedné obci

Odbor školství a vzdělávání	Odbor zdraví, sociální péče a sociálně-právní ochrany
<ul style="list-style-type: none"> • Strategické řízení financování škol • Plánování obsazenosti škol • Přijímání žáků a studentů • Doprava žáků a studentů z/do školy • Rovný přístup ke vzdělávání • Domácí vzdělávání • Virtuální škola • Program rozvoje škol a vedení škol • Předškolní výchova • Zvyšování kvality škol 	<ul style="list-style-type: none"> • Dětská centra a zdravotní služby • Služba pro mládež • Služba pro mladistvé pachatele trestných činů • Program intenzivní podpory rodin • Meziorganizační centrum koordinace sociálně-právní ochrany • Kontaktní místo a vyhodnocování • Sociálně-právní ochrana • Služby „potřebným“ dětem • Služby „dětem v péči“ • Služby pro děti, které odcházejí z péče • Pěstounská péče • Služby pro děti s postižením – včasná pomoc a sociální péče • Školní podpora • Školní psycholog • Speciální vzdělávací potřeby • Včasná sociální práce • Tým podpory přechodu do služeb podpory pro dospělé

Zdroj: Ústní rozhovor a výroční zpráva odboru služeb pro děti za rok 2016

2.3 Proměny služeb pro děti s postižením: mezi domácí péčí a rezidenčními službami

2.3.1 Deinstitutionalizace

Tradičně byly děti s postižením umísťované do zařízení ústavní péče. „Zlatým věkem“ ústavnictví byla velká část 20. století, a to díky synergickému spojení hodnot a postojů, které ústavní péči chápaly jako moderní a vědeckou, a organizačního nastavení systému péče, který se vyvinul z církevních a dobročinných institucí, pečujících o chudé. S nástupem sociálního státu po roce 1945, který měl zajistit nejmodernější veřejné služby pro všechny občany bez ohledu na jejich příjmy, mohl stát dosavadní zkušenosti se zakládáním kolonií a léčeben převést v program celonárodní sítě zařízení, která fungovala na tehdejší pevné víře v léčebný a výchovný potenciál rezidenční péče (Higginbotham 2017).

Dnes přitom žije většina dětí s postižením doma se svými rodinami. Od roku 2014 mohou rodiny využívat k organizaci a financování péče a podpory jejich dětí s postižením tzv. osobní rozpočty. Přesun velké části péče z institucí do rodinného života „v komunitě“ je hlavním výsledkem dlouholetého procesu transformace rezidenční péče. Ten začal v sedmdesátých letech 20. století, kdy kombinace faktorů, mezi něž patřily vlivné výzkumné studie o vývoji dítěte a efektivitě různých druhů péče, inovativní projekty péče stejně jako aktivismus rodin, který v sobě nesl otisk radikálních hnutí 60. let, umožnila dětem se „zvláštními potřebami“ – jak se jim také začalo říkat – žít jinde než v ústavní péči (Phillips 1998).

V politice postupného uzavírání rezidenčních služeb byl jedním z mezníků „přesun odpovědnosti za děti s postižením v intelektuální oblasti z rezortu zdravotnictví na rezort školství. Jednalo se o vyvrcholení kampaně rodičů a spřátelených profesionálů v průběhu 60. let“ (Mittler 2002: 146). Tehdy se stala vlivnou zejména publikace Stanleyho Segala z roku 1966 „Žádné dítě není nevzdělatelné“ (*No Child is Ineducable*). Zákon o vzdělávání z roku 1971 (*1971 Education Act*) pak ukončil dosavadní praxi umístování „nevzdělatelných“ dětí do ústavů. Všechny děti získaly právo na vzdělání bez ohledu na povahu a míru svého postižení. V témže roce vydalo tehdejší ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí koncepci přeměny služeb pro dospělé a děti s postižením s názvem „Lepší služby pro osoby s mentálním handicapem“ (*Better Services for the Mentally Handicapped*). Koncepce vytyčila plán uzavírání dlouhodobých léčeb a rozvoje komunitních služeb.

V průběhu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století také vznikaly různé inovativní projekty, které měly ukázat, že je možné najít náhradní rodiny i pro děti s těžkým postižením a že je možné zlepšit kvalitu života dětí s postižením v náhradní rodinné péči (Argent 1998, Glidden a Johnson 1999, Mason et al. 1999, Reed 1999). Z „nezávislých“ (v tomto případě neziskových) agentur, které se snažily umísťovat děti s postižením do náhradní rodinné péče, byla aktivní především *Parents for Children*. Součástí proměn byla rostoucí dostupnost respitní péče a větší počet pěstounských a adoptivních rodin v případech, kdy se biologické rodiny nemohly nebo nechtěly o děti starat. V tehdejších reformách přitom chyběl kritický přístup k otázce „kde“ budou děti s postižením vzdělávány – a s tím související otázka začleňování. Mittler (2002) hovoří o tom, jak byli mnozí reformátoři v 70. letech přesvědčeni o tom, že zvláštní školy mají své místo v síti komunitních služeb. Trvalo dalších dvacet let, než došlo ke znejistění této představy – a to jak u učitelů, tak i rodičů a organizací lidí s postižením, které v 90. letech nastolily jasné požadavky na integrované, nesegregované školství pro všechny (Hegarty 1993, Jenkinson 1997).

V oblasti sociální a zdravotní péče se dlouhodobě ustálil normativní rámec, který stojí na třech principech: klíčové postavení rodiny a rodinného prostředí v péči, podpoře pěstounství místo (nákladných a mimorodinných) rezidenčních služeb pro děti a aktivní snaze snižovat zdroje rezidenční péče. Ten rámec potvrdila v roce 2001 také Blairůva labouristická vláda koncepcí „Ceníme si lidí: nová strategie služeb pro lidi s potížemi v učení

v 21. století“ (*Valuing People: A New Strategy for Learning Disability in the 21st Century*), která do systému pevně vetkla hodnoty, jako jsou lidská práva, nezávislý život, možnost volby a začlenění. Stejný rámec převzaly i vlády následující (Butler 2017).

Zřetelný hodnotový odklon od rezidenční péče ale neznamenal její zánik – byť výrazně oslabená rezidenční péče zejména pro děti s postižením je využívána po celou dobu deinstitucionalizace. Paralelní procesy útlumu na jedné straně a aktivního využívání pobytových služeb na straně druhé vedly k tomu, co Kendrick et al. (2007) nazvali „ambivalencí“ rezidenční péče. Profesionálové ve službách stejně jako jednotlivé vlády museli nalézat způsoby, jak institucionální péči nově pojmout v rámci měnících se norem a systému péče a jaké kategorie a skupiny dětí definovat jako ty, pro něž jsou rezidenční služby i nadále potřebné. Různé vládní koncepce, jako například labouristický plán „Otázky péče: transformace životů dětí a mladých lidí“ z roku 2006 (*Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People*) opakovaně vytyčují pozitivní roli rezidenčních služeb. Koncepce z roku 2006 například říká, že

„rezidenční péče bude vždy pro určité děti náhradní péčí první volby. Víme, že některé děti samy nechtějí být u pěstounů. Tyto děti by měly mít přístup k prvotřídní péči, která bude čerpat z toho nejlepšího, co dětské domovy nabízejí“ (DfES 2006: 52).

V oblasti školství například navštěvovalo podle studie Mittlerera (2007) na přelomu století běžné školy něco přes čtvrtinu dětí s postižením. Co se některým mohlo zdát jako úspěch transformace, pro jiné bylo známkou nedostatečné změny. Pro Mittlerera (2002: 148) čtvrtina dětí s postižením v běžných školách znamenala, že „většina žáků, zejména s těžšími formami postižení, stále zůstává v segregovaném školství a jen menší část dětí přešla do běžných škol“. Hodnocení výsledků změny je navíc komplikované tím, že množství příběhů jednotlivých dětí a spousta publikací, které popisují inovativní programy, do značné míry zakrývá nedostatek celonárodních dat. V jiné, o něco mladší studii Peter McGill (2008) na základě dílčích dat odhaduje, že počet dětí s těžšími formami postižení v oblasti intelektu umístěných ve speciálních internátních školách je dlouhodobě stabilní a přesahuje počet 1 800. Celkové obrysy dopadů reformy byly přesto již na počátku nového milénia chápané jako pozitivní: v roce 1974 žilo v anglických ústavech sociální péče přes 40 tisíc lidí s postižením v oblasti intelektu, z toho téměř 4,5 tisíce dětí (National Development Group for the Mentally Handicapped 1977). O třicet let později zbyl pouze jeden ústav a i ten měl být během několika let uzavřený (DoH 2004a). V přístupech používaných profesionály ve školství i v sociálních službách se zcela jasně prosadila individualizace v práci s dětmi s postižením. Principy sociálního modelu postižení se vepsaly také do inkluzivního vzdělávání, které bylo budované na předpokladu, že je třeba proměňovat prostředí spíše než dítě samotné (Mittler 2000). Pozorovatelé proměny tak mohli *obecně* říci, že děti, které by před 40 lety byly

umístěné do ústavní péče, dnes žijí se svými rodinami a chodí do místních škol (McGill 2008). Vláda se pak mohla pochlubit, že

„děti a mladí lidé s postižením nebo komplexními zdravotními potřebami dnes užívají koordinované, vysoce kvalitní služby, zaměřené na potřeby dětí a rodin, které podporují sociální začleňování a podle možností jim umožňují vést běžné životy“ (DoH 2004b: Introduction).

2.3.2 Péče o děti s postižením v rodině

Většina dětí s postižením tedy v současné době žije doma se svými rodinami a podporou komunitních služeb. Odhady mluví o více než 50 tisících dětí s vysokou mírou sociálních, zdravotních a vzdělávacích potřeb, jejichž rodiny dostávají podporu v přirozeném prostředí. Přesný počet dětí s postižením je ale obtížné z různých statistických kategorií a výkazů napříč zdravotními, vzdělávacími a sociálními službami sestavit (Pinney 2017). Rodiny dětí s postižením se snaží vyvažovat na jedné straně potřebu zajistit co nejlepší léčbu a péči a na druhé straně potřebu rodiny udržet si co nejběžnější život (Wilkins 2015). Dopady péče o dítě s postižením na rodiny jsou dobře dokumentované: patří k nim omezené pracovní příležitosti, finanční těžkosti spojené s nižšími příjmy, větší riziko rozpadu rodiny, riziko emočních a behaviorálních problémů u sourozenců stejně jako dospělých členů rodiny, kteří mohou zažívat vyšší míru stresu a úzkosti (Beresford 1994, Beresford et al. 2007).

Od doby, kdy ústavní péče přestala být něčím nevyhnutelným, se proměnil také samotný význam toho, co pro rodinu znamená „dobrovolně“ umiřovat děti mimo jejich prostředí – typicky stále do rezidenčních služeb. Vládní politiky a mnozí profesionálové mohli v minulosti rámovat institucionální péči pozitivně jako vhodné prostředí pro určité typy dětí nebo pragmaticky jako volbu rodin, které domácí péči nezvládají. Kvůli transformaci – a zejména transformaci myšlení – ale posílil také názor, který umístění dítěte do rezidenčních služeb chápe jako „selhání systému“, jehož prvotním úkolem by mělo být snažit se o to, aby děti a rodiny měly zajištěnou dostatečnou podporu v domácím prostředí. V takovém pojetí tzv. „dobrovolné“ umístění do péče, kterým rodiče musejí řešit neudržitelnost situace,

„především odráží neschopnost obce nastavit dostatečnou podporu rodin a poskytovat inkluzivní služby. Odchody do péče snižují kontakt a soudržnost rodin, zvyšují zranitelnost mladých lidí a přispívají k větším problémům při přechodu do služeb podpory v dospělosti“ (McGill 2008: 11)

Podle studie Kiernan a Kiernan (1994) přitom nezažívaly potíže s komunitní podporou jen rodiny, ale také školy. Autoři odhadovali, že existovalo několik desítek dětí, které se každoročně musely kvůli nedostatku prostředků na zajištění podpory v komunitním školství přesunout do speciálních internátních škol. McGill (2008) uzavírá, že je třeba, aby systém výrazněji zlepšil kvalitu podpory rodin a kapacitu inkluzivního vzdělávání. Není podle něj

divu, že za současného stavu je stále tolik rodin, které umisťují své děti s postižením do rezidenční péče. Ke kritice „dobrovolnosti“ při umisťování dětí do rezidenční péče rodinami se připojila také Jan Seamer (2008), matka mladého muže s postižením, která měla podle vlastních slov dlouhodobou zkušenost s tím, že rétorika komunitní péče neodpovídala praxi. Podle ní,

„je skandální, že raději bereme děti s postižením z rodin, z jejich prostředí, než abychom jim poskytli dostatečnou podporu v domácnostech. Je to porušování práva rodin na rodinný život a je to diskriminující. (...) Tolik metodických pokynů hovoří o povinnosti chránit děti a podporovat jejich blahobyt. Jak můžeme milovat a starat se o naše děti, když musejí odcházet z našich rodin?“ (Seamer 2008: 13–14).

Dobrovolné umístění dítěte do péče nemůže být podle Seamer doopravdy dobrovolné, když rodiny jsou k takovému kroku donuceny nedostatkem zdrojů komunitní péče. Výzkum jí dává vesměs zapravdu – studie Abbott et al. (2001) nebo McConkey et al. (2004) potvrzují, že umístění dětí do rezidenčních služeb souvisí s často komplexními potřebami rodin, které běžné služby komunitní podpory špatně zvládají. Nedostatečné zdroje komunitní podpory se přitom týkají stejně podpory rodin biologických jako rodin pěstounských.

Různé strany si tak kladou otázku, zda chápat umisťování dětí s postižením mimo rodiny jako nevyhnutelnost v kontextu omezených zdrojů, jako příležitost pro lepší péči pro určité skupiny dětí, nebo jako skandál, který je možné – nebo dokonce nutné – řešit dalším rozvojem komunitních služeb. K poslednímu z hlasů se řadí nejen aktivističtí kritikové nedostatečné transformace a podfinancování komunitních služeb (Beresford 1994), ale například také parlamentní komise pro rozvoj služeb pro děti s postižením, která v roce 2006 požadovala razantní rozvoj veřejných služeb pro děti s postižením poté, co došla k závěru, že služby podpory rodin jsou stále „nedostatečné, nevhodné a nedostupné“. Pouze menší část rodin byla spokojena s mírou nabízené podpory (Parliamentary Committee 2006). Podle sira Al Aynsley-Greena nebyl „úděl dětí a rodin s postižením ničím menším než národním skandálem“ (ibid.). Snaha zlepšit podporu rodin s dětmi s postižením se projevila o rok později ve vládním programu „Chceme více pro děti s postižením“ (*Aiming High for Disabled Children*). Podle Kirsten Stalker (2007) je třeba zajistit především rozvoj odlehčovacích služeb v rodinném prostředí, ve kterých by zkušení pěstouni nabízeli péči o děti s komplexními potřebami. Příklady dobré praxe multiorganizačního zajištění domácí péče pro děti s těžkým zdravotním postižením přitom ukázali např. Townsley et al. (2004).

Ani v roce 2018 se ale tyto a další výzvy k robustnější podpoře rodin nedaří naplnit. Mnoho rodin stále nemá dostatečný přístup ke službám podpory, jako je respitní péče. Rodiny navíc mnohdy musejí samy zajišťovat dodatečné náklady spojené s péčí, pomůckami a terapiemi (Welch et al. 2012, Bourke-Taylor et al. 2014). Podle sociální pracovnice oddělení služeb pro děti s postižením

„je podpora dětí v rodinách nižší, než jakou by dostávaly jako dospělí. Myslím, že je to proto, že se od rodin očekává, že se o dítě budou starat především ony. Až dítě dospěje, očekávání se změní. Bude se podporovat v samostatném životě mimo rodinu, a proto se změní i míra podpory zajištěná státem“ (rozhovor, sociální pracovnice).

2.3.3 Práce oddělení služeb pro děti s postižením

Na praktické rovině zajišťuje podporu rodin oddělení služeb pro děti s postižením (*Disabled Children's Team*). Pro porozumění vztahu mezi sociální prací na obci a v „nezávislých“ sociálních službách připomeňme dělbu práce, kterou zavedla reforma sociálních služeb v roce 1990 (*NHS and Community Care Act*). S účinností od roku 1993 došlo k oddělení vlastní péče a podpory od jejího řízení, zavedení kvazi-trhů a případového managementu v obecní sociální práci (Kocman 2012). Prakticky to znamenalo, že odbory sociálních služeb na obcích přenechaly přímou práci s klienty neziskovým a soukromým službám a začaly se specializovat na řízení péče. Spolu s tím se začal v sociální práci rozvíjet soubor dovedností odvozený od nové role sociálních pracovníků (srov. Havrdová 1999), který kopíroval tzv. „pomáhající cyklus“ hodnocení potřeb, plánování péče, její monitorování a vyhodnocování. Sociální pracovníci se v důsledku reformy postupně přesunuli ze sociálních služeb na obecní úřady – výjimku tvoří „nezávislé“ sociální služby pro děti, kde i dnes pracují kvalifikovaní sociální pracovníci. Úkolem oddělení služeb pro děti s postižením při obecních úřadech je tedy zajistit zákonem stanovené povinnosti státu vůči dětem s postižením. Každé takové dítě, coby dítě „potřebné“, má nárok na vyhodnocení svých potřeb. V případech, kdy sociální pracovníci identifikují potřeby podpory, definují také konkrétní povinnosti obce při jejich naplnění.

„Máme v týmu sociální pracovníky a pracovníky v sociální péči. Ti se věnují méně komplexním případům. Dělají zejména výroční vyhodnocení péče. Sociální pracovníci zase provádějí šetření a nastavování péče – a v naší obci se také věnují sociálně-právní ochraně dětí s postižením“ (rozhovor, sociální pracovnice).

Sociální pracovníci oddělení služeb pro děti s postižením v rozhovorech opakovali, že se ve své práci nejběžněji setkávají s postižením, které výrazně ovlivňuje každodenní život dítěte a rodiny – „máme hodně dětí s autismem, několik dětí s těžkou poruchou učení nebo fyzickým postižením jako například mozkovou obrnou“ (rozhovor, sociální pracovnice). Pokud se objevuje potřeba ochrany dítěte s postižením, bývá to často proto, že jeden nebo oba rodiče trpí duševní nemocí, jsou závislí na drogách nebo dochází k fyzickému násilí v rodině.

„Mezi „potřebnými“ dětmi, které žijí v rodinách, jsou děti s nízkou, ale i vysokou mírou potřeb – dokud nezačneme mít obavu o bezpečí dítěte. Typické „potřebné“ dítě je takové, kde nabízíme respitní službu anebo pár hodin asistence. Máme teď čtrnáctiletého chlapce s autismem. Je to vysokofunkční autista a zvládá dobře běžné

prostředí. Má ale určité problémové chování a čerstvě se mu narodil sourozenec. Jeho matka syna nezvládá jako dříve. Platíme asistenta na dvě hodiny týdně po dobu tří měsíců, aby s chlapcem trénovali samostatnou dopravu do klubů v okolí bydliště a aby si matka při té příležitosti trochu oddechla. Obecně se ale očekává, že rodina to bude zvládat“ (*rozhovor, sociální pracovnice*).

Zkušenosti rodin tak ukazují, že podpora, kterou obce nabízejí, nemusí být v praxi vůbec dostatečná nebo ji nemusí být jednoduché získat. Wilkins (2015) popisuje vlastní zkušenost rodiče dítěte s postižením (cystickou fibrózou). Společně s partnerkou kontaktovali obecní úřad na podzim 2011 a požádali o vyhodnocení potřeb jejich syna a o podporu ve formě respitní péče a pár hodin domácí péče. Jejich žádost nejprve sociální pracovníci zamítli s tím, že synova situace nenaplnuje kritéria nároku. Zamítnutí podle Wilkinse souviselo s postoji sociálních pracovníků k cystické fibróze, která nezapadala do běžných představ o tom, co je to postižení. Chápali ji spíše jako nemoc, s níž se dítě léčí, než jako postižení, které má závažné dopady na běžný život. Wilkinsovi museli o vyhodnocení potřeb žádat opakovaně a dokládat oprávněnost své žádosti. Sociální pracovníci napodruhé žádosti vyhověli a v lednu 2012 provedli domácí šetření. Jeho výsledkem ale bylo konstatování, že dítě ani rodina nepotřebují podporu sociálních služeb. Rodina se proti výsledku opět odvolala a v únoru proběhlo další šetření, které teprve přiznalo rodině nárok na podporu. V květnu pak panel vedoucích týmů odsouhlasil „balíček podpory“ a o měsíc později rodina obdržela první „přímou platbu“ na péči o syna. První šetření podle Wilkinse proběhlo tak, že sociální pracovník rodinu navštívil jen jednou a hovořil pouze s nimi. Až druhý sociální pracovník zpracoval detailnější vyhodnocení v průběhu několika návštěv a hovořil mezitím také s ostatními profesionály, kteří se synem pracovali – se specializovanými sestrami, pediatrem, praktickým lékařem, dietologem a fyzioterapeutem. Wilkins hovoří o tom, že celý proces vyhodnocení potřeb byl pro oba rodiče stresující a emotivní. Bylo pro ně například emočně náročné opakovaně popisovat zdravotní problémy syna, a zejména mluvit o tom, že jeho život (s cystickou fibrózou) bude nejspíš velmi krátký. Také si nebyli jistí, jak vlastně na otázky v průběhu šetření odpovídat: zda měli líčit situaci jako zvladatelnou a čelit riziku, že jim obec nepřizná potřebnou podporu, nebo měli naopak popsat svou situaci jako složitou a čelit možným dalším otázkám, které by se ale již mohly týkat jejich rodičovství. Obávali se, aby zbytečně nevybudili podezření, že rodičovství nezvládají a jejich syn je v ohrožení.

„Byl jsem si vědomý toho, že pozvání sociálního pracovníka k nám domů mohlo dospět až k tomu, že by mohl začít kritizovat způsob, jakým vychováváme naše chlapce. Věděli jsme sice, že je to velmi nepravděpodobné, ale oba jsme měli pocit, jako by se návštěva sociálního pracovníka mohla stát prvním krokem procesu odebrání dítěte“ (Wilkins 2015: 8).

2.3.4 Domácí péče ve věku osobních rozpočtů?

V organizaci komunitní péče pro dospělé stejně jako pro děti má důležitou roli pokračující personalizace služeb – a spolu s ní také reforma zajištění a financování péče pomocí osobních nebo také individuálních rozpočtů (*personal budgets, individual budgets*). Rozpočty jsou zatím poslední ze série inovací, které mají zkvalitnit péči tím, že zintenzivní řízení služeb jednotlivcem. Osobní rozpočty sledují stejnou logiku jako ostatní systémy tzv. hotovosti na péči (*cash for care*), zastoupené v Česku příspěvkem na péči: finance na péči získává uživatel, který si pak může (v nastaveném rámci) vybrat péči podle vlastního uvážení.

Reforma sociální péče v osobních rozpočtech splétá humanistickou tradici a ideje o právech lidí s postižením, občanství a sociální spravedlnosti s nástroji marketizace služeb a konzumerismu (Clarke 2006). Předchůdcem individuálních rozpočtů byly v anglické sociální péči „přímé platby na péči“ (*direct payments*), zavedené již v polovině 90. let a využívané dodnes. Jejich úkolem bylo nabídnout možnost nakoupit si služby přímo, bez zprostředkování sociálními pracovníky. Individuální rozpočty vznikly v reakci na kritiku nedostatečného postupu personalizace péče (Needham 2011). Novinkou byl mechanismus, kterým měl dopředu stanovit objem prostředků na podporu, a tyto prostředky čerpat ze všech dostupných zdrojů financování. Podle Simona Duffyho (2010), hlavního architekta individuálních rozpočtů, měl být nový systém univerzální, řízený jednotlivcem, flexibilní, hrazený z veřejných zdrojů, měl zahrnovat všechny výdaje, respektovat jednotlivce a měl být nárokový.

Z výzkumů a reflexí personalizace sociálních služeb přitom vyplynulo, že individuální rozpočty nepředstavují radikální změnu, která by lidem s postižením umožňovala získat kontrolu nad vlastními životy a zvýšit autonomii (Slasberg a Beresford 2016). Kritikové sice reformám přiznávají pozitivní dopad na životy *některých* lidí s postižením. Ukazují ale, že pro většinu se situace buď nezměnila, nebo se zhoršila. Mezi bariérami pozitivní změny se objevily zejména faktory jako škrty ve veřejných rozpočtech, zbytečné překážky při nakládání s osobními rozpočty, slabá nabídka různých služeb podpory, pomůcek a aktivit stejně jako nedostatek služeb poradenství, podpory a obhajoby, které lidé při rozhodování o péči potřebují. Kritikové zdůrazňují, že neúspěchy reformou nesouvisejí ani tak s nedostatečnou implementací jako se samotným modelem personalizace péče pomocí rozpočtů, který neumí zajistit víc než mechanickou úpravu vztahu lidí s postižením, systému sociálních služeb a oběhu finančních zdrojů. Model podle nich nenabízí řešení problému autonomie a dostatečných příležitostí. Jeho úkolem bylo pouze na scénu sociálních služeb zavést trh a vytvořit spotřebitele. Osobní rozpočty, pokud měly naplnit emancipační očekávání, by musely být současně doplněné o dostatečnou nabídku služeb a forem podpory, včetně posílení poradenství, která by umožnila nový systém účinně využívat. I mnozí dřívější zastánci rozpočtů dnes tvrdí, že vládní reformy se o přímé platby a individuální rozpočty začaly

zajímat především z důvodu fiskálního a ideologického. Příslib úspor veřejných zdrojů podle nich vedl především k legitimizaci pokračujících škrtů (Kocman 2017).

Bez ohledu na doklady o nefunkčnosti systému se osobní rozpočty dál šíří. Nejnověji se dostaly také do oblasti péče o děti s postižením, kde mají rodinám nabídnout „možnost volby, flexibilitu a kontrolu“ tím, že umožní rodičům nakupovat služby podpory. Tzv. „osobní zdravotní rozpočty“ (*personal health budgets*) jsou definované v legislativě (*Children and Families Act*) z roku 2014 jako „určitý objem finančních prostředků, určený obcím k tomu, aby zčásti nebo plně zajistil podporu stanovenou v plánu vzdělávání, zdraví a péče“ (*Education Health and Care Plan*). Jak název napovídá, nový druh osobních rozpočtů je určený dětem s komplexními potřebami podpory ve vzdělávání a zdravotní a sociální péči a sdružuje financování ze zdrojů ministerstva zdravotnictví a školství, za které jsou na místní úrovni společně odpovědné obecní úřady a zdravotní správa. Stejně jako ostatní individuální rozpočty má nabídnout „alternativu zaměřenou na potřeby jednotlivce“ s vysokou mírou potřeb a dlouhodobou péčí, která vyžaduje multidisciplinární přístup. Rozpočty mají zajistit rodinám, které pečují o děti s komplexními potřebami, svobodu a flexibilitu v rozhodování o nejlepší formě dohodnuté péče pro jejich dítě. Rodiny přitom nemusí převzít do vlastních rukou celou péči – mohou pomocí rozpočtů zajistit jen specifické úkony nebo služby. Obce nabízejí různé varianty realizace osobních zdravotních rozpočtů:

- přímé platby;
- správu rozpočtu a zajištění péče obcí;
- přímou platbu třetí straně – přátelům, rodinným příslušníkům nebo organizacím, které spravují rozpočet;
- přímou platbu poskytovateli péče, například domácí péče;
- kombinaci přímých plateb, rozpočtového managementu obcí a plateb třetím stranám.

Podle toho, jaké služby a jakou formu řízení péče si rodiče zvolí, mohou s rozpočtem souviset i další povinnosti, jako je například povinnost stát se zaměstnavatelem osobních asistentů. Taková agenda také znamená, že rodiče na sebe do velké míry přebírají práci koordinátorů péče. Komise pro kvalitu péče v roce 2014 odhadovala, že se sdílené financování podpory bude týkat přibližně 50 tisíc dětí (Care Quality Commission 2014). Z nejnovějšího šetření ministerstva školství ale vyplynulo, že za první tři roky fungování čerpá tuto formu zajištění péče o děti s postižením jen 5 % oprávněných příjemců (DfE 2017a). Jak zmínila v rozhovoru jedna sociální pracovnice, „všichni o rozpočtech vědí, ale zatím jsme je moc neviděli“ (*rozhovor, sociální pracovnice*). Většina regionů má totiž v implementaci rozpočtů zpoždění a rodiče dětí s postižením se staví k rozpočtům nejednoznačně (Hutton a King 2018). Na jedné straně si jsou vědomi výhod, které mohou osobní rozpočty přinést – jako je často zmiňovaná flexibilita. Na druhé straně ale reflektují nevýhody rozpočtů, mezi něž patří zejména nedostatečné financování. Jeho dopady se s převodem odpovědnosti z obce na

rodiny mohou ještě zintenzivnit – osamocené rodiny bez přístupu k sociálním pracovníkům se hůře dovolávají lepší péče a mohou silněji zažívat pocity vyloučení. Stejně tak rodiny nehodnotí pozitivně zátěž spojenou s řízením péče a správou rozpočtů (Hutton a King 2018: 265).

2.3.5 Děti s postižením v rezidenční péči

Většina dětí s postižením tedy žije doma s podporou komunitních služeb. Pokud se rodina dostane do situace, kdy nastavení péče přestane fungovat a rozhoduje se o náhradní péči, častěji preferuje umístění dítěte do rezidenční služby než do pěstounské péče (Stalker 2007). Náhradní rodinná péče o děti s postižením formou pěstounství hraje významnější roli spíše v péči krátkodobé, odlehčovací (DfCSF 2010). Péče o děti s postižením tudíž vlastně do značné míry osciluje mezi domácí a rezidenční péčí. Před čtyřiceti lety se od rodičů očekávalo, že „si poradí, jak jen to bude možné, a až to možné nebude, nechají bez zbytečných okolků své dítě v ústavní péči“ (Argent 1998: 1). Dnes rodina může chápat rezidenční službu jako nutnost, protože péče v domácím prostředí se pro ni stane nemožná, nebo jako přijatelnější variantu než pěstounství kvůli pocitům viny za to, co může vnímat jako své selhání v péči o dítě. V obou případech rodiny nevidí péči v jiném domácím prostředí (pěstounské rodiny) jako možnou alternativu k péči v původní rodině a raději volí pro své děti s postižením rezidenční služby. Tento trend v rozhodování rodin znají i sociální pracovníci. Nejčastěji se ve své praxi setkávají právě s tím, že rodiny hledají pro své dítě s postižením vhodnou pobytovou službu. Lyon (1990) si všimla, že tyto postoje se pak také promítají do jednání sociálních pracovníků. Někteří z nich tváří v tvář silnému odmítání náhradní rodinné péče rodinou ani tuto možnost nenabízejí, přestože vědí o lepších výsledcích, které by dětem taková péče přinesla. Sociální práce v takových případech dál poskytuje rodině podporu a dohlíží na péči ve zvolené rezidenční péči.

„Máme patnáctiletou dívku s Rettovým syndromem. Do dvanácti let žila doma s rodinou. Ale vyrostla a nedalo se s ní už tak dobře manipulovat, a současně se zhoršil její stav a péče se stala náročnější. Rodina jí pak našla rezidenční službu provozovanou neziskovým sektorem. My jako sociální pracovníci chodíme dívku navštěvovat a ujistit se, že péče odpovídá jejím potřebám“ (*rozhovor, sociální pracovnice*).

Jak ukázali Sinclair a Gibbs (1998), mohou rezidenční péči před péčí pěstounskou dávat přednost i samotné děti. Autoři se dotazovali vzorku 223 mladých uživatelů dětských domovů. Pěstounskou péči přitom preferovala třetina dotázaných, zatímco pobytové služby dvě třetiny. To platilo i pro děti, které měly zkušenost s pěstouny.

Na rozdíl od rodin, kde je volba pobytových služeb nejčastější alternativou k domácí péči, se v rozhodování profesionálů sociálně-právní ochrany staly rezidenční služby – kvůli posunu v pojetí náhradní péče z institucí do rodin – až tou „poslední možností“. Pro systém ochrany

ohrožených dětí je dnes při umístování dětí, které nemohou zůstat v biologické rodině, první volbou pěstounská domácnost. Většinou jde o děti bez postižení. Hodnotový a organizační rámec je přitom nastavený tak, že proces sociálně-právní ochrany zachází stejně s dětmi bez i s postižením. Prakticky to znamená, že sociální pracovníci umísťují děti do institucí až když selže několik pobytů v pěstounské péči. Celá třetina dětí v dětských domovech se tam ocitla poté, co vystřídaly pět a více pěstounských rodin (Boddy 2013).

„Měli jsme v pěstounské péči sedmiletého chlapce s postižením, který byl odebrán matce alkoholičce. Ten chlapec vystřídala šest pěstounských rodin, protože jeho chování bylo neobyčejně náročné. Souviselo to s tím, že nerozuměl tomu, proč nemůže být se svou matkou. Jeho matka si jej přitom nemohla vzít zpět domů. Nakonec skončil v pobytové službě. Pamatuji si to právě proto, že šlo o neobvyklý případ. Většina lidí malé děti v tomto věku ještě docela dobře zvládá“ (*rozhovor, nezávislý hodnotitel péče*).

Jak připomínají Kendrick et al. (2007), dnešní zmenšené a „druhořadé“ rezidenční služby jsou poměrně rozmanitým sektorem. V rezidenčních službách je většina dětí s postižením umístěna ve speciálních vzdělávacích zařízeních, jako jsou internátní školy, nebo ve zdravotních službách pro děti se závažným zdravotním postižením. Jinou kategorií jsou dětské domovy (*childrens homes*), které se dále dělí na tři kategorie: dětské domovy jako takové, internátní zařízení při speciálních školách a ubytovací zařízení pro zadržené nebo odsouzené děti. Většina dětských domovů jsou v současnosti malá zařízení pro šest až osm dětí. Žije v nich celkově asi 6 300 dětí a mladých lidí, většinou bez postižení, tj. přibližně 9 % dětí v péči. Pro srovnání, v roce 1978 v dětských domovech žilo 32 % dětí v péči (O'Hara 2015). Ještě před deseti lety tvořila populace dětí v pobytové péči přes 12 % všech dětí v péči (Kendrick et al. 2007). U 81 % dětí přitom nepřesáhnou pobyty v rezidenční péči jeden rok (Hart et al. 2015). Více než polovinu rezidenčních služeb provozuje neziskový a soukromý (tzv. „nezávislý“) sektor, zbytek jsou dětské domovy zřizované obcemi. Třetina obcí v Anglii přitom dětské domovy už neprovozuje vůbec a nakupuje tyto služby od „nezávislých“ poskytovatelů (O'Hara 2015).

Stalker (2007) sestavila přehled dvou různě vykazovaných kategorií – dětí s postižením „v péči“ v rezidenčních službách a dětí s postižením v rezidenčních službách (tedy těch, které nejsou vedené jako „dětí v péči“). V roce 2002, za který měla autorka dostupná data, bylo v Anglii „v péči“ v rezidenčních službách 1 320 dětí s postižením, z toho 620 v dětských domovech, 595 v internátních školách a zbytek v nejrůznějších zařízeních, která podle ní neodpovídala potřebám dětí (jako například rezidenční služby pro dospělé, zdravotní zařízení nebo vazební věznice). Vedle toho bylo ve stejném období ve speciálních internátních školách kolem deseti a půl tisíce dětí s postižením – více než třetina z nich celoročně, tři čtvrtiny byly umístěny ve více než stovce tzv. „nezávislých“ školních zařízeních.

Postavení rezidenční péče jako „nejzazší“ varianty potvrzuje také výzkum. Podle zjištění Hart et al. (2015: 57), „v Anglii nebývají děti do rezidenčních služeb umísťované na základě robustního vyhodnocení potřeb, po kterém následuje párování s nejvhodnějším typem péče. Většinou na ně čeká stará dobrá ústavní služba, do které se dostanou proto, že všechno ostatní selhalo“. Díky politice péče, která preferuje neústavní služby, „také neočekáváme, že rezidenční služby budou děti [dlouhodobě] vychovávat. Pobyty dětí jsou chápány jako dočasné. Z toho plyne nejistota, nakolik je instituce dětského domova doopravdy „domovem“ a jak by se v jejím rámci měli profesionálové k dětem vztahovat“ (ibid.). Tato praxe umísťování do náhradní nerodinné péče také znamená, že běžným uživatelem dětských domovů jsou spíše starší děti a mladí dospělí s komplexními duševními, emočními potřebami a tzv. „problémovým“ chováním. Podle údajů Stalker (2007) byl průměrný věk v době umístění mezi 10 a 15 lety. Podobný údaj o deset let později uvádí také Thoburn (2016), podle níž byl průměrný věk při umístění do dětských domovů 14,7 let. Domovy nejsou speciálně určené pro děti s postižením. Přesto podle Alison O’Sullivan, ředitelky Asociace ředitelů dětských domovů, má přes 60 % umístěných dětí závažné a dlouhodobé psychiatrické potíže a téměř 40 % má speciální vzdělávací potřeby. Značná část je také v trestním řízení.

Tyto trendy se potvrdily například ve studii June Thoburn (2016), která sledovala trajektorie dětí v rezidenční péči na příkladu neziskové organizace, jež provozuje šest malých dětských domovů. Také v tomto případě se většina sledovaných dětí do pobytové služby dostala ve starším věku (10 let a starší). Hlavní podmínkou pro přijetí byl předpoklad, že se dítě již nevrátí do biologické rodiny a stávající pěstounská péče musela být vyhodnocena jako nedostačující. Během osmnácti let provozu bylo do skupiny domovů umístěno 108 dětí, opustilo je 82 dětí. Některé byly do péče umístěny v rámci sociálně-právní ochrany, jiné tam byly „dobrovolně“ – bylo jim nabídnuto ubytování v rámci paragrafu 20 zákona o dítěti. Ty se také mohly rozhodnout odejít po dosažení 16 let. Tato podskupina ale patřila mezi ty nejzranitelnější – mladí lidé často z pobytové služby odcházeli do nejistých podmínek dočasného bydlení na ubytovnách. Thoburn v rezidenčních službách rozlišila dvě skupiny dětí: první skupinou byly děti – a ve vzorku jich byla nadpoloviční část –, které se do péče státu (v pěstounských domácnostech) původně dostaly v mladším věku většinou kvůli zanedbávání, v menší míře kvůli týrání. Autorka vycházela z toho, že většina dětí v systému sociálně-právní ochrany se buď vrátí domů, je adoptovaná, nebo žije dlouhodobě v pěstounských rodinách. V době umístění mimo původní rodinu tak byly dětem v této skupině v průměru čtyři roky. Druhou skupinu tvořily děti, které se do péče státu dostaly v pozdním dětství a adolescenci. Přestože i děti v této skupině měly často zkušenost se zanedbáváním a zneužíváním, hlavním důvodem pro umístění mimo rodinu byly závažné problémy ve vztazích mezi rodiči a dětmi a „problémové“ chování ve škole stejně jako doma (jako například útoky z domova, pokusy o sebevraždu, sebepoškozování, užívání návykových látek, násilí a trestná činnost). Jestliže pro trajektorie dětí v první skupině byl typický vstup do péče státu na základě soudního řízení a vydání příkazu k zajištění péče obcí, u druhé

skupiny to bylo na žádost rodičů, kteří cítili, že rodičovskou péčí nevládají (děti se do péče státu dostávaly s použitím paragrafu 20). Většina dětí, které se do péče státu dostaly již jako malé, měla zkušenost se střídáním pěstounských rodin. Počet přesunů mezi pěstouny byl ale o něco nižší, než udávají kazuistiky vybraných dětí v rezidenční péči (medián byly 3 přesuny). U většiny dětí v této skupině autorka identifikovala nejméně jeden neúspěšný pokus o trvalé umístění v náhradní rodinné péči (tedy u adoptivních rodin nebo dlouhodobých pěstounů). Na ně obvykle navazovaly krátkodobé pobyty v dětském domově nebo u jiných pěstounů, vystřídané dlouhodobým pobytem v dětském domově. Šest dětí ze sledované kohorty mělo také zkušenost s neúspěšným umístěním k adopci (Thoburn 2016).

Asociace ředitelů dětských domovů, ale i některé národní koncepce a výzkumy se přitom vrací k otázce, jak propojit fungování rezidenčních služeb s ostatními sektory péče do jednoho pozitivního rámce (Kendrick et al. 2007). Mají za to, že není udržitelné využívat pobytových služeb pro nejzranitelnější uživatele s komplexními potřebami a přitom o těchto službách uvažovat negativně jako o „poslední možnosti“. Takový přístup je pro pracovníky demotivující a promítá se nepříznivě v kvalitě péče (Stalker 2007). Požadavky na to, aby umístění do rezidenčních služeb bylo definované ve specifických případech jako příležitost pro dobrou péči, existují od 90. let. Zazněly ve jménu zlepšení kvality rezidenčních služeb, které systém stejně i nadále využívá (Russell 1995). Podle Asociace ředitelů dětských domovů se samy rezidenční služby posouvají směrem k větší specializaci a snaze nabízet pro děti s komplexními potřebami, které v jejich službách končí, „intenzivní terapeutickou podporu, kterou tyto děti potřebují“ (O’Hara 2015).

2.4 Sociálně-právní ochrana dětí s postižením

2.4.1 Jednotný proces ochrany ohrožených dětí

Proces sociálně-právní ochrany je v Anglii jednotný pro děti s postižením i bez postižení. Děti s postižením se v jeho rámci dostávají do péče stejnou cestou a ze stejných důvodů jako děti bez postižení: totiž kvůli nemožnosti rodiny řádně se o dítě postarat, kvůli týrání a zanedbávání, alkoholismu, domácímu násilí nebo duševní nemoci, která rodičům znemožňuje péči o děti. V případě sociálně-právní ochrany dětí s postižením přitom podle Stalker a McArthur (2012) v Británii neexistuje dostatek autoritativních studií, které by dobře popsaly rizikové faktory spojené s ohrožením dětí s postižením ani efektivitu celého systému ochrany této skupiny.

Z hlediska sociálně-právní ochrany je důležitá nadřazená kategorie „ohroženého dítěte“ – a spolu s ní také důraz na *riziko* zneužívání a zanedbávání. Riziko zneužívání a zanedbávání je hlavním rámcem rozhodování o budoucnosti ohroženého dítěte. Nejistoty spojené s rozhodováním o nejlepším zájmu dítěte a prvotní snaha o „rehabilitaci“ rodiny vedou často

k prodlevám. Mnoho dětí se tak do péče dostane až po letech práce sociálních pracovníků s rodinami (NSPCC 2014).

Zneužívání je definované jako

„jakékoliv jednání jinou osobou, dospělým či dítětem, které dítěti způsobí závažnou újmu. Zneužívání může být fyzické, sexuální nebo psychické, ale může být také způsobené nedostatkem lásky, péče a pozornosti. Zanedbávání v jakékoliv formě poškozují dítě stejným způsobem jako fyzické zneužívání“ (viz <https://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-abuse-and-neglect/>).

Mezi rozpoznávací znaky anglického systému patří především rozšířená praxe umístování dětí mimo rizikové prostředí rodiny *proti* vůli rodičů. Tato praxe, která svou mírou využívání vyděluje anglickou sociálně-právní ochranu od ostatních evropských systémů, má základ v proměnách systému v sedmdesátých letech 20. století. Právní nástroje na umístění dítěte mimo rodinu existovaly již dávno, používané byly ale málokdy, a to i v případech velmi špatného rodičovství (Morgan 1998: 48). Pravomoci i kompetence sociálních pracovníků mezitím posílily kvůli skandálům spojeným s týráním a zanedbáváním dětí a vývoji legislativy, který se k nim odvolával. Výsledky vyšetřovacích komisí přinášely často obsáhlé návrhy systémových změn (Butler a Drakeford 2005). V 70. letech byl například široce medializovaný případ zavražděné osmileté Marie Colwell. Vyšetřovací komise tehdy dospěla k závěru, že Mariině smrti se dalo předejít, a navrhla změny v kompetencích sociální práce a komunikace mezi institucemi sociální péče a soudů. Podobný efekt měl o dvacet let později případ vraždy Victorie Climbié (Laming 2003). Následné změny v systému ochrany měly zajistit lepší komunikaci mezi službami a posílit kompetence profesionálů v hodnocení rizik a efektivitu intervencí v rodinách. Typickým efektem každého takového skandálu byl tlak na včasnější umístování dětí mimo rizikové prostředí rodiny. Jiným dopadem skandálů, tentokrát spojeným s kvalitou rezidenčních služeb (například Waterhousova zpráva o zneužívání dětí v domovech ve Walesu), bylo zavedení národních standardů kvality služeb v roce 2002. Inspekci kvality vykonávala nejprve Komise pro inspekci sociální péče, později Ofsted, který dnes kontroluje všechny sektory sociálních a vzdělávacích služeb.

„S ohledem na nejlepší zájem dítěte – jako pracovník sociálně-právní ochrany – máte samosebou podporovat kontakt dítěte s původní rodinou. V posledních letech se ale na základě výzkumu ukazuje, že otázka zní, jestli si rodiny zaslouží udržet s dítětem kontakt. Kontakt podporujeme, pokud to prospívá dítěti. Pokud je to v jeho nejlepším zájmu. Dříve se myslelo, že rodiče mají mít s dítětem kontakt a ten se pak mohl případně upravit. Dnes se musíte zamyslet nad tím, co takový kontakt dítěti přináší. To platí pro sociálně-právní ochranu. U dětí s postižením některé děti nerozumí tomu, proč vlastně musely opustit své rodiče. Vidí je pak třeba jednou, dvakrát za rok.

Dostanou dárek. Musíte najít rovnováhu. A hlavním vodítkem je, zda je to ve prospěch dítěte“ (rozhovor, sociální pracovník).

Trvalým efektem proměny sociálně-právní ochrany jsou také maximální časové rámce, které dnes taktují práci všech aktérů a stmelují jednotlivé kroky sociálně-právní ochrany do pevného procesu. Tlak na minimalizaci prodlev v rozhodování je ukotvený v logice nejlepšího zájmu dítěte a má vést ke snížení rizik pro ohrožené děti.

2.4.2 Řízení o péči

Děti s postižením se v rámci sociálně-právní ochrany dostanou mimo původní rodinu v případech, kdy profesionálové vyhodnotí v jejich životní situaci riziko závažné újmy a rozhodnou, že pro zajištění bezpečí dítěte je nutné umístit je mimo biologickou rodinu. V trajektorii ohroženého dítěte je přitom práce s rodinou, tzv. „rehabilitace“, první volbou sociální práce. Od nabytí platnosti zákona o dítěti z roku 1989 je umístění mimo rodinu možné soudním rozhodnutím v rámci tzv. „řízení o péči“ (*care proceedings*). Pokud míra rizika nevyžaduje okamžitou soudní intervenci, bývá „řízení o péči“ zahájeno jen pokud sociální pracovníci dojdou k přesvědčení, že vyčerpali všechny možnosti, jak udržet dítě v rodině. V takovém případě zástupci obce spolu se sociálními pracovníky požádají soud o převzetí dítěte do péče státu. Souhlas soudu zahrnuje mimo jiné také nařízení o převedení rodičovské odpovědnosti na obec. Obec tím získává práva, ale také povinnosti jako například povinnost zajistit odpovídající a bezpečné zázemí, péči a podporu. Mezi nabytá práva patří právo rozhodovat o tom, kdo se bude o dítě starat, kde bude dítě žít a jakým způsobem se bude vzdělávat.

„Řízení o péči“ většinou probíhají u rodinných soudů. Pouze komplikovanější případy se mohou dostat k nejvyššímu soudu. Soud také určí zástupce dítěte (*guardian*), který nese odpovědnost za nejlepší zájmy dítěte. Starší děti a mladí dospělí, které soud uzná jako dostatečně vyzrálé, mají možnost určit si vlastního právního zástupce, který bude hájit jejich přání. Úkolem sociálních pracovníků je připravit plán péče, který soudu umožní rozhodnout o budoucnosti dítěte.

Tabulka 4 Hlavní typy soudních příkazů využívaných v sociálně-právní ochraně dítěte

Příkaz k ochraně v bezprostředním ohrožení (<i>Emergency Protection Order</i>)	O příkaz k ochraně v bezprostředním ohrožení může obec požádat soud tehdy, kdy je dítě potřeba okamžitě chránit. Příkaz umožňuje obci umístit dítě mimo rodinu na osm dní s možností prodloužení na patnáct dní. Příkaz může také specifikovat míru kontaktu s původní rodinou včetně zákazu kontaktu. Může také umožnit lékařské vyšetření a léčbu.
Příkaz k vyhodnocení situace dítěte (<i>Child Assessment Order</i>)	Pokud dítěti nehrozí bezprostřední ohrožení, ale profesionálové mají doklady o možném ohrožení dítěte nebo o tom, že rodiče s nimi odmítají spolupracovat, může obec požádat soud o příkaz k vyhodnocení situace. Používá se pro nařízení neodkladného lékařského nebo psychiatrického vyšetření dítěte. Platí sedm dní a dítě nemusí být umístěno mimo domov.
Příkaz k předběžnému zajištění péče (<i>Interim Care Order</i>)	Příkaz k předběžnému zajištění péče se často využívá v návaznosti na příkaz k ochraně v bezprostředním ohrožení. Příjemce (obec) jím získává více času, aby mohl provést vyhodnocení situace. Jeho platnost nesmí přesáhnout osm týdnů.
Příkaz k (trvalému) zajištění péče (<i>Care Order</i>)	Příkaz k (trvalému) zajištění péče se vydává k ochraně dítěte před týráním, zneužíváním a zanedbáním. Je jím na obec převedena rodičovská odpovědnost, kterou sdílí s rodiči. Povinností obce je pak zajistit dítěti bydlení a péči. Příkaz k zajištění péče může určit, kdo a jak se s dítětem smí setkávat. Pokud by kontakt s rodinou znamenal pro dítě újmu nebo by nebyl v jeho nejlepším zájmu, může jej soud zakázat. Pokud nedojde k pozměňujícímu rozhodnutí soudu, příkaz k zajištění péče platí do dospělosti dítěte.

Důležitou technologií koordinace péče a rozhodování o péči je v současném anglickém systému plánování péče (*care planning*). Plánování péče je červenou nití sociálně-právní ochrany. Každé dítě, které se dostane do péče státu, musí mít „plán trvalé péče“ (*permanency plan*) – tedy plán péče, který vyhodnocuje možnosti a stanovuje priority s ohledem na zajištění trvalého zázemí dítěte (Triseliotis 1991). Plány péče mapují situaci a potřeby dětí v oblasti zdraví, vzdělání, sociálních vztahů a dalších oblastí a definují podporu potřebnou k naplnění těchto potřeb. Takový plán se projednává na setkáních profesionálů, z něj vychází rozhodování soudů (Schofield et al. 2012).

Některé zejména malé děti mohou podle sociálních pracovníků také svou dráhu v péči začít jako ohrožené děti bez jasně definované kategorie potřeb podpory a postižení, a až po čase získat diagnózu a „stát se“ dětmi s postižením:

„Kolikrát se nám stalo, že dítě bylo nejprve umístěné jednoduše jako ohrožené dítě. To, že je postižené, jsme zjistili až poté, co se více usadilo a my s ním začali více pracovat a dostali jsme se přes počáteční problémy spojené s vazbou. V takovém případě dítě dostane sociálního pracovníka z týmu služeb pro děti s postižením

a pěstouni dítě buď zvládnou s podporou, jakou dostávají pěstouni s dětmi s postižením, nebo musíme hledat jinou domácnost. I v takových případech hledáme nejprve domácí prostředí. Takovým případem bylo například Dítě B. Zprvu bylo umístěné do pěstounské rodiny jako ohrožené dítě spolu se svým bratrem. Bylo mu tehdy sedm let a jeho biologická rodina děti velmi zanedbávala. Kvůli tomu jsme také vůbec netušili, že Dítě B má postižení. Nevyvinutou řeč jsme připisovali tomu, že s ním nikdo nemluvil. Po nějaké době se ale jasně ukázalo, že jeho potřeby jsou obrovské. Vlastně vůbec nezvládal přítomnost dalších dětí. Je stále u dlouhodobých pěstounů, kteří jsou velmi zkušení. Mohou mít ve své domácnosti až tři děti v péči. Chceme ale, aby Dítě B dobře pobyt snášelo, a tak platíme za to, aby si pěstounská rodina nebrala další děti a mohla se starat jen o Dítě B“ (*rozhovor, vedoucí týmu sociálních pracovníků*).

2.4.3 Riziko nedostatečné ochrany dětí s postižením

Cooke a Standen (2002) si všimli, že počet dětí s postižením v databázi ohrožených dětí ve Spojeném království je nižší, než by očekávali vzhledem k počtu dětí s postižením v běžné populaci. Usuzují z toho, že existuje „značné množství“ případů zneužívání dětí s postižením, které sociální pracovníci neidentifikovali. Na problémy sociálně-právní ochrany v rodinách s dětmi s postižením se zaměřil také hlavní kontrolní úřad pro oblast vzdělávání a sociální péče – Ofsted. Zpráva, kterou Ofsted vydal v roce 2012 (Ofsted 2012), analyzovala záznamy sociálních pracovníků o 170 dětech s postižením ve dvanácti regionech země a upozornila na nedostatečnou pozornost sociálních pracovníků vůči riziku ohrožení dětí s postižením. Podle autorů děti s postižením propadávají podpůrnou sítí častěji než děti bez postižení a jedním z důvodů je, že profesionálové se často zaměřují na to, aby poskytli podporu rodičům, a nevímají si přitom dostatečně pozorně rizik, která se týkají samotných dětí. Zpráva zjistila, že první známky problémů jsou v mnoha případech identifikované včas. V některých případech si jich ale sociální pracovníci nevšimli. Například u jednoho dítěte s autismem příslušný OSPOD dlouhodobě opomíjel známky zanedbávání a situaci začal řešit až po nahlášení sexuálního zneužívání sourozence. Zpráva zmiňuje také případ, kdy sociální pracovníci sice zjistili, že nový partner matky dítěte s postižením měl násilnou minulost, nezahájili ale okamžitě proces vyhodnocení rizik. Rizikem se začali zabývat až po sedmi měsících, a to na základě hlášení o domácím násilí v rodině. Podle zástupce vrchního inspektora Ofstedu „může v některých případech důraz na podporu rodin vést k oslabení pozornosti vůči potřebám ohrožených dětí“ (Bingham 2012). Existují podle něj případy, kdy si profesionálové negativních dopadů špatného rodičovství nevšimli a z toho důvodu ztratili ze zřetele zájmy samotného dítěte. Zpráva podle něj ukázala, „nakolik je potřeba, aby všechny zúčastněné organizace byly pozornější vůči rizikům zneužívání u dětí s postižením, aby spolu lépe a úžeji spolupracovaly a předávaly si informace“ (Bingham 2012).

Kromě soustředění se na podporu rodiny mohou být také sociální pracovníci k rodičům dětí s postižením benevolentnější. Vědí totiž, že děti s postižením mají méně sociálních vztahů a rodina je v jejich životech klíčovým zdrojem praktické a emoční podpory, vědí také, jak může být péče o děti s postižením obtížná (Russell 1995: 104). Spíše tak mohou přecházet jednání, které by v jiných rodinách identifikovali jako nepřijatelné. Těchto rizik spolu s proporcčně nižším zastoupením dětí s postižením v systému sociálně-právní ochrany si nevěšmají jen výzkumníci a inspektoráty. Stejně téma se objevilo také v rozhovorech se sociálními pracovníky na obcích:

„Minulý rok jsme měli inspekci, a když jsme se na ni připravovali, všimli jsme si, že mezi dětmi přijatými do péče z důvodu zanedbávání měly plán ochrany dítěte (*child protection plan*) pouze dvě děti s postižením. Bylo to pro nás překvapivé zjištění. Ptali jsme se sami sebe, jak to, že máme tak málo dětí s postižením v systému sociálně-právní ochrany? Tak trochu nás to nutilo ptát se na vlastní praxi. Jednou odpovědí může být, že máme dobrý tým, který pracuje s dětmi s postižením a jeho pracovníci tím, jak s rodinami pracují dlouhodobě, problémy včas řeší. Tím pádem se ty děti nedostanou do týmu SPOD (*child protection team*) tak často. Takové vysvětlení je ale validní jen zčásti, protože je jisté, že tam venku jsou děti s postižením, které potřebují sociálně-právní ochranu. Tak jsme se dostali k otázce, jestli opravdu náš OSPOD zajišťuje tu nejlepší možnou ochranu a zda bychom neměli dělat víc. V návaznosti na to jsme přezkoumali dva případy „potřebných“ dětí s postižením, kterým jsme zajišťovali podporu doma, a dospěli k názoru, že je třeba uspořádat případovou konferenci – obě již mají plán ochrany dítěte“ (*rozhovor, sociální pracovníce*).

Britská asociace sociálních pracovníků přitom upozornila na možné prohloubení problému v souvislosti s pokračující politikou škrťů ve veřejných rozpočtech a zejména se škrty v dávkových systémech, které se dotýkají desítek tisíc rodin s dětmi s postižením. Škrty mohou podle asociace vést k vyšší míře zanedbávání a zneužívání, způsobené vyšší hladinou stresu a chudoby v rodinách (Bingham 2012).

2.4.4 Dvě cesty k „trvalosti“: adopce a/nebo pěstounství

Od sedmdesátých let 20. století se spolu s příklonem k náhradní rodinné péči stalo (dlouhodobé) pěstounství spolu s osvojením základními nástroji sociální práce, která je využívá k řešení situace ohrožených dětí (Baker 2007). Podle Reny Phillips (1998) se ale adopce a pěstounství začaly ve větší míře využívat jako nástroje dosažení trvalého umístění dětí s postižením až na konci 90. let – až poté, co současně posílila praxe umísťování dětí do péče státu bez souhlasu rodičů, proměnily se představy profesionálů o tom, jaké děti jsou osvojitelné (srov. Kocman a Paleček 2016), nebo posílily kapacity různých forem pěstounské péče. To přitom neznamená, že překážky úspěšné náhradní rodinné péči neexistují dodnes.

Každopádně nastolení otázky „trvalosti“ (*permanence*) v péči o děti umístěné mimo rodinu bylo důležitým milníkem ve vývoji sociálně-právní ochrany. Koncept „trvalosti“ se objevil v USA jako reakce na potíže sociálních pracovníků při zajišťování stabilního rodinného prostředí pro děti umístované mimo biologickou rodinu (Emlen et al. 1977). Kolem něj se začala formovat nová dovednost – plánování péče s ohledem na trvalost. „Mělo pomoci dětem žít v takové rodině, která nabízí kontinuitu vztahu s rodiči nebo pečujícími a šanci budovat vztahy na celý život“ (Maluccio a Fein 1983: 197). Po vzoru USA (Rowe a Lambert 1973, Maluccio et al. 1986) se nový rámec rychle stal normou také v britské sociálně-právní ochraně dítěte. Od 80. let patří „trvalost“ mezi klíčové principy sociální práce s ohroženými dětmi – včetně dětí s postižením (Schofield et al. 2012). Zahrnuje budování silných a stabilních rodinných vazeb, stabilní domácí zázemí a vyjasnění právních rámců situace dítěte (Fostering Network 2014). Praktické i právní definice trvalosti měly svou vývojovou trajektorii. Někteří autoři chápou trvalost jako „mít rodinu na celý život“ (Sinclair et al. 2007). Jiní v termínu trvalosti akcentují pocit náleženosti (*belonging*) a propojení (Schofield et al. 2012). Nedávná metodika plánování péče ministerstva školství definuje trvalost jako snahu „zajistit dítěti bezpečnou, stabilní a milující rodinu, která je bude podporovat do dospělosti a dále“ (DfE 2010: 12). Tato dnes obecně sdílená definice trvalosti zahrnuje emocionální, hmotnou i právní složku, kde „emocionální trvalost (*attachment*), fyzická trvalost (stabilita) a právní trvalost (pečující osoba má za dítě rodičovskou odpovědnost) dohromady zajišťují dítěti pocit jistoty, kontinuitu, závazek a identitu“ (DfE 2010: 2.3). Jinými slovy, jádrem úsilí o zajištění trvalosti je kvalita a dlouhodobost vztahů, které mají děti s pečujícími, bez ohledu na typ prostředí (The Care Inquiry 2013).

Koncept „trvalosti“ se jako horizont profesionální péče o dítě rozšířil mimo anglosaské systémy sociální práce a sociální péče. Objevuje se mimo jiné v kontinentální Evropě. V Norsku se například používá jako etický princip v sociální práci, ale bez ukotvení v národní politice a metodickém vedení, jako je tomu v Anglii (Skivenes a Thoburn 2016). Zdůrazňuje se tu opět stabilita životní situace dítěte coby základní předpoklad k tomu, aby dítě mohlo navázat a rozvinout vztahy s ostatními. Takový proces může být dlouhý zejména u dětí, jejichž dřívější vztahy byly plné násilí a nepřátelství (Boddy 2013). Pro anglický (a americký) systém sociálně-právní ochrany je ale specifické právě to, že ve snaze o dosažení trvalého řešení budoucnosti dětí uvažuje jedním dechem o rehabilitaci rodiny a možnostech života dítěte *mimo* původní biologickou rodinu (Thoburn 2010, Schofield et al. 2012). Již od 70. let si totiž ochrana dítěte uvědomuje, že snaha o sanaci a udržení rodiny může někdy více nadržovat potřebám rodičů na úkor zájmů dítěte. Proto došlo k posílení postavení třetí strany – státu, resp. obce –, která po splnění určitých předpokladů stanovených v zákoně o dítěti z roku 1989 může získat právo umístit týrané a zanedbávané dítě mimo rodinu.

Od roku 2010 je součástí aktualizované metodiky plánování péče i tzv. plán trvalého řešení budoucnosti dítěte (*permanence plan*). Metodika vypočítává způsoby, jak trvalosti dosáhnout a opakuje jistou hierarchii možností (Boddy 2013):

- úspěšný návrat do biologické rodiny;
- širší rodina a přátelé (včetně využití poručnictví);
- dlouhodobá pěstounská péče, kdy se předpokládá, že dítě zůstane u pěstounů do dospělosti;
- osvojení dítěte, které se nemůže vrátit do biologické rodiny ani zůstat v širší rodině.

Spolu s paletou nástrojů na dosažení trvalosti se stalo dobrou praxí také tzv. „paralelní plánování“ (*parallel planning*), které zahrnuje realistické možnosti z uvedených variant.

„Pokud jde o dosahování trvalosti, existuje velmi jasný proces. Každé dítě v péči státu musí mít hotové vyhodnocení situace a potřeb (*review*) během prvních čtyř týdnů od umístění do péče. Pokud jde o dítě s postižením, bude už v kontaktu se sociálním pracovníkem z týmu pro děti s postižením, který s ním pracoval v rodině. Ten může podle situace navrhnout rehabilitaci rodiny. Za další tři měsíce musí být druhé vyhodnocovací setkání a jeho součástí už musí být plán trvalého řešení budoucnosti dítěte (*permanency plan*). Těmi možnostmi jsou rehabilitace, dobrovolné rozhodnutí rodiny, aby dítě zůstalo v péči v rámci paragrafu 20 (zajištění bydlení), nebo zahájení řízení o péči (*care proceedings*), ve kterém žádáme soud o příkaz k zajištění péče v rámci paragrafu 31. Pokud se sociální pracovník dál snaží o rehabilitaci, musí mít promyšlené a jasně stanovené časové rámce: kdy začne návrat dítěte domů, jak bude vypadat podpora v rodině. Každá varianta musí být dobře naplánovaná a musí být doplněná o dostatečné zdroje podpory“ (*rozhovor, nezávislý hodnotitel péče*).

„První volbou je, aby dítě zůstalo nebo se mohlo vrátit k biologické rodině. Pokud to není možné, díváme se na možnosti v rámci širší rodiny a přátel. Pak se teprve rozhodujeme mezi pěstounstvím a adopcí“ (*rozhovor, sociální pracovnice*).

V dnešní době tedy představuje „trvalost“ sjednocující rámeček sociální práce s dětmi a rodinami, který prostupuje rozhodování od nabídky podpory rodinám po rozhodování o adopci. Z pohledu obcí může právní trvalost zajistit jak rozhodnutí o adopci, tak i příkaz k zajištění péče, který obci umožní umístit dítě do dlouhodobého pěstounství (Boddy 2013). Podle některých autorů je princip trvalosti možné naplnit pouze pomocí osvojení. Triseliotis et al. (1995) například argumentují tím, že pěstounská péče na rozdíl od adopce v praxi jen obtížně zajistí právní legitimitu a jistotu zázemí. Zastánkyní dlouhodobého pěstounství je například Phillips (1998), podle níž může být v některých případech dlouhodobé pěstounství vhodnější variantou než osvojení – zejména tehdy, pokud biologická rodina sice nemůže z různých důvodů vykonávat každodenní péči, ale zůstává i nadále aktivní součástí života dítěte.

Sociální pracovníci chápou adopci jako vhodnější nástroj k zajištění trvalých sociálních vazeb zejména u malých dětí. Dlouhodobé pěstounství spojují s rizikem stěhování dětí mezi pěstounskými domácnostmi, a tím i s větší nestabilitou. Praxe se ustálila na přibližné dělbě:

u malých a mladších dětí do pěti let se usiluje o osvojení, které se přitom nemusí podařit – třeba právě kvůli tomu, že je těžké najít vhodné adoptivní rodiče, kteří by poskytli dobré zázemí pro dítě s komplexními potřebami podpory. U starších dětí se volí cesta pěstounství (Kocman a Paleček 2016). Takovou dělbou potvrzují nejen sociální pracovníci v rozhovorech, ale i výstupy národních organizací, jako je The Fostering Network. Podle nich

„může být stabilní, dlouhodobá pěstounská péče nejlepší možností zejména pro děti, které nemohou zůstat s biologickou rodinou nebo které není možné umístit, ať už formálně, či neformálně, v rámci širší rodiny. Pro menší počet především malých dětí je preferovanou možností adopce. Osvojení může být přitom vhodné i pro starší děti. Pro malý počet starších dětí, které nemohou žít v žádné formě rodinné péče, nebo které si to nepřejí, může být nejvhodnějším prostředím rezidenční péče“ (Fostering Network 2014: 7).

S rozvojem náhradní rodinné péče se přitom objevil obecný trend, který se týká jak adopce, tak i pěstounství: s rostoucím počtem dětí, které byly dříve chápané jako „neumístitelné“ mimo rezidenční služby, se výrazně zvýšily nároky na pěstouny i adoptivní rodiče. Očekává se od nich vysoká kvalita péče o ty nejzranitelnější děti ve společnosti, které mají vysoké emoční a vývojové potřeby, bývají vylučované ze vzdělávání i ze společnosti (Phillips 1998: 159).

2.5 Pěstounská péče

2.5.1 Současný rámec pěstounské péče

Pěstounská péče se jako alternativa k rezidenční péči v Anglii rozvíjí od sedmdesátých let 20. století a dnes je dominantní formou náhradní péče o *ohrožené* děti. Všechny složky systému sociálně-právní ochrany, od sociálních pracovníků po soudy, během několika desetiletí plně akceptovaly náhradní rodinnou péči jako umístění první volby. Ustálilo se přesvědčení, že pěstounství je citlivější a intenzivnější forma péče, která je současně levnější. Počet dětí v pobytových službách se tak postupně výrazně snížil. Počet dětí v rezidenční péči je kolem deseti procent všech dětí v péči, zatímco v pěstounské péči jich je téměř osmdesát procent (Sellick 2011). V pěstounských rodinách v letech 2016–2017 žilo 53 420 dětí, tedy téměř čtyři pětiny (78 %) z 68 300 dětí v péči státu (DfE 2016).

Ochrana dětí a vyhodnocování a schvalování pěstounů jsou upravené zejména následujícími legislativními nástroji:

- *Zákon o dítěti z roku 1989, Metodiky a nařízení, sv. 4, služby pěstounské péče (2011).* Toto je primární nástroj, který stanovuje rámce pro práci s dětmi v péči a pěstounství.

Poslední úprava v roce 2011 nahradila třetí vydání souboru metodik o umístění v rodinách z roku 1991.

- *Zákon o standardech péče z roku 2000* nastavil regulační a inspekční rámec a zavedl národní minimální standardy.
- *Zákon o adopci a dětech z roku 2002*.
- *Zákon o dítěti z roku 2004* obcím uložil povinnost zajišťovat pro děti v péči dostatečné příležitosti vzdělání.
- *Zákon o dítěti a mladých lidech z roku 2008*.

Specifické požadavky, které se týkají například umístění dítěte mimo původní rodinu, jsou obsažené v těchto zákonných nařízeních:

- *Zákon o dítěti z roku 1989, Metodiky a nařízení, sv. 2, plánování péče, umístění dítěte a vyhodnocení péče (2015)* obsahuje oddíl o delegování rozhodovacích pravomocí pěstounům.
- *Nařízení o službách pěstounské péče* bylo v posledních letech upravováno hned několikrát – v letech 2002, 2011 a 2015.
- *Nařízení o plánování péče, umístění dítěte a vyhodnocení péče a pěstounské péči (dodatek, 2015)* definuje, jak mají vypadat individuální plány a plány umístění dítěte mimo původní rodinu, jak má probíhat rozhodování o umístění mimo rodinu a průběžné monitorování a vyhodnocování péče. Tento předpis doplňuje nařízení vydaná v roce 2010.
- *Nařízení o zajištění nezávislého vyhodnocení, adopce a pěstounství (2009)* rozšířilo požadavek na zajištění nezávislého vyhodnocení péče – Independent Review Mechanism (IRM) také na pěstounskou péči.
- *Vyhodnocení a schvalování pěstounů: dodatek k zákonu o dítěti z roku 1989, Metodiky a nařízení, sv. 4 (2013)* je poslední úpravou postupu při vyhodnocování a schvalování pěstounů. Obsahuje metodiku ke stanovení maximálního počtu dětí v pěstounské domácnosti, zbavení pěstounů oprávnění vykonávat pěstounskou péči a metodiku k postupu nezávislého vyhodnocení péče.

Důležitý rámec poskytují také *Národní minimální standardy*, které upravují nastavení toho, jak má být pěstounská péče poskytována, jak mají být pěstouni posuzováni a jakou podporu mají dostávat od ostatních složek systému. Za jejich pravidelnou aktualizaci je podle zákona o standardech odpovědný ministr školství. Ofsted využívá nařízení a standardy při inspekci poskytovatelů pěstounských služeb – tedy oddělení na obecních úřadech a tzv. nezávislých agentur, které pěstouny zajišťují. Poskytovatelé využívají standardy k sebehodnocení a k vytvoření zázemí pro zaučování a další vzdělávání zaměstnanců. Standardy ale také mohou sloužit rodičům a dětem jako orientační rámec toho, co mají od pěstounské péče očekávat.

Tři typy pěstounské péče

Krátkodobá pěstounská péče: pěstounská domácnost poskytuje péči na kratší dobu, typicky několika týdnů nebo měsíců, zatímco probíhá příprava a plánování dlouhodobého řešení situace dítěte.

Dlouhodobá pěstounská péče: (nebo také **trvalá péče**) nabízí dítěti domácí zázemí mimo původní rodinu až do dospělosti. Nenabízí stejné právní jistoty jako osvojení, ale v mnoha ohledech funguje podobně.

Respitní péče nabízí péči na víkend nebo na pár týdnů a umožňuje, aby si dlouhodobí pěstouni odpočinuli. Využívá se zejména v péči o děti s postižením (DfCSF 2010).

Obecně se má za to, že dlouhodobá, resp. trvalá pěstounská péče je vhodnou formou náhradní péče zejména pro ty děti a mladé lidi, kteří spadají do skupin známých jako „obtížně umístitelné“ k adopci. Sem spadají také děti s komplexními potřebami. Trvalá pěstounská péče je preferovanou formou péče především u těchto skupin:

- **Děti se speciálními potřebami:** Do kategorie speciálních potřeb patří nemoci, zdravotní postižení, potíže v učení, emoční potíže a potíže v chování.
- **Starší děti:** Statistiky napovídají, že zejména děti starší než pět let čekají dlouhou dobu na trvalé řešení své situace pomocí adoptce. Dlouhodobá pěstounská péče (alespoň v principu) nabízí vysokou míru stability. Umožňuje současně pokračování vztahu s biologickou rodinou.
- **Děti z etnických minorit:** Děti pocházející z minorit běžně čekají v péči (na případnou adopci) velmi dlouho. S tím také souvisejí delší čekací lhůty, spojené s nedostatkem vhodných pěstounů. Párování dětí a rodin bývá úspěšnější, pokud dítě i rodina pocházejí ze stejné etnické skupiny.
- **Sourozenecké páry a skupiny:** V dnešní době mají být sourozenci umísťováni do stejné domácnosti. Naplnění tohoto ideálu ale vytváří prodlevy v umístění spojené s nedostatkem vhodných pěstounů. Někdy jsou sourozenci umístěni zvlášť, zejména pokud mají různou míru potřeb a sociální pracovníci nemohou najít vhodnou domácnost pro všechny sourozence.

Odpovědnost za blaho dítěte v péči nese obec v přenesené působnosti, v níž bylo dítě přijaté do péče. Klíčová odpovědnost zůstává obci, ať už je dítě umístěné u „obecních“, nebo „nezávislých“ pěstounů. Obec na pěstouny deleguje část rozhodovacích pravomocí, aby se dětem dostalo co nejpřirozenějšího rámce každodennosti a pěstouni nemuseli kvůli každému rozhodnutí kontaktovat sociální pracovníky. Tato dělba rozhodovací pravomoci je uvedena již v zákoně o dítěti z roku 1989, sv. 2 a 4, který říká, že pouze pokud není stanoveno jinak, má být rozhodovací pravomoc o běžných záležitostech souvisejících se zdravím, vzděláváním,

volným časem a dalšími oblastmi života převedena na pěstouny a uvedena v plánu péče. Každá obec má mít místní metodiku delegování rozhodovacího práva na pěstouny, která je veřejně dostupná.

Dlouhodobá pěstounská péče je rámována napětím mezi ideálem, který říká, že tato forma péče je preferovanou volbou při umisťování dětí z některé z uvedených skupin mimo původní rodinu (tj. včetně dětí s postižením). Na druhé straně sociální pracovníci dobře vědí, že dlouhodobé pěstounství není tak stabilní, jak se o něm uvažuje, a že zajistit plánovanou trvalost v praxi vyžaduje velké úsilí všech aktérů. Zejména pěstouni potřebují dostatek podpory, aby navázali a udrželi pozitivní vztah s dítětem svěřeným do péče (Guishard-Pine et al. 2007).

2.5.2 Vývoj a profesionalizace pěstounství

Počátek pěstounské péče, jak ji známe dnes, se zasazuje do sedmdesátých let 20. století, kdy v hrabství Kent vzniklo několik specializovaných programů pod názvem „Kent Family Placement Scheme“. Programy se zaměřovaly na dospívající mladé lidi s „obtížným“ chováním. Tyto programy se snažily rozšířit hranice domácí péče tím, že zavedly finanční odměny za péči, vzdělávání pěstounů a jejich vedení a podporu týmem sociálních pracovníků. Součástí těchto inovativních programů bylo také sdílení dobré praxe mezi pěstouny a sociálními pracovníky z různých programů (Kirton 2007). Od začátku je tak s rozvojem pěstounské péče spojený proces její profesionalizace – konkrétně poskytování péče za odměnu a soustavné zvyšování odborných znalostí a dovedností, potřebných k výkonu péče. Jedním z důvodů trvajících tlaku na zvyšování kompetencí pěstounů je také poznatek, že do pěstounské péče přicházejí děti „se stále komplexnějšími potřebami a psychologicky zranitelnější“ (Guishard-Pine et al. 2007: 11). Filozofie normalizace a komunitní péče byly v tomto procesu doplněné o koncept finanční odměny a profesionalizace, které měly vést k vyšší kvalitě péče v běžném prostředí (Phillips 1998).

Počáteční odpor pěstounů, pro které profesionalizace znamenala především dohled, se v průběhu 80. let změnil na obecnou podporu profesionálního rámce pěstounství, včetně finanční odměny za práci (Rhodes 1993). Charakteristiky pěstounské péče, vyvinuté ve specializovaných pěstounských programech, začaly být používány jako běžný standard pěstounské péče obecně (Triseliotis et al. 1995). Během 80. let se v souvislosti s nedostatkem pěstounských rodin a chronickým podfinancováním veřejných služeb konzervativními vládami objevily také tzv. „nezávislé“ agentury pěstounské péče. V této době se již náhradní rodinná péče poskytovala pro více než 30 tisíc dětí ročně (Berridge 1997). Do zakládání „nezávislých“ agentur se zapojila také část pěstounů, pro které šlo o způsob, jak se vymanit z toho, co chápali jako nadměrnou kontrolu obecními sociálními pracovníky (Kirton 2007). Růst nezávislého sektoru se zintenzivnil s růstem praxe kontraktování veřejných služeb po nástupu Blairových labouristů v roce 1997. Podobně jako v dalších oblastech sociálních služeb přešla značná část zajištění pěstounské péče z přímého

výkonu obcí na „nezávislé“ poskytovatele, kteří získali pravomoc vyhodnocovat, schvalovat, vzdělávat a supervidovat pěstouny. Za úhradu pak pro obce zajišťují umístění dětí a dětem v péči poskytují další terapeutické a vzdělávací služby. Počet „nezávislých“ poskytovatelů pěstounské péče vzrostl z 60 agentur v roce 1998 na 260 v roce 2005. Ty pak zajišťovaly přibližně 20 % všech umístění v pěstounské péči (CSCI 2006). Na konci labouristické vlády v roce 2010 bylo nezávislých agentur téměř tři sta a zajišťovaly služby pro více než 30 procent dětí v pěstounské péči (Sellick 2011). Sellick (2002) zmiňuje, že k důležitým prvkům nastavení „nezávislého“ sektoru patřily štědré finanční ohodnocení pěstounů a velmi dobrá průběžná podpora – včetně terapeutických služeb, vzdělávání, podpory nabízené i mimo úřední hodiny a bohaté nabídky respitní péče pro pěstouny (Sellick 2002). Podle Kirtona (2007) musely obce, aby se ještě více neochromila jejich schopnost, aktivně provádět nábor nových pěstounů, přijmout většinu prvků řízení pěstounské péče z „nezávislého“ sektoru.

Přes posun směrem k profesionalizaci nebylo na počátku milénia stále finanční odměna pěstounů standardem. Fostering Network dokonce v roce 2007 odhadovala, že až 4 z 10 pěstounů jsou stále neplacenými dobrovolníky (Swain 2007). Limity procesu profesionalizace se objevují také v postavení pěstounů, jejichž práce je veřejností považována za práci s nízkým statusem. Navzdory ujištění o „partnerském“ přístupu mnoho pěstounů hovoří také o tom, že ani sociální pracovníci nepovažují jejich práci za profesionální činnost (Berridge 1997).

Většina pěstounské péče se v 90. letech odehrávala v krátkodobých, krizových pobytech dětí v domácnostech (Berridge 1997). V té době se také ustavila současná praxe, kdy na obcích fungují dedikované týmy sociálních pracovníků, kteří se věnují procesu schvalování a vedení „jejich“ pěstounů. Podle Phillips (1998: 159) byl počet dětí v pěstounské výchově dlouhodobě stabilní – od 60. do 90. let to bylo kolem 34 000 dětí. Třetina z nich měla podle odhadů nějaké znevýhodnění, kam se ale započítávaly děti s emočními problémy a problémy v chování (Berridge 1997). K novějším iniciativám v další profesionalizaci pěstounské péče patří například vládní podpora přijetí modelu „léčebné pěstounské péče“ (*Treatment Foster Care*), která do Anglie přišla z USA, nebo programy intenzivního pěstounství (*Intensive Fostering*) pro potřeby mladistvých lidí ve výkonu trestu (Kirton 2007). Většina dětí je přesto umístěna do běžné (tj. profesionální) pěstounské péče spíše než do specializovaných programů (Phillips 1998). V červenci 2013 vstoupila v platnost nová metodika (*The Care Planning, Placement and Case Review and Fostering Services /Miscellaneous Amendments/ Regulations 2013*), která změnila proces posuzování budoucích pěstounů. Celý postup rozdělila do dvou fází a stanovila maximální časové rámce pro efektivnější rozhodování schvalovacího panelu. Například rozhodnutí o tom, zda budou zájemci o pěstounství vyhodnoceni jako vhodní adepti, musí být v první fázi učiněno nejpozději do deseti dní po shromáždění všech požadovaných materiálů.

2.5.3 Nedostatečné kapacity pěstounské péče

Počty dětí umístěných do pěstounské péče jsou nejvyšší za posledních 30 let. Přesto celý systém trápí nedostatečná kapacita pěstounských domácností. V současné době je v Anglii přibližně 44 625 pěstounských rodin. Podle odhadů organizace Fostering Network chybělo v systému přes sedm a půl tisíce pěstounských domácností (Fostering Network 2014). Podle Brendy Farrell, ředitelky sekce pěstounství a adopce národního neziskového poskytovatele Barnardos, k celkové situaci přispívá i to, že „značná část veřejnosti si dopředu řekne, že pěstounství nezvládne“ (Lyons 2016). Dopředu se takto sami vylučují zejména svobodní lidé bez partnera, lidé, kteří žijí v nájemném bydlení, a lidé z různých minoritních skupin, jako jsou LGBT a etnické minority. Podle Barnardos přitom neexistuje něco jako vhodný typ lidí pro pěstounství. Zájemci ani nemusí být doma na plný úvazek. Je jen potřeba, aby byli flexibilní a mohli být k dispozici, pokud to svěřené dítě bude potřebovat. Především je ale potřeba, aby pěstouni měli zájem o děti (Lyons 2016). Stejně tak mít vlastní děti „samo o sobě není ani dobré, ani špatné“. Pěstounství nemusí být vhodné pouze pro ty zájemce,

„kteří chtějí pohodlný život, protože s sebou přináší celou řadu výzev. Stojíme o zájemce, kteří nabízejí vřelost, empatii a péči a kteří umějí nastavit a dodržovat hranice ve vztazích. Mimo to by měli být odolní a mít výdrž“ (Lyons 2016).

Údaje CoramBAAF uvádějí, že až 90 % zájemců, kteří se dostanou do druhé fáze příprav, také úspěšně projde schvalovacím procesem. Deset procent zájemců si v průběhu příprav buď samo uvědomí, že pěstounství pro ně není, nebo je sociální pracovníci vyhodnotí jako neúspěšné kandidáty. S nedostatkem pěstounů, ochotných a schopných zajistit odpovídající péči, se potýká sociálně-právní ochrana zejména v případech dětí s postižením a komplexními potřebami. Nedostatek kapacity náhradní rodinné péče spíše než neochota pracovníků sociálně-právní ochrany tak vede k tomu, že děti s postižením mohou dlouhodobě zůstat v dočasných podmínkách:

„Máme teď třináctiletou dívku s těžkými potížemi v učení a Rettovým syndromem, která je na vozíku a potřebuje pomoc s osobní hygienou, oblékáním a podobně. Donedávna žila doma s matkou a dvěma sourozenci. Otec zemřel, když jí bylo osm let. Dostávala od nás poměrně hodně podpory, celkem šlo o deset hodin týdně. Asistentky docházely do rodiny čtyři z pěti pracovních dní, od sedmi do devíti, a pak dvě hodiny o víkendu. Každou sobotu navíc dívka navštěvovala herní skupinu. Matka má bipolární poruchu a měla silnou ataku, kdy se nemohla starat o děti. Byl pátek a my jsme zjistili, že matka je na tom velmi špatně. Šli jsme za ní domů. Přiznala, že to nezvládá. Formálně jsme tedy děti neodebrali, šlo o dobrovolné zajištění ubytování. Později jsme museli požádat o příkaz k předběžnému zajištění péče, ale ne na začátku. Bylo potřeba zajistit krizovou respitní službu – což je malá rezidenční služba pro krátkodobé pobyty. Tu jsme našli, a hned po víkendu jsme se obrátili na oddělení pěstounské péče, aby začali pro dívku hledat vhodnou pěstounskou rodinu. Brzy se

ukázalo, že najít někoho pro dítě s její mírou potřeb může trvat dost dlouho. Nejprve hledali mezi pěstouny, které mají na svém seznamu. Pak se obrátili na nezávislé agentury v regionu. Nikoho, kdo by byl ochotný pečovat o dítě s takovou mírou potřeb a měl k tomu upravenou domácnost, ale nenašli. Také prý hraje roli její věk, nevím přesně, jaký je v tom rozdíl, ale zdá se, že pěstouni obecně preferují mladší děti. Takže Dítě A je stále umístěné v krizové respitní službě. Je to již šest měsíců. Její plán vyloučil rehabilitaci. Nemůže se vrátit domů, protože to není bezpečné. Další možností je tedy trvalá pěstounská péče. Ale nejsou vhodní pěstouni. Všichni souhlasí, že tenhle plán je nejlepší. Dívka tak zůstane, kde je, dokud se vhodná domácnost nenajde. Pravidelně chodím za kolegy z oddělení pěstounské péče a ptám se, jestli už někoho našli, a oni mi pokaždé řeknou, že stále nenašli. Prý by někoho možná měli, ale až za čtvrt roku. To znamená, že by v té pobytové službě byla devět měsíců. Jde tu o kontinuitu péče – v rezidenčních službách se střídají zaměstnanci, v domácím prostředí máte jednoho nebo dva pečující. Také v rezidenční službě nedostane stejnou míru emoční a praktické podpory, jako by dostala v pěstounské rodině. Samosebou to není o pracovnících v pobytových službách, ale o organizaci péče, kde máte pracovní rozpisy a lidé se točí. I když jich nemusí být tolik, je to jiné než v pěstounské rodině. A také nemůžu říci, že by byl problém s tím, jak se o dívku starají. Jde především o dlouhodobé řešení a v tom ohledu je umístění do rodiny lepší“ (rozhovor, sociální pracovníce).

Nedostatečná kapacita pěstounské péče přitom není ničím novým. Podle Berridge (1997) se celý systém s tímto problémem potýká vlastně od začátku deinstitucionalizace. Asociace ředitelů sociálních služeb stejně jako tehdejší inspektorát sociální péče v 90. letech upozorňovaly na nedostatek nových pěstounů, nedostatek prostředků na jejich trénink a odbornou a finanční podporu zejména v péči o děti s postižením (Phillips 1998: 160). V roce 1991 proběhlo dotazníkové šetření Národní asociace pro pěstounskou péči (předchůdce dnešní Fostering Network), které se zaměřilo na umísťování dětí s postižením do pěstounských rodin v 69 obcích a 9 nezávislých pěstounských agenturách (Boddy 2013). Autoři také došli k závěru, že mnoho dětí, které by mohly využívat výhod pěstounské péče, zůstávalo v nemocničních zařízeních a rezidenčních službách. Dalším důležitým zjištěním bylo, že většina jak obecních, tak i nezávislých pěstounských agentur neměla dostatek specializovaných pěstounů pro děti s postižením. Jiná studie zjistila, že přestože pěstounská péče již v té době byla první volbou při umísťování ohrožených dětí mimo rodinu, obce mohly umístění u pěstounů zajistit pouze u 20 % dětí do deseti let a u pouhých 3 % starších dětí a mladých dospělých (Waterhouse 1997).

O deset let později labouristický plán zvýšit počet a kvalitu pěstounů obsahoval několik konkrétních kroků: zavést různé stupně pěstounské péče, které by refletovaly míru postižení a potřeb podpory a spolu s tím také odměňování podle dovedností. Tento rámec mělo doplnit nové vzdělávání pěstounů včetně vyšších odborných modulů a povinná

registrace, která by pěstouny postavila na stejnou rovinu jako sociální pracovníky, pro něž v té době začaly registrace také platit. Pěstouni měli být také zahrnuti mezi ostatní pracovníky ve službách pro děti (Kirton 2007). Kritikové namítali, že zavedení různých stupňů pěstounské péče může vést k tomu, že někteří pěstouni budou považováni za druhořadé. Jiní poukazovali na potřebu zachovat obecné pěstounské dovednosti, které zajistí možnost flexibilnějšího umístování dětí (Kirton 2007: 15).

2.5.4 Kazuistika: organizace pěstounské péče v jedné obci

Organizaci pěstounské péče ukazuje dobře konkrétní příklad jedné anglické obce. Její oddělení pro pěstounskou péči je součástí odboru prevence a sociálně-právní ochrany. Oddělení má šest sociálních pracovníků, vedoucího týmu, pracovníka nábora a udržení pěstounů a dvě administrativní pracovnice – celkem deset pracovníků. Pracovníci oddělení mají na starost celou *trajektorii pěstounství*: provádějí nábor zájemců, zajišťují jejich vzdělávání a po umístění dítěte do domácnosti nabízejí pěstounům podporu, aby „mohli poskytovat místním dětem bezpečné a pečující prostředí“ (*rozhovor, vedoucí týmu adopce a pěstounství*). Do pěstounských rodin zajišťovaných tímto oddělením jsou umístěny dvě třetiny dětí v obci, zbývající třetina využívá pěstouny nezávislých agentur.

Nastavení práce oddělení a posláním podpory pěstounské péče vycházejí ze zásad zákona o dítěti. Stejně jako jinde se i toto oddělení v první řadě snaží zajistit péči, která bude orientovaná na potřeby dítěte. Sociální pracovníci usilují o to, aby pěstouni vycházeli ze stejných filozofických a profesionálních rámců. Společným cílem má být

„podporovat a ochraňovat blaho dětí, zajistit jim možnost vzdělávat se a využít veškerý jejich potenciál a snažit se o dobré a fungující partnerské vztahy s původními rodinami. K našim pěstounům přistupujeme jako k součásti týmu. Mají důležitou roli nejen v každodenní péči, ale také při plánování a rozhodování o budoucnosti dítěte“ (*rozhovor, sociální pracovnice*).

Pěstounská péče o ohrožené děti je tak výsledkem společné snahy pěstounů, „jejich“ sociálního pracovníka z týmu pěstounské péče a sociálního pracovníka sociálně-právní ochrany, který po celou dobu zastupuje zájmy dítěte.

Nábor nových pěstounů na obci se řídí podle aktuálních potřeb k zajištění podpory „obecních dětí“. Každý rok tým aktualizuje rozvojový plán pěstounské péče. V letech 2016–2017 například plánoval zvýšit počet pěstounů o deset domácností. Rok předtím získal pět nových pěstounů. V obci chybí především pěstouni s oprávněním poskytovat péči starším dětem – konkrétně dětem, které utíkají z péče, dětem se zkušeností se sexuálním zneužíváním a dětem s poruchami autistického spektra. Obec také dlouhodobě usiluje o to, zvýšit počet pěstounů z etnických minorit a těch, kteří mohou pečovat o sourozenecké skupiny.

Proces školení, vyhodnocení a schvalování nových pěstounů probíhá ve všech obcích podle stejného, dvoustupňového modelu a řídí se celým souborem předpisů uvedených výše, zejména nařízením o pěstounské péči a národními standardy. S lidmi, kteří kontaktují obec a projeví zájem o to, stát se pěstounem, vedou sociální pracovníci vstupní (běžně telefonický) pohovor, při kterém zájemce informují o tom, jak funguje systém pěstounské péče, a zjišťují základní informace o situaci zájemce. Mohou také zájemce pozvat na jedno z informačních a náborových setkání o pěstounství, které obec každý měsíc pořádá. Pracovník, který má nábor na starosti, založí pro zájemce kartu vstupního pohovoru a prověří, zda volající nemá předchozí záznam v obecním elektronickém systému. Zájemci pak poštou pošle informační balíček. Tým pěstounské péče má pro nábor pěstounů stanovené časové rámce: vstupní pohovor by měl stihnout do dvou dnů od prvního kontaktu se zájemcem, během dalších dvou týdnů má se zájemci domluvit návštěvu u nich doma. Úvodní vyhodnocení životní situace má zjistit potenciál zájemců stát se pěstouny. Pokud je toto vyhodnocení příznivé, postoupí celý proces do další fáze, která začne kontrolou trestního rejstříku zájemce a dalšími kontrolami. Pak následuje vzdělávací kurz a zájemcům je přidělený sociální pracovník, který má za úkol vyhodnotit, zda jsou zájemci připraveni k procesu formálního schvalování. Na jeho konci se ze zájemců stanou „schválení pěstouni“ (*approved foster carers*). K vyhodnocování zájemců obec využívá jednotnou metodiku Britské asociace pro adopci a pěstounství (tzv. formulář „F“). Pro hodnotícího sociálního pracovníka je v této fázi důležité, aby se zájemci prodiskutovali všechny nejistoty a překážky, které on nebo oni sami identifikují (*rozhovor, vedoucí týmu adopce a pěstounství*). Na závěr připraví sociální pracovník zprávu. Pokud je zpráva příznivá a schválí ji vedoucí týmu, posílá se jako podkladový materiál do komise pro pěstounství (*Fostering panel*), která má pravomoc pěstouny schvalovat. Jednání komise se účastní také sami zájemci. Jejich případ na jednání prezentuje přidělený sociální pracovník. Součástí schvalování je mimo jiné stanovení maximálního počtu dětí, o které se pěstounská domácnost může starat, a jejich preferovaná věková skladba.

Schválení pěstouni dostanou přiděleného „klíčového“ (*supervising*) sociálního pracovníka z týmu pěstounství. Jeho úkolem je supervize a podpora pěstounské péče. Národní minimální standardy stanovují, že se mají společně sejít alespoň jednou za šest týdnů a sociální pracovník má vykonat alespoň jednu neohlášenou návštěvu za rok. Společně se věnují především rozvoji dovedností a konkrétním možnostem poskytovat péči o děti umístěné do domácnosti. „Klíčový“ sociální pracovník má na starosti kvalitu pěstounů a pečujícího prostředí. Průběžně se například zajímá o bezpečnost domácnosti pěstounů a aktualizuje záznamy o lidských a hmotných zdrojích, které se objevují v plánu bezpečné péče (*Safe Caring Plan*), výročním hodnocení, stejně jako v plánu osobního rozvoje, a reflektují aktuální potřeby dětí, o které se konkrétní pěstouni starají.

Každý pěstoun podstupuje jednou za rok hodnocení před komisí pro pěstounskou péči, která se také věnuje všem návrhům na změnu schválených parametrů pěstounské domácnosti

stejně jako stížnostem nebo závažným obviněním vůči pěstounům. Komise doporučuje prodloužit (případně neprodloužit) oprávnění vykonávat pěstounskou činnost pověřenému pracovníkovi úřadu (*Agency Decision Maker*), proti jehož rozhodnutí se pěstouni mohou odvolat k jinému prvku organizačního uspořádání – k nezávislému hodnocení péče (*Independent Reviewing Mechanism*). Podle slov sociálních pracovníků, výroční hodnocení „dokládá práci pěstounů a snaží se identifikovat, v čem budou potřebovat podporu, trénink nebo jaké jsou nejistoty ohledně jejich práce“ (*rozhovor, sociální pracovníce*). „Klíčový“ sociální pracovník poskytovanou pěstounskou péčí průběžně monitoruje. Sleduje přitom, jak pěstouni zajišťují péči o děti, jak se jim daří naplňovat dohodnuté plány péče, které sestavují sociální pracovníci dítěte. Setkává se proto pravidelně s dětmi (bez přítomnosti pěstounů), navštěvuje podle potřeby pěstouny a průběžně s nimi komunikuje.

Pokud je potřeba umístit dítě do náhradní rodinné péče, obrací se pracovníci sociálně-právní ochrany na oddělení pěstounské péče. Jejich snahou je najít v seznamu (schválených) pěstounů takovou domácnost, která bude co nejlépe odpovídat potřebám konkrétního dítěte. Přihlíží se přitom k etnickému, jazykovému a náboženskému původu dítěte. Pokud párování není úspěšné a mezi „obecními“ pěstouny se nenajde vhodná pěstounská domácnost, musejí sociální pracovníci žádat o povolení hledat vhodné umístění dítěte u „nezávislých“ pěstounů, případně i v rezidenčních službách.

„S dětmi, které mají postižení, ale nevyžadují rezidenční péči, zacházíme stejně jako s ostatními ohroženými dětmi. To znamená, že je umísťujeme do rodin. Nabíráme za tím účelem pěstounské rodiny, které se mohou starat o děti s velmi vysokou mírou potřeb. Členíme pěstounské domácnosti do úrovní jedna až čtyři. Noví pěstouni budou úroveň jedna. Ti velmi zkušení pak budou na úrovni čtyři. Pomáhá nám to při hledání vhodného umístění – třeba hledáme trojkové nebo čtyřkové pěstouny, kteří budou schopni naplňovat potřeby dítěte s aspergerem nebo ADHD. Nechceme přetěžovat pěstouny, kteří by si s takovými dětmi nevěděli rady, a vedlo by to k předčasnému konci vztahu a k hledání nové domácnosti“ (*rozhovor, vedoucí týmu sociálních pracovníků*).

Obec také v souladu s legislativou rozlišuje různé typy umístění v pěstounských domácnostech. Jedním je umístění dětí u *pěstounů z okruhu „blízkých osob“* (*connected persons forster carers*). Pracovníci oddělení pěstounské péče vyhodnocují vhodné domácnosti z okruhu příbuzných a přátel rodiny ohroženého dítěte. Proces vyhodnocení provádí společně sociální pracovník ohroženého dítěte a pracovník týmu, který zajišťuje umístění do náhradní rodinné péče. Postupují přitom podle nařízení o plánování péče a umísťování dětí z roku 2010 (*Regulation 24, Care Planning, Placement and Case Review Regulations 2010*). Dočasné povolení k umístění dítěte u blízké osoby pak na základě vyhodnocení vydává vedoucí celého odboru. Dočasné povolení je platné 16 týdnů. Pokud by se s domácností počítalo v dlouhodobějším plánování, pracovníci oddělení za tu dobu

provedou vyhodnocení toho, zda je domácnost vhodná coby pěstounská domácnost. Domácnost pak musí projít běžným schvalovacím procesem. Jiným typem umístění je *trvalé umístění* v pěstounské péči. Pracovníci týmu, který zajišťuje umístění ohrožených dětí, v takových případech párují dítě s pěstouny s oprávněním vykonávat dlouhodobou a trvalou pěstounskou péči. Tento typ umístění dítěte přichází na řadu, pokud se v daném případě vyloučí rehabilitace biologické rodiny stejně jako možnost osvojení. U dětí mladších než 13 let schvaluje postup a výsledky párování komise pro pěstounskou péči. Dalším typem je *krátkodobé pěstounství*, které se orientuje na jasně specifikované cíle, běžně spojené se stabilizací situace dítěte a plánováním jeho trvalé budoucnosti. *Nouzové umístění* v pěstounské péči se děje mimo úřední hodiny a o víkendech. Tato umístění zajišťují pracovníci krizové linky oddělení sociálně-právní ochrany (*Emergency Duty Team*). Posledním běžným typem umístění v pěstounské péči je respitní pěstounská péče. V dnešní době zajišťuje oddělení pěstounské péče pouze respitní péči pro jiné, dlouhodobé pěstouny. Respitní pobyty pro děti s postižením, které žijí v původních rodinách, zajišťuje tým podpory dětí s postižením pomocí přímých plateb na péči a v souladu s přáním rodiny buď v rezidenčních službách, nebo ve službě hlídání dětí (*childminder*).

Pěstouni dostávají týdenní *příspěvky*, které pokrývají náklady na péči dítěte a řídí se tarify doporučenými The Fostering Network. Nato dostávají za svou práci *odměnu*, která zohledňuje jejich zkušenosti (podle stupně jedna až čtyři). V letech 2015–2016 měla obec nejvíce pěstounů s oprávněním poskytovat péči nejmladším dětem (0–5 let). Těch měla 29 z celkového počtu 47. Pro děti ve věku 5–10 let měla obec osm pěstounů, pro děti nad 10 let devět pěstounů. Nejvíce pěstounů (28) bylo také těch méně zkušených (úroveň 1). Nejzkušenější pěstouni úrovně 4 byli v obci dva. Kromě pěti nových pěstounů v tomto roce také ukončilo výkon pěstounství osm domácností a jedna domácnost z okruhu blízkých osob.

Pěstounské domácnosti	42
Pěstounské domácnosti z okruhu blízkých osob	4
Pěstounské domácnosti z okruhu blízkých osob s dočasným povolením	1

Pracovníci oddělení pěstounské péče těsně spolupracují s celou řadou dalších profesionálů, aby společně zajistili „naplňování emočních, zdravotních, vzdělávacích a sociálních potřeb dětí a pomohli v dětech rozvinout sebevědomou osobnost, která si váží sebe sama“ (*rozhovor, vedoucí týmu adopce a pěstounství*). K důležitým aktérům profesionální sítě podpory patří zejména pracovníci sociálně-právní ochrany a pracovníci zdravotních služeb, psychiatrických a terapeutických služeb pro děti, nízkoprahových zařízení pro děti a mládež nebo drogových a protialkoholních služeb. Patří sem také nezávislé pěstounské agentury. K dalším kontaktům, které oddělení pěstounské péče udržuje, patří například biologické děti

pěstounů, pro které mohou zajišťovat různé zájmové aktivity a podpůrné skupiny, nebo „virtuální škola“ – služba, která umožňuje pěstounům těsný kontakt s učiteli, kteří jim radí, jak efektivně podporovat školní aktivity a učení svěřených dětí.

3. Náhradní (rodinná) péče o děti s postižením v Dánsku

Jan Paleček

3.1 Politiky a praxe změny

3.1.1 Dvě linie péče o děti

Náhradní péče o děti v Dánsku má dlouhou tradici. První rezidenční výchovné instituce, v nichž se ocitaly děti přistižené při žebrotě, sirotci a děti vězněných rodičů, vznikaly již v první polovině 17. století (Kragh et al. 2015). V 18. století se začal ustavovat systém pěstounské péče, především pro velmi malé osiřelé děti (Kjeldsen a Kjeldsen 2010). V 19. století začali být sirotci již běžně umisťováni do pěstounských rodin na venkově, pěstouni byli placeni příspěvkem od obce. Současně se ale rozvíjely i speciální instituce pro osoby s různými typy postižení. V roce 1858 byl otevřen Královský institut pro slepce, později byla vybudována například škola, domov a poté i ortopedická nemocnice pro děti a dospělé s různými formami fyzického postižení či v roce 1897 kolonie pro lidi stížené epilepsií (Kragh et al. 2015).

Péče o postižené děti i později zůstávala do jisté míry oddělená od náhradní péče o děti v pobytových zařízeních či v pěstounské péči, která se historicky odvíjela od chudinských zákonů a byla směřována (spíše než na děti s postižením) na výchovu opuštěných či osiřelých dětí a později na děti s výchovnými problémy.¹ V obou těchto prouděch dánské sociální péče o děti lze přitom nalézt v jistém ohledu podobnou tendenci, a tou je posun od života v institucích k životu v rodině (biologické a – v případě potřeby náhradní péče – v rodině pěstounské). V každém z těchto případů se ale vývoj odehrával s odlišnou dynamikou a ani v jednom případě se nejednalo o přímočarý proces.

Dnešní sociální politika podporující a upřednostňující výchovu dítěte v rodině, v blízkých vztazích s dospělými, má ambici vztahovat se na všechny děti, nezávisle na tom, zda jde o děti s postižením, nebo bez postižení.

3.1.2 Péče o osoby s postižením (včetně dětí)

Zákonem o sociální reformě převzal stát v roce 1933 povinnost „starat se o vzdělání, výživu, finance, léčbu a péči u mentálně zaostalých, duševně chorých, epileptiků, invalidů, němých, u lidí s vadou řeči, slepých a hluchoněmých“ (Kragh et al. 2015: 10). Po uzákonění reformy se systémy péče o děti i o handicapované děti a dospělé, dosud založené na privátních filantropických aktivitách, začaly proměňovat: stát jednak péči stále víc reguloval, jednak zvyšoval výdaje na její provoz. Mezi lety 1933 a 1945 vznikaly nové ústavy pro osoby

¹ Byť je pravděpodobné, že se v těchto typech náhradní péče děti s nějakým typem postižení občas vyskytovaly. Statistická data o dětech s postižením v náhradní péči se ovšem dodnes systematicky nesledují (Ottosen et al. 2015).

s mentálním postižením. Podle Zdravotnické zprávy Dánského království z roku 1945 bylo v různých institucích kolem 6 700 postižených osob. V oblasti péče o děti s postižením byly ve 40. letech ideálem velké instituce. Umístění do instituce mezi lety 1945 a 1957 znamenalo pro nevidomé, fyzicky či mentálně postižené děti nebo pro děti s epilepsií často přesun přes celé Dánsko. Obecní samospráva mohla o umístění dítěte do ústavu rozhodnout i proti vůli rodičů, pokud to považovala za nejlepší řešení pro něj nebo pro společnost. Existovala i zvláštní uzavřená oddělení pro problematické či nebezpečné děti s postižením (Kragh et al. 2015).

Počet všech osob (včetně dětí) žijících v institucích pro postižené narostl z přibližně 6 000 v roce 1933 na 17 000 v roce 1958. Sociální komise místní samosprávy, každý lékař či ředitel veřejné nebo obecní školy měli za povinnost nahlašovat úřadům osoby s nedostatečnou mentální kapacitou, aby se dostaly do systému péče. Zároveň měly samosprávné obce možnost přesunovat osoby s postižením z obecního systému péče do velkých státních institucí, a šetřit tak obecní rozpočet. Vládní zpráva o péči pro mentálně postižené z roku 1958 uváděla, že počet míst pro děti nestačí vzrůstající poptávce a že různé instituce mají na seznamech čekatelů celkem 1 300 osob s postižením. Poptávka po místech v institucích však nutně neznamenala, že počet lidí s postižením v populaci roste. Do institucí pro osoby s mentálním postižením se také dostávala řada lidí, kteří – zpětně viděno – žádné postižení neměli, alespoň ne mentální. Důvody mohly být různé: instituce, které obhospodařovaly svoje zemědělské pozemky, poptávaly pracovní sílu; jako mentálně postižení mohli být diagnostikováni např. i lidé s dyslexií či poruchami sluchu; do ústavů se mohly dostávat děti, kterých se chtěla zbavit rodina, resp. nevlastní otec či matka, a byly proto označeny za postižené (Kragh et al. 2015).

V roce 1955 bylo v Dánsku 12 „centrálních institucí“, v nichž žili lidé s různými druhy postižení, včetně dětí (Bengtsson a Kristensen 2006). Vzpomínky zaměstnanců na péči v domovech vypovídají o otřesných podmínkách: velké ložnice, zápach, režim, nesmyslné skupinové rituály při ranních kontrolách hygieny, nedostatek personálu, který už o dětech ani „neuvažoval jako o lidech“ (Kragh et al. 2015: 126). Dobový tisk na konci 50. let dokonce informoval o případech každodenního fyzického trestání dětí v ústavech (Kragh et al. 2015).

Podobně jako v mnoha jiných zemích byla dánská péče o osoby s postižením úzce spjatá s eugenickým konceptem vymýcení nežádoucích dědičných znaků z populace. Podle zákona z roku 1929 si mohly osoby s fyzickým či mentálním postižením, epilepsií, alkoholicí a duševně nemocní vybrat, jestli podstoupí sterilizaci, nebo zda stráví zbytek života v ústavu. V roce 1935 tato „možnost volby“ ze zákona zmizela a nadále bylo možné kohokoli nedobrovolně sterilizovat v případě obtížného sexuálního chování, přílišné masturbace, chlíplosti nebo pokud k tomu byly nějaké jiné společenské důvody. Zákon se ve 30. letech dokonce ještě několikrát zpřísnil (Bengtsson a Kristensen 2006). Nedobrovolné sterilizace žen a kastrace mužů se prováděly až do 80. let (Derksen, nedat.). Přestože byl zákon o sterilizaci

lidí s postižením zrušen v roce 1967, neznamenal to, že by na osoby s mentálním postižením nebyl vyvíjen nátlak, aby sterilizaci podstoupily. A do roku 1989 platil zákon, podle něhož musely osoby s mentálním postižením žádat Ministerstvo spravedlnosti o povolení k sňatku (Kragh et al. 2015). Celkem zákrok podstoupilo kolem 6 000 Dánů a někteří z nich ještě žijí. Henriksen (2015) popisuje příběhy tří lidí, kteří byli jako děti odebráni svým rodinám a umístěni do státních institucí, kde „vyrůstali mimo vše, co dosud znali, často připoutaní k posteli, byli nedobrovolně medikováni“, a jedna z těchto osob „byla proti své vůli sterilizována“ (Henriksen 2015). Karoline Olsen, nedobrovolně sterilizovaná v mládí v ústavu, podala v roce 2010 proti tomuto bezpráví stížnost, což vyústilo v parlamentní debatu o odškodnění. Kompenzace však nakonec schváleny nebyly (Kragh et al. 2015).

Eugenické myšlení přitom zůstalo v přístupu k postiženým lidem do jisté míry přítomno i po ukončení sterilizací. Rozvoj amniocentézy a ultrazvuku přinesl novou možnost identifikovat postižení ještě během těhotenství. V roce 1975 vznikla na Ministerstvu vnitra komise, která měla za úkol popsat vývoj prenatalní diagnostiky a možnosti finančních úspor, zejména při prevenci narození dětí s Downovým syndromem. Závěr komise z roku 1977 uváděl, že hlavním dopadem prenatalní diagnostiky na společnost by mohla být „prevence narození dětí s celoživotním postižením, které budou potřebovat opakované hospitalizace nebo celoživotní pobyt v instituci“. Prenatální diagnostika byla plošně zavedena v roce 1979. Od roku 2004, kdy se začala používat nová metoda nuchální translucence, poklesl počet dětí narozených s Downovým syndromem ze 60 ročně na 23 v roce 2012. Pokud by trend pokračoval, poslední dítě s Downovým syndromem v Dánsku by se narodilo kolem roku 2030 (Kragh et al. 2015).

V péči o osoby s postižením byla jedním z používaných prostředků také frontální lobotomie – kontroverzní operace, při níž je prořazena bílá hmota čelního mozkového laloku a přerušeny tak spoje mozkové kůry s hlubšími strukturami mozku (Chrastina a Novák 2013). Historik Jesper Vaczy Kragh vydal v roce 2010 knihu, v níž podrobně popisuje užívání této metody v Dánsku (Kragh 2010). Celkově byla tato „léčba“, v jejímž důsledku někdy pacienti zůstávali apatičtí, začali trpět epilepsií, nebo dokonce zemřeli, použita ve 4 500 případech, a to včetně mentálně postižených dětí.² Například v jedné z centrálních institucí, v Andersvænge v jižním Sjællandu, zemřelo podle Kragha téměř 8 % těch, kdo lobotomii podstoupili, včetně jedenáctileté dívky. Při příležitosti vydání svojí knihy Kragh označil praxi lobotomie na lidech s mentálním postižením za něco

„ve skutečnosti ještě horšího, než bylo to, co se dělo [psychiatrickým pacientům] na psychiatrii. Mimo jiné bylo mnoho operací provedeno na dětech mladších šesti let.

² Tato metoda byla velmi populární v celé Skandinávii. Ve Finsku, Norsku a Švédsku bylo provedeno celkem 9 300 operací. Jak toto číslo, tak počet lobotomií uskutečněných v Dánsku je při přepočtu na počet obyvatel vyšší než v USA, kde bylo ve 20. století provedeno na 40 000 zákroků (Chrastina a Novák 2013).

Ústavy nepřikládaly velkou váhu ani věku dětí, ani faktu, že mozek mladého člověka ještě není plně vyvinutý“ (Vaaben 2010g).

Lobotomie se nejvíce prováděla od čtyřicátých let do poloviny let padesátých, s rozvojem psychiatrických léků její užívání výrazně pokleslo, ale ještě v 70. letech zažila rozkvět. Na základě kritické zprávy několika psychiatrů bylo ale později rozhodnuto, že psychochirurgii nelze provádět bez povolení lékařské komise Národní rady pro zdraví. Teprve v roce 1983 byly tyto operace – po silné kritice ombudsmana – zakázány (Vaaben 2010g). Kragh et al. (2015) ovšem uvádějí, že poslední operace byla provedena v roce 1984.

V roce 1959 byl schválen zákon o mentálním postižení. Významný proponent dánských reforem sociální péče o osoby s postižením, Niels Erik Bank-Mikkelsen, se zasadil o to, aby se v zákoně objevil tzv. princip normalizace, podle nějž je „smyslem moderní služby pro mentálně zaostalé ‚normalizovat‘ jejich životy. Pro děti znamená normalizace žít v jejich přirozeném prostředí, hrát si, chodit do školek a škol atd. [...] Snažíme se integrovat zaostalé do komunity tím nejlepším možným způsobem“ (Bank-Mikkelsen 1969: 234). Podle Bank-Mikkelsena totiž „děti s mentálním postižením nejsou nemocné, musí do škol, musí být vyučovány, musí žít jako normální lidé“ (Liška 1998: 46).

V souvislosti s politikou normalizace bylo od 60. let dvanáct „centrálních“ institucí, kde žili jak dospělí lidé, tak děti, doplňováno lokálními institucemi, školami, dílnami. Instituce se tak postupně diverzifikovaly, v roce 1966 jich existovalo již celkem 191. Klienti se dostali do menších skupinových domovů, kde žili přece jen běžnějším způsobem než v uzavřeném světě velkého ústavu, a začali díky tomu „také jinak vypadat a jinak se chovat“, vlivem čehož se také měnilo to, jakým způsobem je vnímal personál a široká veřejnost (Bengtsson a Kristensen 2006: 13). Velké ústavy (v některých z nich žilo až 1 000 obyvatel) ale ještě dlouho nezmizely. V roce 2010 se životu v těchto ústavech od konce 40. do 80. let retrospektivně věnovala série kritických článků v deníku Kristeligt Dagblad, mimo jiné prostřednictvím rozhovorů s pamětníky – s obyvateli i zaměstnanci ústavů (Henning 2010, Vaaben 2010a, b, d, e, f, g).³ Vedla se také veřejná debata o možnosti odškodnit občany, kteří museli v institucích žít (Vaaben 2010c).

Že byla změna v přístupu k dětem s postižením nesnadným procesem, ukazuje experiment popisovaný autory Kragh et al. (2015). V době letních prázdnin v roce 1971 se padesát pedagogů z různých institucí z celého Dánska rozhodlo věnovat dvanácti dětem a adolescentům s kombinovaným postižením. Jejich cílem bylo dokázat, že tyto děti nejsou nevzdělavatelné. A výsledky, popisované v řadě dobových novinových článků, mohly budit nadšení. Jedno z dětí, šestnáctiletá Karen, „se stala zcela jinou dívkou“, uváděl jeden z článků. Zatímco v ústavu chodila Karen neustále pomočená, všechno ocucávala, kousala

³ Autorka seriálu Line Vaaben dostala za svůj příspěvek do debaty cenu Nadace Nielse Erika Bank-Mikkelsena (Bech-Jessen 2010).

matraci, útočila na ostatní děti a nebylo možné zanechat ji bez dozoru, po letní škole cucání a okusování ustalo stejně jako násilné chování k ostatním dětem. Novinové články si ale také všimaly toho, že po návratu z letní školy se děti vrátily ke svému „normálnímu“ životu – nebo spíš k živoření – v ústavu, často připoutané k lůžku či ke křeslu. Mediální ohlas vzbudil i protireakci a odpor. Jeden ze zaměstnanců instituce pokroky u dětí popíral a varoval před rizikem onemocnění při případných zimních přesunech do školy. Ozývali se i pečovatelé, kteří měli pocit, že význam jejich úsilí (které vynakládají navzdory špatným pracovním podmínkám) je snižován a že pedagogové si přivlastňují jejich vlastní úspěchy z nácviu dovedností, kterému se kromě běžných pečovatelských úkonů s klienty věnují. Jeden z nich se v tisku vyslovoval pro ukončení experimentu a varoval s pomocí lékařských argumentů, že děti zemřou, pokud pedagogové budou ve svém experimentu s výukou mimo ústav pokračovat (Kragh et al. 2015).

Princip normalizace a decentralizace péče se nicméně postupně prosazoval. Zprávy Komise pro sociální reformu, která pracovala v letech 1965–72, doporučovaly ústup jak od speciálních ústavů, tak od speciálních zákonů pro občany s postižením: pomoc těmto lidem by napříště měla vycházet ze stejných zákonů, jako pomoc kterýmkoli jiným občanům. A péče o občany s postižením by měla být zajišťována stejnými orgány, které jsou zodpovědné za poskytování podpory a pomoci občanům bez postižení. Za poskytování péče by tedy měla nést zodpovědnost samospráva (v té době okresy a samosprávné obce), nikoli přímo stát. Zákon o sociální pomoci z roku 1976 stanovil, že o občany s postižením se starají stejné úřady a podle stejných pravidel jako o všechny ostatní, kdo sociální pomoc potřebují. V roce 1975 byla ustavena Komise pro decentralizaci péče o osoby s postižením, jejíž zpráva č. 781 navrhovala, aby provoz ústavů pro osoby s postižením přešel na místní samosprávu.⁴ Sociální reforma 70. let pak v legislativní oblasti vyvrcholila přijetím zákona o decentralizaci péče o mentálně postižené a další speciální péče, který nabyl účinnosti 1. ledna 1980. Podle něj jsou za všechny veřejné služby občanům, včetně specializovaných služeb pro osoby s postižením, zodpovědné okresy a obce (Bengtsson a Kristensen 2006). To odpovídalo principu tzv. sektorové odpovědnosti: namísto toho, aby se o bydlení, vzdělání, zaměstnání, lékařskou péči a další služby pro osoby s postižením staraly – jako doposud – centrální instituce, měly by všechny úřady, organizace či firmy povinně zajistit, aby všechny služby, které poskytují veřejnosti, byly dostupné i občanům s postižením (Kragh et al. 2015).

Společně s koncepčními a legislativními změnami se snahy o integraci lidí s postižením do společnosti projevovaly i v praxi. Řada dospělých i dětí se z velkých centrálních institucí přesunula do menších skupinových domovů, internátů, do pěstounské péče nebo domů k rodině. Deinstitutionalizační kroky a nový systém péče byly ovšem také kritizovány, nejčastěji ze strany profesionálů – zaměstnanců institucí. Např. Sdružení zaměstnanců speciálních institucí v polovině 70. let prohlašovalo, že speciální instituce už byly

⁴ Stejně tak se tato logika uplatnila již při reformě psychiatrické péče, kde zákonem z roku 1975 přešel provoz státních psychiatrických léčeben právě na okresy, resp. obce.

decentralizovány natolik, že víc už to není možné, a převzetí zodpovědnosti za péči o občany s postižením by prý pro samosprávu bylo příliš zátěžové. Organizace lidí s postižením naopak vyjadřovaly reformě podporu (Bengtsson a Kristensen 2006). Navzdory kritice a pochybnostem vznášeným v 70. letech ale decentralizace pokračovala, přestože nešlo o jednoznačný a přímočarý vývoj – budovala se například nová „moderní“ zařízení, problém však byl, že někdy šlo opět o velké instituce.⁵ Po přenesení odpovědnosti na samosprávu v roce 1980 však byli dokonce i rezidenti s těžšími formami postižení stěhováni z velkých ústavů do menších zařízení. Pro některé starší klienty, kteří strávili v instituci celý dosavadní život, to bylo těžké, pro mnoho jiných to byla zásadní životní změna k lepšímu (Kragh et al. 2015).

3.1.3 Systém náhradní péče o děti

Se sociální reformou v roce 1933 a s novou zodpovědností státu za péči o dítě se dostaly do veřejného systému péče o děti různá zařízení pro děti, pečovatelské domovy s dozorem či poručnické rady. Nicméně velká část dětí byla ve 30. letech stále ještě umístěna v institucích, provozovaných filantropickými organizacemi nebo soukromníky (někdy za účelem zisku), nebo byly děti (v menší míře) umísťovány do pěstounské péče. V roce 1941 existovalo 344 státem schválených institucí, jen 29 z nich však bylo provozováno obcí nebo státem. Po reformě v roce 1933 se začal počet dětí umístěných do veřejné péče zvyšovat a mezi lety 1935 a 1945 se z cca 9 000 vyšplhal na více než 14 000. Přesto vládní zprávy z 50. let docházely k závěrům, že v domovech pro děti a mladé lidi s „obtížemi v přizpůsobování“ není dostatek míst (Kragh et al. 2015).

Podobně jako byly ve velkých institucích segregovány děti s postižením, byly separovány do výchovných institucí také „problematické“ děti a mladí lidé, kteří měli „obtíže s přizpůsobováním“. Některé z těchto ústavů měly dohody s psychiatrickými léčebnami, kam v případě potřeby tyto děti převážely. Děti a dospívající se do těchto zařízení dostávali z mnoha různých důvodů, např. kvůli krádežím, vandalismu, tuláctví, obtěžování, kvůli sexuálním projevům (zvláště dívek) nebo kvůli problémům rodičů (Kragh et al. 2015).

V roce 1957 byla ustavena komise, která se věnovala stavu a potřebnému rozvoji péče o děti. Ta vydala dvě zprávy: první v roce 1957, druhou v roce 1958. Závěry komise zdůraznily potřebu formalizace postupů sociální ochrany a také roli soudu v případech umístění mimo rodinu, dále nutnost prevence, ale také potřebu dialogu s rodiči. Děti měly být v případech, kdy se mohli sociální pracovníci a experti s rodiči dohodnout na nějakém řešení, umísťovány

⁵ Ani dnes se nedá říct, že by se péče o dospělé osoby s postižením jednoznačně vyvíjela směrem ke komunitní péči. Komise OSN pro práva osob s postižením vytýkala Dánsku v roce 2014, že nové domovy pro osoby s postižením připomínají instituce minulosti. Jednak je jich mnoho a jednak každý sedmý nově vybudovaný domov má víc než 60 míst. Komise doporučila vládě, aby stávající instituce zavírala a aby stát neposkytoval půjčky na budování nových (Nilsson a Borre 2014).

do náhradní péče se souhlasem rodičů. Za těchto okolností pak měli rodiče nadále zůstat zákonnými zástupci dítěte. Naopak rozhodování o umístění mimo rodinu proti vůli rodičů se měl účastnit soudce. Komise doporučila rovněž posílení role pěstounské péče, přičemž umístění do instituce by mělo být až poslední možností. Toto doporučení ale zůstalo po desetiletí pouhým záměrem. Na podnět komise byl předložen a roku 1958 schválen nový zákon o péči o děti. Podle tehdejšího ministra sociálních věcí šlo o zákon revoluční, protože napříště už nemělo jít v sociální ochraně dětí o to, aby byly rodiny s potížemi ve výchově ohroženy odebráním dítěte, ale o to, aby jim byla poskytnuta podpora (Kragh et al. 2015). A tímto směrem se skutečně náhradní péče o dítě v Dánsku vyvíjela.

Začátkem 60. let se dostalo na veřejnost několik dramatických případů zneužívání dětí, v nichž systém ve své kontrolní roli selhal. Následovalo schválení nového zákona o péči o děti a mladistvé v roce 1964. Zákon znovu upřednostnil pěstounskou péči, a to nejen pro zdravé děti, ale i pro děti s lehčím postižením. I když od roku 1958 počet umístění do pěstounské péče stoupal, v šedesátých letech začal opět klesat. Většina dětí byla umisťována stále do institucí. V roce 1958 bylo v péči mimo rodinu celkem 9 098 dětí a mladistvých, o deset let později to bylo 7 568 dětí. Náhradní péče o děti se v médiích v 60. letech objevovala v souvislosti s případy zneužívání v ústavech i v pěstounské péči a ve spojení s nedostatkem dohledu nad péčí; média rovněž popisovala příběhy rodičů, kteří usilovali o získání svých dětí zpět do své výchovy (Kragh et al. 2015).

Podle zákona o sociální pomoci z roku 1976 měla náhradní péče odpovídat individuálním potřebám dítěte a měla být plánovaná pokud možno ve spolupráci s rodiči. Systém náhradní péče byl administrativně i finančně rozdělen na dvě části. Okresy byly zodpovědné za zajištění dostatečné kapacity rezidenční péče různého druhu, typy péče nebyly striktně stanoveny, každý okres mohl rozvíjet rezidenční zařízení podle místních potřeb. Sociálně zdravotní komise samosprávných obcí měly odpovědnost za získávání pěstounů a dohled nad pěstounskou péčí. Pěstounská péče měla být při umisťování dítěte preferovanou volbou, pokud tomu nebránily např. jeho zdravotní problémy a potřeba léčby. Počty dětí umisťovaných do pěstounské péče se začaly zvyšovat, naopak do tradičních dětských domovů se děti dostávaly méně. Zatímco v roce 1970 bylo v pěstounské péči kolem 2 000 dětí, v roce 1981 to bylo již 6 100. Jedním z důvodů byla pravděpodobně finanční výhodnost pěstounské péče ve srovnání s péčí rezidenční (Kragh et al. 2015).

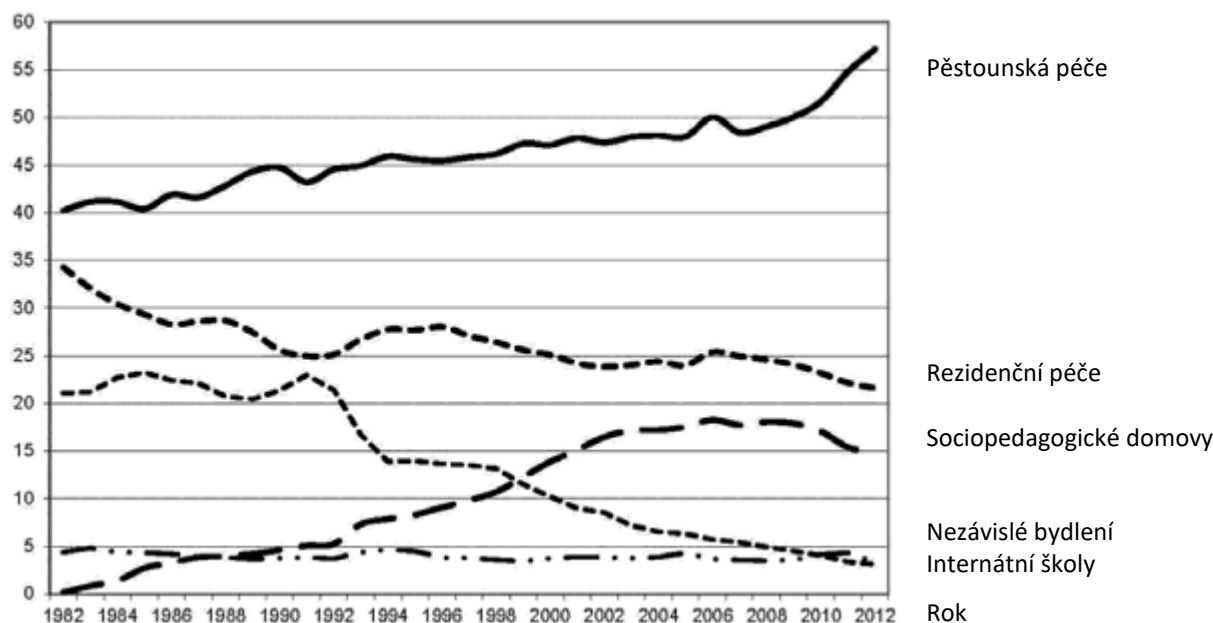
Podle Pera Schultze Jørgensena (1991) se změna sociální politiky v 70. letech zakládala jednak na upřednostňování levnější péče, ale také na větším uvědomění hodnoty náhradní péče v rodinách jako alternativy péče ústavní.⁶ Od poloviny 80. let začaly být rezidenční a náhradní rodinná péče považovány za komplementární formy péče pro různé cílové skupiny dětí. V rámci „diferencované institucionální politiky“ se jako alternativa k tradiční

⁶ Náhradní rodinné péči v Dánsku se podrobněji věnují také dřívější studie Střediska náhradní rodinné péče: „Systém náhradní péče o děti v Dánsku“ (Paleček 2013), z níž tato kapitola částečně vychází, a „Právní úprava systému náhradní rodinné péče v Dánsku“ (Vyskočil 2013).

ústavní péči začaly rozvíjet především soukromé domovy pro menší skupiny dětí nebo mladistvých (Jørgensen 1991: 110), tzv. sociopedagogické domovy, často vysoce profesionalizovaná a specializovaná zařízení pro 5 až 10 dětí nebo mladistvých (Hestbæk 2011). Mette Lausten (2015) je charakterizuje jako privátní instituce se 24hodinovou péčí, provozované se svolením místní správy, obvykle jde o malé domovy zaměřené na děti se specifickými, např. psychiatrickými problémy; často je vedou manželské páry se sociopedagogickým vzděláním; příkladem může být stará farma, kde zároveň funguje místní jezdecký klub.

Vývoj podílu různých typů péče na náhradní péči o děti od roku 1982 do roku 2011 ukazuje graf 1. Podíl pěstounské péče na náhradní péči o děti stabilně rostl: ze 40 % v roce 1982 na více než 55 % v roce 2011. Oproti tomu péče v dětských domovech (zde označených jako rezidenční zařízení, tedy pobytové služby pro děti se 24hodinovou péčí, financované z veřejných rozpočtů) klesá: z 35 % v počátku 80. let až ke 20 % v roce 2011 (Lausten 2015). Počet dětí nebo mladistvých v průměru žijících v každém z těchto zařízení je odhadován na 12 osob (Eurochild 2010). Sociopedagogické domovy, tedy modernější forma kolektivní rezidenční péče, od roku 1982 z téměř nulového stavu setrvale rostly, až se jejich podíl na péči přes vrchol v roce 2005 (okolo 17 %) dostal na 15 % v roce 2011. Naopak internátní školy svůj podíl na péči (především kvůli legislativním úpravám) snižovaly: přes 20 % v roce 1982, pod 5 % v roce 2011.⁷

Procenta



Zdroj: Lausten (2015: 74)

Graf 1 Procentuální podíly dětí ve věku 0–17 let v 5 různých typech péče v letech 1982–2011

⁷ Další vývoj počtu umístění do různých typů péče ukazuje tabulka 1.

Dánská péče o dítě má svoje specifika a přímočará analogie např. s českou sociálně-právní ochranou může být zavádějící. Pojem „(sociálně-právní) ochrana dětí“ se v dánském zákonodárství nepoužívá. V Dánsku je do náhradní péče umísťovaný relativně vysoký počet dětí, podíl dětí umístěných mimo rodinu na celkové dětské populaci dlouhodobě osciluje kolem 1 % (Hestbæk 2011). V celkovém pohledu je totiž dánská náhradní péče mimo rodinu do značné míry podporou původní biologické rodiny. Zdá se, že vize, kterou na konci 50. let ohlašoval ministr sociálních věcí, se skutečně naplnila. Jedna z respondentek, členka dobrovolnické organizace na podporu rodičů, jejichž děti jsou umístěny do náhradní péče, popisovala okolnosti vzniku této organizace na konci 60. let. Péče v dětském domově byla podle jejího vyprávění vnímána rodiči jako pomoc – jak pro děti, tak pro ně samotné –, a to přesto, že podle Kragha et al. (2015) byl na konci 60. let už celkem rozšířený názor, že dětské domovy nejsou slučitelné s moderním pojetím výchovy dětí:

„[...] nebylo dost míst pro děti, které měly jít do instituce. Rodiče čekali na místo pro děti. Tím to začalo. [...] jako forma protestu, protože děti nedostávaly správnou pomoc. Byly doma a potřebovaly víc pomoci, než kolik jim mohli dát rodiče. A v instituci pro ně neměli místo. Proto se někteří rodiče spojili a zkusili se dovolat pomoci: dejte nám víc institucí, aby se našim dětem pomohlo“ (*rozhovor, členka organizace na podporu rodičů dětí v péči mimo rodinu*).

A právě v tom spočívá zvláštnost dánské péče o děti mimo rodinu: rodiče velmi často vnímají náhradní péči jako podporu, ne jako ohrožení. Kjeldsen a Kjeldsen (2010) uvádějí, že u poloviny dětí vstupujících do péče to byli právě jejich zákonní zástupci, kdo se obrátili na místní úřady a zahájili tak proces vedoucí k umístění mimo domov. Tomu odpovídá i zkušenost další účastnice výzkumu:

„A někdy ale [rodiče] telefonují, protože doma nedostávají žádnou pomoc. Chtějí, aby dítě bylo umístěno do náhradní péče, ale nevědí, jak kontaktovat systém“ (*rozhovor, sociální pracovnice organizace na podporu rodičů dětí v péči mimo rodinu*).

Děti jsou do náhradní péče umísťovány velmi často se souhlasem rodičů – na konci minulého desetiletí činil podíl umístění do náhradní péče se souhlasem rodičů přes 90 % (Hestbæk 2011). A mezi lety 1980 a 2005 byly děti se souhlasem rodičů umístěny mimo rodinu v 85 % případů.⁸ Podle Petera Fallesen (2014) svědčí o orientaci systému na rodinu a na nepřetržitý kontakt s biologickými rodiči i fakt, že ani v případě dlouhodobého umístění dítěte v pěstounské péči většinou nedochází k ukončení rodičovských práv – děti zůstávají v péči mimo rodinu, aniž by byly adoptovány či umístěny do poručnictví. Navazovat silnou

⁸ Zároveň je pravděpodobné, že rodiče s umístěním do péče často souhlasili proto, že jim to zajišťovalo snadnější přístup k dětem a větší možnost spolurozhodovat o jejich životě (Fallesen 2014). Tato výhoda rodičovského souhlasu s umístěním však postupně po roce 2000 z legislativy vymizela (Hestbæk 2011). Přesto podle členů organizace podporující rodiče dětí v péči mimo rodinu údajně dnes někdy dochází k tomu, že – ve snaze dosáhnout hladšího průběhu umístování – sociální pracovníci rodiče mylně informují, že je pro ně a pro jejich příští kontakty s dítětem výhodnější s umístěním souhlasit.

emocionální vazbu mezi pěstouny a dítětem v jejich péči nebylo ještě koncem minulého tisíciletí žádoucí (Kjeldsen a Kjeldsen 2010). Také možnost adoptovat v Dánsku dánské dítě byla až donedávna legislativně velmi omezená (Paleček 2016).⁹

Je potřeba ale rovněž zmínit, že Dánsko je ve srovnání s jinými zeměmi charakteristické tím, že děti jsou umisťovány do náhradní péče spíše ve vyšším věku. V roce 2006 bylo například v náhradní péči 12 z 1 000 dětí ve věku 13–17 let z celkové populace Dánska; pro srovnání, ve Švédsku a Norsku to byli jen 4 z 1 000 (Olsson et al. 2012). A data z roku 2007 ukazují, že zhruba 90 % dětí umístěných do náhradní péče bylo starších 6 let, přičemž cca 40 % všech dětí bylo ve věku 15–17 let. Malé děti se naopak dostávají do náhradní péče relativně zřídka (Hestbæk 2011). Nepoměr mezi staršími a malými dětmi vstupujícími do náhradní péče je v případě dětí s postižením dokonce ještě výraznější (Socialministeriet 2010). Obecně platí, že rodiče se obracejí na úřady o pomoc především s „problémovým chováním“ svých dospívajících dětí a případná dočasná péče o dítě mimo domov pro ně může být úlevou. A podobně je to i u dětí s postižením – ty se do náhradní péče dostávají z rodin, které dlouho zvládaly náročnou péči doma, ale v období dospívání dítěte se obrátí na úřady s žádostí o pomoc:

„Pracovnice 1: Když dítě roste a přibývá problémového chování, může to být pro rodinu i sourozence velmi těžké. – Pracovnice 2: V jednom z mých případů matka dítěte řekla, že je těžké mít dítě pořád, neustále o něj pečovat doma. Protože to dítě, když je mu dvanáct, třináct, [...] je jako tří- nebo čtyřleté, takže je to jako mít neustále malé dítě. A přijde čas, kdy už člověk není schopen fyzicky nadále pečovat, takže je to těžší a těžší“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro děti s postižením v B.).

Péči o dítě mimo rodinu tak lze v dánském kontextu (a zvláště v případech dětí s postižením) chápat nejen jako náhradu, alternativu původní rodiny, ale i jako svého druhu službu pro rodinu, resp. jako doplněk biologické rodiny (Kjeldsen a Kjeldsen 2010). Velmi dobře to ukazuje následující případ, kdy dítě umístěné do pěstounské rodiny chodí k biologické matce každý týden, někdy i na více dnů:

„Ten chlapec je autistický. Chodí do speciální školy. Je tam celkově dobrá spolupráce. A pak je takový případ úplně jiný. – Výzkumník: A v tomto případě chodí dítě domů na tři dny v týdnu? – Někdy ano. [...] Šel do pěstounské péče, protože na matku toho bylo moc. Měla sama psychické problémy, bylo toho na ni moc, aby měla toho syna doma. Takže našli dobré řešení. Někdy je tam na den, na dva, záleží na tom, jak jsou na tom. Mohou se o tom domluvit, změnit to, mají schůzky [pěstounka s matkou, možná za přítomnosti sociální pracovnice] každé tři měsíce, kde se dohodnou, jak to

⁹ Na rozdíl od možnosti osvojit si dítě prostřednictvím mezinárodní adopce, kde naopak Dánsko patřilo k zemím s relativně nejvyšším počtem dětí osvojených ze zahraničí.

bude. A funguje to dobře. [...] Ta pěstounka je vzdělaná, co se týče toho postižení, ví, co má dělat. [...] [chlapec] navštěvuje matku podle toho, jak na tom ona nebo on je. A není pochyb o tom, byla jsem na těch setkáních, že pěstounka toho ví o autismu hodně. Ví, co dělat a umí poradit matce, co by mohla dělat ona. Protože matka není tak strukturovaná, jak je potřeba. Takže se od sebe navzájem učí. Je to velmi dobrý případ. A úřad to v tomto případě dělá dobře. [...] Je fantastické mít možnost být a pomáhat v takovém případě“ (rozhovor, členka organizace na podporu rodičů dětí v péči mimo rodinu).

Samozřejmě ne vždy spolupráce pěstounské rodiny s biologickou funguje takto hladce. Anne-Dorthe Hestbæk (2011) podotýká, že novela zákona o sociální pomoci z roku 1993 vycházela z psychologické teorie objektových vztahů, podle níž jsou biologičtí rodiče nenahraditelní, protože jsou integrovaní do JÁ svého dítěte. A tento princip se uplatňoval i v případech, kdy se dítě dostalo do péče mimo rodinu z důvodů zanedbávání či ohrožení a kdy byly zkušenosti dítěte z kontaktu s biologickými rodiči negativní (Kjeldsen a Kjeldsen 2010). Samosprávné obce i pěstounské rodiny měly povinnost podporovat kontakt dětí v náhradní péči s jejich rodiči, rodiče měli i po umístění dítěte právo nadále o svých dětech rozhodovat a mohli se kdykoli rozhodnout vzít si dítě zpět (pokud proběhlo umístění s jejich souhlasem). Důraz na dobrovolné, na rodinu orientované intervence vyvrcholil v 90. letech. Po roce 2000 se situace začala měnit: princip kontinuity vztahu dítěte s jeho biologickými rodiči ze státem garantované péče o děti ustupuje. Končí tak „období kontinuity“ (jak kontinuity ve vztahu dítěte s vlastními rodiči, tak kontinuity s legislativou sociální péče o dítě 90. let) a nastává „období reformní“ (Hestbæk 2011: 133).

V roce 2001 byla vystřídána po osmi letech sociálně demokratická vláda vládou liberální a ideologie péče o dítě se začala proměňovat. Sociální práce se začala posouvat od „co nejméně rušivých zásahů“ do rodiny (Pösö et al. 2014) k takovým prostředkům, jako byla např. rodičovská nařízení, s jejichž pomocí mohli sociální pracovníci vyžadovat naplňování rodičovské odpovědnosti. Novela zákona o sociálních službách z roku 2001 přinesla větší důraz na práva dětí: v zákoně se objevilo ustanovení, že každá intervence musí být v nejlepším zájmu dítěte.¹⁰ Novela také přišla s řadou nových opatření pro zvýšení stability v životech dětí v náhradní péči. Sociální pracovníci např. mohli rozhodnout o dalším setrvání dítěte v péči, která měla být původně na přechodnou dobu, pokud se mezi dítětem a dospělými v náhradní péči vyvinul těsný vztah, a to i když se dítě do náhradní péče dostalo se souhlasem rodičů. Vedle toho zákon přinesl možnost následné náhradní péče i po dosažení dospělosti, a to až do 22 let, dále také povinnost samosprávných obcí vytvářet interdisciplinární komise a spolupracovat s experty, aby byly intervence včasné a koherentní a případová práce kvalitní. Rodiče pak získali nárok na podpůrnou osobu, která jim měla

¹⁰ Zákon o sociálních službách byl poprvé schválen v roce 1998, kdy nahradil dosavadní zákon o sociální pomoci, nicméně převzal většinu jeho principů. Zavedl však nově princip rovných příležitostí pro vývoj dětí se speciálními potřebami (Hestbæk 2011).

pomáhat, aby zvládali umístění dítěte nejlepším možným způsobem, a pomohla by jim zapojovat se do řešení situace. S reformním obdobím přišly také vládní akční plány: proti sexuálnímu zneužívání dětí v roce 2003 a v roce 2004 pak proti násilí na dětech (Hestbæk 2011).

Od roku 2006 nastává „období predefinování“; jedním z hlavních trendů je posun od péče o rodinu a dítě, založené na dobrovolnosti, k „více intervencionistickému režimu ochrany dítěte, vyznačujícím se zvýšeným zaměřením na odpovědnost jednotlivého občana a schopností použít kárná opatření a donucovací prostředky“ (Hestbæk 2011: 136). Zákon o rodičovské odpovědnosti z roku 2006 dal obcím pravomoc nařít rodičům konkrétní kroky podporující pozitivní vývoj dítěte (např. trénink domácích dovedností pro rodiče). Další novela zákona o sociálních službách v roce 2006 byla ve znamení reformy pěstounské péče: šlo o posílení preventivních opatření pro děti, mladistvé a jejich rodiny a současně o zlepšení případové práce s cílem zajistit, aby byl zájem dítěte na prvním místě. Reforma pěstounské péče rovněž zvýšila důraz na odpovědnost rodiny za řešení vlastních problémů, pokud možno s využitím jejich vlastní sociální sítě: při umísťování dítěte se proto nově měla vždy zvažovat možnost příbuzenské péče (v rámci širší biologické rodiny) nebo síťové péče (umístění do péče rodinných přátel nebo např. učitele). Reforma měla mimo jiné přinést úspory v obecních rozpočtech – oba typy péče jsou levnější než běžná pěstounská péče, protože v uvedených typech péče nedostávají pěstouni fixní plat, pouze kompenzaci za případná omezení v zaměstnání a náhradu výdajů spojených s péčí. Kvalita případové práce se měla zvýšit díky vynaložení značných státních prostředků na vzdělávání a trénink obecních sociálních pracovníků (Hestbæk 2011).

Vlivem změn v pěstounské péči se o zákonných úpravách z roku 2006 hovoří také jako o „reformě umísťování“ (Mehlbye a Houlberg 2013). Ještě na přelomu tisíciletí umísťování dětí do náhradní péče v rámci širší rodiny prakticky neexistovalo. Jørgensen (1991) psal o tom, že vysoký podíl dětí umístěných do veřejné péče vypovídá o tendenci občanů spoléhat se víc na pomoc veřejného systému služeb než na pomoc neformálních sociálních sítí. Charles Browning (1994) si ale všímá toho, že nešlo jen o tendenci občanů, ale i o tendenci systému péče o dítě vylučovat širší rodinu z vyjednávání o řešení situace pokrevně příbuzného dítěte, stejně jako z možnosti se o ně postarat. Podle Jill Mehlbye (2005) považovali sociální pracovníci dlouhá léta umísťování dětí do péče příbuzných za tabu, protože např. prarodiče, jejichž děti mají samy problémy, by podle nich těžko zvládali výchovu dítěte svých vlastních dětí. Po uzákonění změny v roce 2006 se začala levnější příbuzenská (ale také síťová) péče využívat stále častěji. Od roku 2012 se kategorizace mírně upravila a příbuzenská pěstounská péče je zahrnuta do síťové.

Novela zákona o sociálních službách z roku 2009 znovu posílila pravomoc místních úřadů držet dítě v náhradní péči proti vůli rodičů. Např. před návratem dítěte z náhradní péče k rodině místní úřad musí určit délku „čekacího období“ (až půl roku), během něhož plánuje

návrat a zjišťuje, zda pro dítě není případně lepší v péči ještě zůstat. A dokonce i v případě, že k umístění došlo se souhlasem rodičů, může úřad rozhodnout, že dítě už zůstane u pěstounů natrvalo, pokud s nimi žije již delší dobu a má k nim vazbu těsnější než k vlastním rodičům. Nyní je tedy podle zákona možné umístit dítě do náhradní péče natrvalo i tehdy, když rodiče dítě do péče umístili dobrovolně (Hestbæk 2011). Dokonce je možné, že díky navázání těsného vztahu bude dítě nakonec pěstouny i adoptováno. V Dánsku se totiž v posledních 10 letech zmírňují zákonné podmínky domácích adopcí a s možností, že pěstouni budou děti ve svojí péči osvojovat, se přímo počítá, jakkoli je to předmětem kritiky (Paleček 2016). V této souvislosti Hestbæk (2011: 149) hovoří o tom, že dánská politika péče o dítě pomalu opouští „ideologii bezzásahovosti“¹¹ do biologické rodiny a zaměřuje se více na ochranu dítěte, přičemž ve stále větší míře využívá nátlakových prostředků.

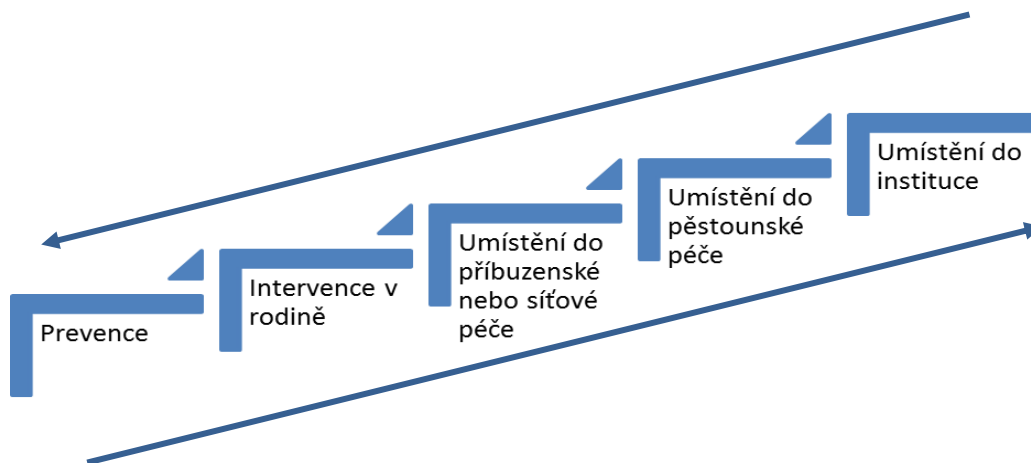
Zákon o sociálních službách od schválení tzv. „dětské reformy“ v roce 2010 obsahuje ustanovení, že při umísťování dítěte nebo mladistvé/ho mimo rodinu je místní úřad povinen „upřednostnit takové místo, které by nabízelo blízký a stálý vztah s dospělými“ a v rámci toho musí posoudit, zda by pěstounská péče nebyla nejvhodnějším řešením (Børne- og Socialministeriet 2010: § 68 b, odst. 2). Pěstounská péče tak výslovně dostala přednost před všemi ostatními typy péče. A nešlo jen o nově umísťované děti, ale i o přesuny dětí a mladistvých umístěných v péči institucí do péče pěstounské. Například v kodaňském Centru pro pěstounskou péči vznikla metodika přesunu dětí z ústavů k pěstounům (Johansen 2009).

Jak ukazují data v tabulce 1, podíl pěstounské péče skutečně roste. A rezidenční zařízení se v důsledku toho zavírají. V roce 2016 bylo v různých formách pěstounské péče již přes 60 % dětí. Současně klesá relativní podíl umísťovaných dětí na celkové dánské dětské populaci – z 1,21 % v roce 2010 na 0,71 % v roce 2016 (Center for Familiepleje 2017b). Trendem reformy je totiž nejen restrukturalizace náhradní péče, ale i její prevence, a případně – dojde-li na ni – brzký návrat dětí do původní rodiny. Náhradní péče má být v této logice výjimečným řešením:

„Chci především jasně říct, že péče mimo rodinu je výjimka. Ne pravidlo. Že když můžeme podporovat dítě doma, ve škole, při volnočasových aktivitách, zkusíme to. To je to hlavní. A v tom je posun“ (rozhovor, pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí).

Dánské samosprávy se v poslední době inspiřují švédským stupňovitým modelem intervencí, který je založen na představě, že ústavní péče je až posledním možným řešením (viz graf 2). A pokud na něj dojde, mělo by se zase sestupovat zpět, tj. mělo by se usilovat o návrat k „nižším“ úrovním intervencí až po navrácení dítěte do rodiny.

¹¹ Některé studie ukazovaly větší zdráhavost dánských sociálních pracovníků v intervencích omezujících práva rodičů, na rozdíl např. od sociálních pracovníků z Norska (Blomberg et al. 2103).



Zdroj: Mathiasen et al. (2012: 3)

Graf 2 Stupňovitý model

O stupňovitém modelu se v Dánsku začalo diskutovat v roce 2012 díky článku dánských autorů „Švédská samosprávná obec zblízka. Inspirace praxí města Borås v oblasti péče o ohrožené děti a mladistvé“ (Mathiasen et al. 2012). Text popisoval systém péče podpory rodin a náhradní péče o děti ve švédském městě Borås a zdůrazňoval rozsáhlé využívání pěstounské péče, včetně příbuzenské a síťové, krátké doby pobytu v náhradní péči (i institucionální) a celkově nízké náklady. Model se rychle začal zavádět do praxe v celém Dánsku¹²:

„[...] teď o tom v Dánsku každý mluví. Ve všech obcích byste zjistil, že buď pracují podle toho švédského modelu, nebo že se pokoušejí to změnit tak, aby podle toho víc pracovali“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy v Kodani).

Kritické hlasy účastníků našeho výzkumu ale říkají, že zkracování doby náhradní péče a nahrazování institucí je vedeno především ekonomickými zájmy, aniž by bylo jisté, že výsledky jsou pro děti skutečně lepší:

„A politiky to zaujalo. Jeden z důvodů je, že je to velmi nákladné, mít děti v péči mimo rodinu, a nejdražší je mít děti v instituci. Hlavně specializované instituce jsou velmi drahé. [...] Ale problém je, že ten výzkum nedokázal, že kvalita je lepší z pohledu dětí, když se to dělá tímhle způsobem, ve srovnání s tím, co jsme dělali v Dánsku. A hlavně otázka krátkodobých umístění na šest měsíců a pak návrat k rodičům... zatím nevíme, jaký to má dopad. A to je velký problém“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy v Kodani).

Obavy spočívají v tom, že „poněkud experimentální filozofie“ (rozhovor, pracovnice výzkumné instituce) překotného zavádění švédského modelu bez analýz dopadů na život dětí může vést k opaku trvalosti, tedy „že principem už nebude trvalost, že děti se budou

¹² Viz např. Bilag 2: Indsatstrappen (nedat.).

přesouvat sem a tam [mezi původní rodinou a pěstouny]“ (*rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy v Kodani*). Hlavní motivací by tak byly úspory, nikoli zájem dětí. Ten by mohl jít naopak zcela stranou. A stejně tak mohou ekonomické zájmy upozadit zájmy dětí a ohrozit stabilitu péče i v rozhodování o přesunech mezi pobytovými zařízeními a pěstounskou péčí:

„[...] pěstounská péče je dobré řešení, ale musíme vycházet z potřeb dítěte. [...] Pobyt v instituci je třikrát až čtyřikrát dražší. [...] pro některé obce může mít užití pěstounské péče ekonomické důvody“ (*rozhovor, pracovnice Svazu sociálních pedagogů*).

„A někdy se setkáváme se specifickým pojetím, kdy například samospráva říká, že cílem je teď co nejrychleji [dostat děti] ven z pobytových institucí do pěstounské péče. A když jsi v pěstounské péči, tak co nejrychleji buď zpátky domů, nebo do příbuzenské péče tvojí rodiny. A z příbuzenské rodiny zpátky. [...] Ale pro mě je to poněkud experimentální filozofie. My neznáme důsledky. Zatím. A některé obce to vidí tak, že je to pro ně levnější“ (*rozhovor, pracovnice výzkumné instituce*).

V roce 2014 se dánský veřejný ochránce práv věnoval – na základě anonymního upozornění z listopadu 2013 – případu kontroverzního plánu úspor samosprávy v Guldborgsundu. Obec zadala svým případovým sociálním pracovníkům úkol, aby v případě dětí umístěných do zařízení ve správě jiných obcí vyjednali snížení ceny, kterou obec za umístění „svého“ dítěte musí platit, o 10 až 15 %. Pokud by se jim to nepodařilo, měli buď pro dítě nalézt levnější zařízení, nebo ho přesunout zpět do Guldborgsundu (pravděpodobně do péče síťových či příbuzenských pěstounů). Cílem bylo snížit počet umístění dětí vyžadujících speciální pomoc v institucích o 30 %. Dalším cílem, o nějž samospráva chtěla usilovat, bylo třiceti- až čtyřicetiprocentní snížení počtu dětí v pěstounské péči. Obec rovněž hodlala zavést tzv. princip minimálního zasahování při práci s umístěnými dětmi. Veřejný ochránce práv ve svojí výroční zprávě z roku 2014 konstatoval:

„... z plánu nebylo jasné, jakým způsobem by se taková věc provedla tak, aby odpovídala zákonnému rámci (přínejmenším zákona o dětské reformě). Je naprosto srozumitelné, že samosprávy pod velkým ekonomickým tlakem hledají cesty, jak snížit náklady. Ale toto byl případ, který musel vést k oprávněné obavě, že by se náklady snižovaly za cenu zanedbání základních práv znevýhodněných dětí“ (Danish Parliamentary Ombudsman 2015: 14).

Ombudsman také uvedl, že jde o výraz obecnějšího problému samospráv, pro nějž je obtížné vyrovnávat ekonomické zájmy se zákonnými povinnostmi. Samospráva po varování ombudsmana svůj plán stáhla. Studie švédského modelu přitom ukazuje, že samospráva ve švédském Boråsu svůj systém péče o znevýhodněné děti legitimizuje mimo jiné právě ekonomickou výhodností. Dělá to ale s neustálým ohledem k zájmům dětí a při reflexi kvality poskytované podpory (Mathiasen et al. 2012).

Ačkoli zatím nelze s jistotou říci, zda šíření švédského modelu a legislativního principu preference rodinné péče přineslo – v kombinaci s tlakem na úspory – zkvalitnění, či zhoršení péče o znevýhodněné děti v Dánsku, reálná změna se zcela jistě odehrává ve struktuře péče. Počet dětí v institucích se snižuje a klesá i poměr dětí v péči vzhledem k celkové dětské populaci.

Následující tabulka 1 přináší podrobný přehled počtu a procentního podílu dětí a mladistvých ve věku 0–22 let pro různé formy péče pro roky 2011–2016.

Tabulka 1 Typy péče a počty/podíly umístěných dětí a mladistvých (0–22 let) v letech 2011–2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Celkem	15 147 (100 %)	15 044 (100 %)	14 723 (100 %)	14 435 (100 %)	14 158 (100 %)	14 097 (100 %)
Pěstounská rodina z rodinné sítě	905 (5,97)	920 (6,12)	921 (6,26)	949 (6,57)	996 (7,03)	1023 (7,26)
Běžná pěstounská rodina s obecným pověřením	431 (2,85)	576 (3,83)	740 (5,03)	1472 (10,2)	2230 (15,75)	2936 (20,83)
Běžná pěstounská rodina se specifickým pověřením	35 (0,23)	39 (0,26)	61 (0,41)	169 (1,17)	247 (1,74)	320 (2,27)
Obecní pěstounská rodina s obecným pověřením	29 (0,19)	45 (0,3)	64 (0,43)	127 (0,88)	209 (1,48)	230 (1,63)
Obecní pěstounská rodina se specifickým pověřením	3 (0,02)	6 (0,04)	9 (0,06)	28 (0,19)	39 (0,28)	4 (0,35)
Vlastní pokoj, studentský domov, zařízení podobné studentskému domovu	1059 (6,99)	1000 (6,65)	865 (5,88)	815 (5,65)	731 (5,16)	653 (4,63)
Částečně uzavřená pobytová instituce nebo částečně uzavřené oddělení v otevřené pobytové instituci	3 (0,23)	50 (0,33)	53 (0,36)	60 (0,42)	67 (0,47)	85 (0,6)
Pobytová instituce, uzavřené oddělení	92 (0,61)	93 (0,62)	99 (0,67)	105 (0,73)	87 (0,61)	113 (0,8)
Pobytová instituce, všeobecné oddělení	2386 (15,75)	2413 (16,04)	2378 (16,15)	2216 (15,35)	2068 (14,61)	2023 (14,35)
Pobytová instituce pro fyzicky nebo mentálně postižené děti a mladistvé	3 (0,25)	54 (0,36)	65 (0,44)	184 (1,27)	251 (1,77)	293 (2,08)
Internátní škola a/nebo pokračovací škola	511 (3,37)	470 (3,12)	454 (3,08)	400 (2,77)	330 (2,33)	292 (2,07)
Sociopedagogický domov	2496 (16,48)	2386 (15,86)	2223 (15,1)	2051 (14,21)	1960 (13,84)	1858 (13,18)
Lodní projekt	22 (0,15)	23 (0,15)	19 (0,13)	16 (0,11)	1 (0,11)	11 (0,08)
Běžná pěstounská rodina (do 2014)	6192 (40,88)	6103 (40,57)	5926 (40,25)	5115 (35,43)	4306 (30,41)	3675 (26,07)
Obecní pěstounská rodina (od 2011)	121 (0,8)	232 (1,54)	305 (2,07)	247 (1,71)	202 (1,43)	165 (1,17)
Obecní pobytová instituce (2006–2009)	382 (2,52)	266 (1,77)	191 (1,3)	127 (0,88)	92 (0,65)	73 (0,52)

Krizová instituce (2006–2009)	121 (0,8)	86 (0,57)	70 (0,48)	56 (0,39)	41 (0,29)	26 (0,18)
Pěstounská rodina z rodinné sítě podle § 76 a (mladiství s post. 18–22)	4 (0,03)	6 (0,04)	13 (0,09)	29 (0,2)	49 (0,35)	66 (0,47)
Běžná pěstounská rodina podle § 76 a (mladiství s post. 18–22)	0	0	2 (0,01)	5 (0,03)	16 (0,11)	26 (0,18)
Obecní pěstounská rodina podle § 76 a (mladiství s post. 18–22)	0	0	1 (0,01)	7 (0,05)	12 (0,08)	13 (0,09)
Neuvedeno	285 (1,88)	276 (1,83)	264 (1,79)	257 (1,78)	210 (1,48)	167 (1,18)

Zdroj: StatBank Denmark.ANBAAR1¹³

Poslední tabulka v této kapitole popisuje podrobněji různé typy pěstounské péče:

Tabulka 2 Typy pěstounské péče používané v současnosti

<p>Pěstounská péče</p> <ul style="list-style-type: none"> – historicky nejstarší ze současných forem pěstounské péče; tzv. „běžná“ pěstounská péče – pěstouni nejsou zaměstnanci obce, ale obec jim vyplácí měsíční odměnu, a to pouze v době, kdy mají v péči dítě – pěstouni s obecným oprávněním k péči (pěstouni nemají předem žádný vztah k dítěti, které půjde do jejich péče; oprávnění uděluje regionální úřad pro dohled v sociální oblasti, pěstouni jsou zařazeni do národní databáze pěstounů s obecným oprávněním) – pěstouni se speciálním oprávněním (jsou v nějakém vztahu k dítěti, které má jít do jejich péče; oprávnění uděluje místní úřad samosprávné obce, nejsou zařazeni do databáze)
<p>Síťová pěstounská péče</p> <ul style="list-style-type: none"> – od roku 2006 – pěstouny jsou osoby z příbuzenského okruhu nebo sociálního okolí dítěte, znají ho, mají k němu vztah – při rozhodování o umístění do náhradní péče musí být podle zákona síťová pěstounská péče první zvažovanou možností – nedostávají odměnu, pouze případnou náhradu ušlé mzdy, a to v plné výši, a kompenzace nákladů spojených s péčí o dítě – pouze pěstouni se speciálním oprávněním (jsou v nějakém vztahu k dítěti, které má jít do jejich péče; oprávnění uděluje místní úřad samosprávné obce, nejsou zařazeni do databáze)
<p>Obecní pěstounská péče</p> <ul style="list-style-type: none"> – od roku 2011, zatím tato forma péče není příliš používaná – zejména pro děti s vyšší mírou potřeb, předpokládá se vyšší odbornost pěstounů a vyšší podpora ze strany obce – pěstouni jsou zaměstnanci obce, dostávají mzdu, i když zrovna nemají v péči dítě – pěstouni s obecným oprávněním k péči (pěstouni nemají předem žádný vztah k dítěti, které půjde do jejich péče; oprávnění uděluje regionální úřad pro dohled v sociální oblasti) nebo pěstouni se speciálním oprávněním (jsou v nějakém vztahu k dítěti, které má jít do jejich péče; oprávnění uděluje místní úřad samosprávné obce)
<p>Odlehčovací (respitní) pěstounská péče</p> <ul style="list-style-type: none"> – přechodná pěstounská péče nabízená jako odlehčení rodinám pečujícím o dítě (a to jak biologickým, tak pěstounským) – jde vždy o jednu z výše uvedených forem pěstounské péče

¹³ Viz také StatBank Denmark. BU02A a StatBank Denmark. BU02B.

Specializovaná pěstounská péče

- obce také vyvíjejí vlastní schémata pěstounské péče, která lze souhrnně označit jako „specializovanou“ pěstounskou péči (tréninková pěstounská péče, posílená pěstounská péče, akutní pěstounská péče apod.)
- často jde o „běžné“ pěstounské rodiny, používané pro specifické cílové skupiny (děti s mnohonásobnými problémy a potřebami) a se zvýšenou podporou ze strany obce

Soukromá pěstounská péče

- nejde o umístění v právním slova smyslu, ale o dohodu mezi zákonnými zástupci a osobami, u nichž dítě bydlí
- pokud dítě mladší 14 let žije déle než tři po sobě jdoucí měsíce u jiných osob než u svých zákonných zástupců, musí tyto osoby požádat o povolení příslušnou obec; obec povolení udělí poté, co provede šetření a pokud usoudí, že je pobyt dítěti k užtku
- obec na umístění dohlíží

Zdroj: Mehlbye a Houlberg 2013, Børne- og Socialministeriet 2015, Socialpædagogerne, nedat.

3.1.4 Od institucí k pěstounské péči pro děti s postižením

Co se týče dětí s postižením, jejich možnosti se od možností náhradní péče pro jinak znevýhodněné děti značně lišily a dosud liší. Ačkoli podíl pěstounské péče na péči mimo rodinu setrvale vzrůstal (viz graf 1 a tabulka 1), dětí s postižením se to tolik netýkalo. Dokument dánské Ústřední rady postižených v roce 2002 uvádí:

„Pokud speciální potřeby podpory dítěte nebo mladistvého [s postižením] nemůže pokrýt pomoc poskytovaná v jeho nejbližším prostředí, dítě (nebo mladistvý) může být umístěno do zařízení speciálně navrženého pro děti a mladistvé s postižením“ (Wiederholt et al. 2002, viz také Council of Europe 2003: 102).

Jako případná náhradní péče tedy přicházela až donedávna v úvahu především péče ústavní (byť ta se postupně výrazně proměňovala). Přístup k umísťování dětí s postižením do jisté míry odolává změnám, které se odehrávaly v širším poli náhradní péče.

Rodin ochotných stát se pěstouny je celkově nedostatek. A najít pěstounskou rodinu ochotnou vzít si do péče dítě s postižením může být ještě složitější:

„Je to velmi těžké, protože jen málo normálních rodin má kapacitu přijmout dítě s handicapem. Potřebují samozřejmě zvládat ten handicap, musejí v tom být vzdělaní, potřebují na to mít připravený dům. A obecně je v Dánsku nedostatek pěstounů pro normální děti, tak je těžké najít někoho pro autistické dítě. Protože to vyžaduje mnohem víc [úsilí]. A dokonce i když jim platíme víc, je to obtížné“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v A.).

Odměňování pěstounů může jejich rozhodování o přijetí dítěte negativně ovlivňovat. Jednak není pěstounům vždy nabídnuto finanční ocenění dost vysoké na to, aby dítě přijali, a jednak je systém odměňování nastavený demotivačně: pokud se dítěti v pěstounské péči daří, obecní úřad může usoudit, že péče už není tolik náročná a odměnu může snížit:

„Je těžké najít rodinu, která se vzdá deseti let svého života pro dítě vyžadující hodně pozornosti, pokud vlastně navzdory tomu, že pracují dobře, nedostanou [po nějaké době] stejně peněz [jako na začátku]“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v A.).

Situace je o to náročnější, že děti s postižením se dostávají do náhradní péče spíše ve vyšším věku (Socialministeriet 2010) a pro starší děti s postižením se hledají pěstounské rodiny ještě hůře:

„Je těžké najít pro naše děti pěstounské rodiny, hlavně když jsou starší. Je to snazší, když jsou malé, ale když je jim třináct, je to velmi těžké. Takže když máme děti dvanácti- třináctileté, častěji je musíme umístit do instituce“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro postižené děti v B.).

Svůj podíl na tom může mít odmítavý postoj pěstounských rodin k přijímání dítěte s postižením, kdy – jak ukazuje zkušenost jednoho sociálního pracovníka – „skoro všichni pěstouni, sotva slyšeli slovo postižení, řekli ne“. Taková reakce ale může být založena na zidealizované představě pěstounů, že „pokud není dítě diagnostikované, lze s ním pracovat a bude z něj ‚normální‘ dítě“, zatímco mít diagnózu znamená něco jako mít razítko potvrzující, že žádné zlepšení není možné (Alstrup et al. 2016: 170).

Jednou z překážek péče v náhradních rodinách je ale i to, že pro biologické rodiče je představa umístění jejich dítěte do pěstounské rodiny mnohdy obtížná. Cítí to jako ohrožení svojí rodičovské pozice:

„V některých případech to biologičtí rodiče nechtějí [aby jejich dítě šlo do pěstounské péče]. Protože je to psychologická věc: já jako rodič jsem nevládal mít dítě doma a teď bych se měl dívat na jinou rodinu, která mu dokáže pomoci... to je pro některé rodiče těžké přijmout“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

Pro mnoho biologických rodičů je snazší „přijmout, že dítě žije v instituci, protože instituce je jako rodiče tolik neohrožuje“ (Johansen 2009: 9). Navíc jsou dnešní pobytová zařízení mnohem více otevřená rodičům než dříve. Dříve byli rodiče spíše odrazováni od toho, aby svoje děti v institucích navštěvovali, v 60. letech bylo běžné, že zaměstnanci ústavů považovali rodiče za obtížné, nebrali jejich přítomnost a zájem o dítě jako příležitost ke spolupráci, nebyli ochotni naslouchat jejich názorům (Henning 2010, Vaaben 2010a). Dnes „jsou rodiče vítáni“ (rozhovor, pracovnice pobytového zařízení pro děti s postižením v D.). Instituce jsou dnes vůči rodičům mnohem otevřenější než v minulosti. Podporu kontaktu dětí s rodiči a vlastní spolupráci s rodiči považují zaměstnanci ústavů za součást svojí práce:

„Děti mají hodně kontaktů s rodiči, není tu nikdo bez kontaktu. Docela hodně dětí chodí domů jednou týdně na odpoledne, možná každý druhý víkend. Pár dětí vidí

rodiče jen tady. [...] V několika případech to rozhodla obec, jindy je to pro rodiče těžké mít děti doma. Ale považujeme rodiče za důležitou součást životů dětí i naší práce. Potřebujeme být v kontaktu, hodně o nich přemýšlíme, jaký mohou mít vztah, kontakt s dětmi, zkoušíme s nimi mluvit. Učit je, jak zacházet s problémy dětí, jak jim rozumět. Řada z nich moc nerozumí jejich postižení, tak je podporujeme, aby začali nějak s dítětem pracovat“ (rozhovor, pracovnice pobytového zařízení pro děti v E.).

Celkově děti umístěné v institucích vídají svoje rodiče častěji než děti v pěstounských rodinách. Výzkum Ottosen et al. (2015) ukázal, že ze zkoumaných případů dětí umístěných v instituci svoje rodiče vídá 33 % dětí a 30 % se s oběma rodiči každý týden setkává. To souvisí jednak s otevřeností institucí, ale i s charakteristikami rodičů. Mnohdy jde právě o rodiče dětí s postižením, které se dostávají do náhradní péče mnohem více z důvodů spojených s postižením než kvůli problémům na straně rodičů. Rodiče dětí umístěných do institucí mají častěji vyšší vzdělání a vyšší příjmy než rodiče dětí v pěstounské péči. Ti naopak mívají častěji potíže se závislostí na návykových látkách, duševní nemocí či kriminalitou (Frederiksen 2012, Ottosen et al. 2015, Lausten a Jorgensen 2017).

Pro některé obce je zásadní nesouhlas rodičů s pěstounskou péčí důvodem k tomu, aby do ní dítě neumístili (Mehlbye 2014b). Předpokladatelné obavy rodičů mohou při nabízení pěstounské péče jako možného řešení vést i k jisté opatrnosti sociálních pracovníků:

„Ale někdy cítím, že by mohlo být jednodušší říct některým rodičům, že bychom spíš viděli dítě v instituci místo v pěstounské péči, protože to, že se o jejich dítě budou starat profesionálové, je pro ně mnohem jednodušší, než když slyší: ‚Je to jen jiná rodina s tátou a s mámou a my si myslíme, že má nějaké dovednosti na to, aby se o dítě postarala, zatímco vy se je ještě musíte učit.‘ To je mnohem těžší. Takže je jednodušší říct: ‚Tady jsou profesionálové, mají vzdělání, budou dělat to a to.‘ Myslím, že je pro rodiče snazší přijmout to takto“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro děti s postižením v B.).

Jak uvádějí Andersen a Fallesen (2015), v práci sociálních pracovníků a místních komisí hrají při rozhodování o umístění dítěte svoji roli také tradice a dříve učiněná rozhodnutí – někdy víc než konkrétní situace dítěte a charakteristiky problému. A přestože zákon o sociálních službách zdůrazňuje, že je nutné rozhodovat v každém jednotlivém případě právě na základě konkrétní situace, mají na konečné rozhodnutí vliv také organizační faktory, omezení, či naopak dosažitelné zdroje (Ubbesen 2013). Pro děti s postižením byla donedávna pobytová zařízení zavedeným a samozřejmým řešením:

„Na zcela praktické úrovni to bylo tak, že případoví pracovníci pro děti s postižením absolvovali něco jako vyhlídkovou jízdu autobusem a ukazovalo se jim: ‚To a to jsou instituce, které můžeme využívat pro děti s postižením‘“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy v Kodani).

Podobně jedna ze sociálních pracovníků v rozhovoru popisovala nabídku pro řešení situace dítěte s postižením automaticky jako paletu možností ústavní péče. Samotná existence institucí otevírá možnost snadného propojení potřeb dítěte, odvozovaných od diagnózy, s odbornou specializací konkrétního zařízení:

„Když ve škole vidí, že je dítě agresivní nebo že má potíže s porozuměním tomu, co říká učitel, tak je potřeba zjistit, o co jde. Možná je to autismus nebo něco takového. A my pak od nich ten případ dostaneme sem. – *Výzkumník*: Co můžete nabídnout? – Máme hodně institucí. Máme instituce specializované na autismus, na Downův syndrom a taky instituce, kde mají všechny typy postižení. Takže zjišťujeme, jaké potřeby má to dítě a pak se díváme, která instituce se o to může starat“ (*rozhovor, pracovníce úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v C.*).

A pokud instituci pro děti s postižením provozuje a platí obec, která současně potřebuje umístit dítě do náhradní péče, může být ekonomický zájem na obsazení prázdných míst dalším faktorem ovlivňujícím rozhodování:

„Kodaň byla známá jako město institucí. V Kodani je několik center [pro péči o dítě a mladistvé] a každé centrum vědělo, že v institucích mají deset prázdných míst, která je potřeba naplnit. Takže to udělali. A teprve když bylo deset dětí v institucích, tak teprve u jedenáctého dítěte začali přemýšlet o pěstounské péči. Protože prvních deset je ‚zadarmo‘. Tak to Kodaň organizovala, tu práci: napřed obsadit místa v institucích, kde pracují lidé a dostanou za to tak jako tak zapláceno. A děti šly do instituce, žádný problém. Tak to bývalo. Ale už to tak není“ (*rozhovor, pracovníce úřadu místní samosprávy v Kodani*).

Profesionálové se v rozhovorech někdy odkazovali k hranici, za kterou je podle nich péče o dítě s postižením v pěstounské rodině nezvladatelná:

„Měla jsem rodinu, kde bylo dceři asi pět a měla syndrom... problémy... a jeden z nich byl, že neustále křičela. A to bylo tak těžké jí pomoci. A taky v předškolním zařízení jí prostě nemohli pomoci. A aby jí rodina měla doma, poskytovali jsme jim pedagogické poradenství: jestli jí mohou nějak pomoci, jak by to mohli dělat možná jinak, dát jí víc pohodlí. A to celé v kombinaci s tím, že byla mimo domov každý druhý víkend a jeden den během týdne. Ale nakonec rodina řekla, že už to dál nezvládá. Bylo to tak pořád, 24 hodin, v noci jeden z nich musel spát v obýváku, dítě spalo možná dvě hodiny, probouzelo se s křikem. A tak jsme řekli: ‚Ano, je toho pro ně moc.‘ A myslím, že by to bylo moc pro jakoukoli [zdůrazňuje] rodinu, takže nemohla jít ani do žádné pěstounské rodiny. Musela jít do ústavu“ (*rozhovor, pracovníce úřadu místní samosprávy, Centrum pro děti s postižením v B.*).

Zároveň se v některých výrocích odráží i to, že tato hranice není nijak pevně daná. Jedna z respondentek jedním dechem definovala kontraindikace pro pěstounskou péči jako takové

obtíže, o které se nemůže postarat „žádná rodina“, a hned vzápětí jako takové, o které by se některé rodiny postarat zřejmě zvládly, byť by jich bylo „jen málo“:

„Některé [děti s postižením] mají takové problémy, že žádná rodina není schopna se o ně postarat. Potřebují speciální zacházení 24 hodin denně. Asi by bylo jen málo rodin, které by měly zdroje na to, pečovat o takové děti“ (*rozhovor, pracovnice výzkumné instituce*).

Jestli jsou nároky na péči zvladatelné, nebo ne, se totiž těžko odhaduje dopředu. Hranice zvladatelnosti se odvozuje od reálných možností případných pěstounů, možností konkrétního místa, kde rodina žije, možností obce nastavit další potřebnou podporu, stejně jako od představ zúčastněných aktérů o všech těchto možnostech:

„*Pracovnice 1*: Pěstounská rodina by to nejspíš vzdala, protože potřeby dítěte jsou tak náročné a problémy kolem něj jsou velké. – *Pracovnice 2*: Například jedno z dětí tady je v kolečkovém křesle. A možná rodina žije v bytě, kde jsou jen schody. Jak mají dítě z domova někam přepravit? Nebo se musejí starat o všechno, dýchání, oblékání, krmení, nemohou se starat o speciální hadičky umístěné na těle, je potřeba, aby na to někdo pořád dával pozor, a když mají rodiče práci na plný úvazek... A možná si nemohou dovolit navíc soukromého pečovatele, což většinou rodiny ani nedělají, tak proto jim obec poskytuje zařízení jako tohle, kde dítě dostane nepřetržitou péči“ (*rozhovor, pracovnice pobytového zařízení pro děti s postižením v D.*).

Přesto je z jiného úhlu pohledu pro podobný případ pěstounská péče myslitelná:

„Některé děti mají tolik speciálních potřeb, potřebují vybavení a... Ale zkusíme to, i když mají sondy, respirátory, také můžeme mít pěstounskou rodinu, které mohou pomáhat zdravotníci. Takže není nemožné, aby takové dítě bylo v pěstounské rodině“ (*rozhovor, pracovnice Úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani*).

Profesionálové hovoří o hranici vymezující, co je v pěstounské péči zvladatelné, a co už nikoli. Ale praxe zároveň ukazuje, že taková hranice není jednoduše definovatelná mírou obtíží dítěte a náročností péče, ale spíše vyplývá z konkrétního nastavení systému, možností a vůle zúčastněných aktérů v každém jednotlivém případě.¹⁴ Jde tedy o hranici, která se v různých souvislostech proměňuje. Co nebylo v Dánsku možné před čtyřiceti lety, bylo před dvaceti lety už běžné. A co nebylo představitelné před deseti lety, začíná být myslitelné dnes. Například v Kodani se v posledních letech snaží o důslednější naplňování zákona a prolomení zaběhané rutiny umísťování dětí s postižením do ústavní péče:

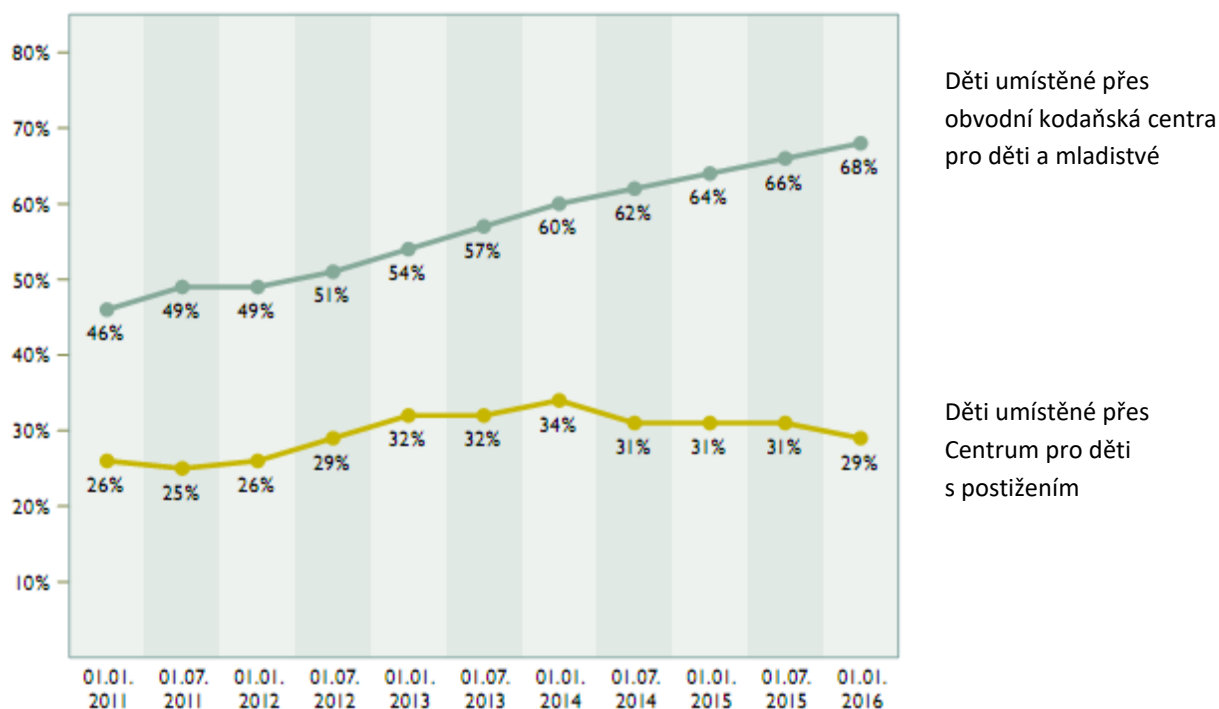
¹⁴ Tomu odpovídá i zjištění, že sami pěstouni si lépe ujasní, jak jsou schopni o dítě pečovat, až poté, co k nim bylo dítě umístěno (Welch et al. 2015).

„A my jsme si řekli, že to je hloupé [umísťovat tyto děti automaticky do ústavní péče], protože když chceme, aby pro všechny děti platil zákon stejně, tak by děti s postižením měly dostat stejnou příležitost. To znamená, že nejdřív bychom měli zvážit, jestli může jít do pěstounské péče. Takže případoví pracovníci by neměli jen obhlížet instituce“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy v Kodani).

Kodaňské Centrum pro pěstounskou péči spolupracuje se sociálními pracovníky jednotlivých (obvodních) center pro péči o děti a mladistvé a také s kodaňským Centrem pro občany s handicapem, resp. jeho Centrem pro děti s postižením, při umísťování dětí s postižením do pěstounských rodin, „protože tu běží ta velká politická změna a je snaha minimalizovat počet dětí, které se dostávají do institucí“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy v Kodani). Vedle snahy umísťovat děti do pěstounské péče ve chvíli, kdy musejí odejít z biologické rodiny, Centrum pro pěstounskou péči usiluje také o to, aby se do náhradní rodinné péče přesouvaly i děti s postižením, které byly už dříve umístěny do rezidenčního zařízení:

„Máme schůzky s Centrem pro občany s handicapem, abychom podpořili ten posun od institucí k pěstounským rodinám. A děláme to už několik let. [...] – Výzkumník: Měli jste nějaké úspěšné případy? – Ano, nějaké máme. Ale je jich pár. Myslím tak sedm případů v posledních letech, kdy jsme našli možnost, jak dostat děti z instituce do pěstounské rodiny“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

Navzdory „velké politické změně“ čísla ukazují, že praktické změny – alespoň v Kodani – zatím dosaženo nebylo. Jak ukazuje následující graf 3, v Kodani je do pěstounské péče umísťováno mnohem méně dětí s postižením než bez postižení. Graf 3 rozlišuje mezi dětmi, které jsou umístěny přes šest kodaňských obvodních center pro péči o děti a mladistvé (ta jsou zaměřena na rodiny s dětmi v ohrožení, ale nepracují s dětmi s postižením) a dětmi umístěnými přes Centrum pro děti s postižením (které se naopak na děti s postižením a jejich rodiny specializuje). I mezi dětmi umístěnými přes lokální kodaňská centra pro péči o děti a mladistvé jsou pravděpodobně děti s nějakým typem nemoci či postižení, např. s duševní nemocí či ADHD. Složitější případy dětí s chronickými nemocemi a s postižením se nicméně dostávají většinou do péče Centra pro děti s postižením, které patří pod Centrum pro občany s postižením (Alstrup et al. 2016):



Zdroj: Alstrup et al. (2016: 166)

Graf 3 Vývoj podílu pěstounské péče na náhradní péči o děti v Kodani u dětí s postižením a dětí bez postižení 2011–2016

Stejný rozdíl jako v roce 2016 ukazují i data z dubna 2017: 68 % dětí bez postižení oproti 29 % dětí s postižením v pěstounské péči (Center for Familiepleje 2017a).

Orientace na pěstounskou péči v rámci náhradní péče pro děti s postižením je tedy v současnosti tématem, kterému je věnována – alespoň v Kodani – značná pozornost. Ale ani v Kodani, kde příslušné instituce podnikají konkrétní kroky, nedošlo zatím v umísťování dětí s postižením do pěstounské péče k zásadní změně. A to přesto, že byla v rámci dětské reformy zavedena tzv. obecní pěstounská péče pro děti s většími potížemi, které by se jinak dostávaly do rezidenční péče. Zatím však tato forma péče, ani její obdoba – specializovaná pěstounská péče – nejsou příliš využívány, ačkoli právě ony by mohly lépe sloužit k umísťování dětí s postižením (Mehlbye 2014b).¹⁵

Dánsko dosud nezavedlo statistické sledování dětí s postižením v populaci, což má za následek, že „skupina dětí s postižením je méně viditelná“. Nicméně odhaduje se, že děti s postižením by mohly tvořit kolem 1 % dětské populace (National Council for Children 2000: 31). Nesledují se ale celková data o podílu dětí s postižením v náhradní péči. Není tudíž

¹⁵ Podrobněji o obecní a specializované pěstounské péči viz kapitolu 3.3.6 – Specializovaná pěstounská péče jako potenciál změny.

jasné, kolik dětí s postižením se dostává do ústavů, kolik do pěstounské péče ani u kolika z nich se daří podporovat rodinu tak, aby mohly zůstat doma.

Lokální data z října 2017 z Centra pro občany s postižením v Kodani říkají, že v Kodani je 1 106 dětí s postižením a jejich rodin, které vyžadují více intervencí než jen kompenzační příspěvky. Z nich žije 164 v náhradní péči¹⁶ (*e-mailová komunikace s pracovníci Centra pro děti s postižením*). To znamená, že „pouze“ 14,8 % dětí s postižením, jejichž situace (a situace jejich rodin) vyžaduje intervenci obecní samosprávy, je v náhradní péči. Většina (85,2 %) dětí s postižením, jejichž rodiny využívají víc forem podpory než jen náhrady výdajů, vyrůstá ve svojí rodině. Zároveň však tento poměr vypovídá i o tom, že děti s postižením jsou umísťovány do náhradní péče mnohem častěji než děti obecně – celkově se v Dánsku do péče mimo rodinu dostává necelé procento všech dětí. Některé studie ukazují, že děti s dlouhodobou nemocí či postižením je v náhradní péči až 30 % (Egelund a Hestbaek 2007, Ottosen et al. 2015). Pokud je v celkové dětské populaci cca 1 % dětí s postižením, znamená to, že děti s postižením jsou v populaci všech dětí umístěných do náhradní péče výrazně nadreprezentované. Ačkoli většina dětí s postižením dnes vyrůstá v rodině a pěstounská i ústavní péče jsou určeny jen „pro pár dětí s postižením“ (*rozhovor, pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí*), je oněch „pár dětí“ ve skutečnosti vysoké číslo ve srovnání s relativním počtem dětí v péči, které mentální či fyzické postižení nemají.

Děti s postižením, které z různých důvodů nemohou zůstat s vlastní rodinou, se navíc ve většině případů nedostávají do náhradní rodinné péče, ale do prostředí pobytových zařízení (byť ta vypadají a fungují výrazně jinak než v minulosti, co se týče velikosti, uspořádání, přístupu pracovníků či spolupráce s rodinami). Deinstitucionalizace péče pro děti s postižením tak neznamená primárně nahrazení ústavní péče péčí pěstounskou, ale především to, že děti zůstávají doma s vlastní rodinou.

3.2 Prevence umísťování dětí s postižením do náhradní péče

3.2.1 Služby prevence (včetně odlehčovací pěstounské péče)

Jedním z cílů reformy specializované institucionální péče pro občany s postižením bylo to, aby péče o ně přestala být „speciální“ ve smyslu existence paralelního systému péče pro určitou skupinu lidí, definovanou společným znakem (postižením). Tedy aby se stala součástí veřejných služeb a vycházela ze stejných principů a pravidel jako podpora občanů bez postižení. Dánská politická reprezentace se v souladu s tím v 90. letech rozhodla (na rozdíl např. od USA) nevytvářet antidiskriminační zákon o lidech s postižením, protože ten by

¹⁶ Ze 164 kodaňských dětí umístěných mimo rodinu žije 42 v pěstounské péči a 120 v rezidenčních zařízeních (94 v ústavech, 23 v privátních sociopedagogických domovech, 3 v internátní škole), 2 mladiství žijí sami – vlastní bydlení s dohledem je také formou náhradní péče pro dospívající děti (*e-mailová komunikace s pracovníci Centra pro děti s postižením*).

vyděloval občany s postižením jako zvláštní skupinu. Sociální politika péče o osoby s postižením byla v roce 1993 definována „pouze“ v parlamentním prohlášení a jejím hlavním cílem je rovnost příležitostí (Wiederholt et al. 2002). V případě dětí s postižením rovné příležitosti znamenají, že pro ně má platit stejná politika péče o dítě jako pro děti bez postižení. Dlouho tomu tak nebylo. V 50. letech bylo normou, že (především mentálně) postižené děti patří do ústavu. Zároveň ale od 50. let rostla kritika životních podmínek v ústavech, která vyústila do diskuse o tom, že by i lidé s postižením měli žít tak normálně, jak je to jen možné.

Ještě na konci 70. let v ústavech ale žili lidé, kteří tam strávili celý svůj dosavadní život (Wiederholt et al. 2002), stejně jako bylo standardní ještě na začátku 70. let umisťovat do institucí malé děti (Vaaben 2010e). Přesto začalo být postupem času představitelnější, že děti s postižením mohou žít „normální život“, to znamená vyrůstat v rodině, chodit do školy atd. Jak ukazuje rozhovor s matkou, jejíž dcera se narodila v 80. letech s dětskou mozkovou obrnou, podpora pro rodiny s dětmi s postižením tehdy již fungovala. Sociální pracovník z obce rodinu kontaktoval krátce po narození:

„Dostávali jsme pomoc od obce. Měli jsme sociálního pracovníka, který nás navštěvoval. Řekli jsme mu, že nic nepotřebujeme, ale on řekl: ‚Ale ano, měli byste dostat to a to a to.‘ [...] dostali jsme speciální školku, kam chodila a která byla zadarmo. Léčili ji tam, měla tam fyzioterapii a ergoterapii. A stimulaci. A to byla dobrá pomoc. [...] Mám pocit, že mi pořád pomáhali. [...] Myslím, že to bylo celkem automatické“ (rozhovor s matkou dcery s postižením).

Na přelomu tisíciletí už byla v sociální politice pevně ustálená představa, že i dítě s postižením by mělo zůstat doma tak dlouho, jak je to jen možné, a mělo by být integrováno (s potřebnou podporou) do služeb či institucí ve svém bezprostředním okolí. Mimo jiné z toho vyplývala povinnost obecních úřadů informovat rodiče dětí s postižením (stejně jako ostatní rodiny, které mají potíže) o všech dostupných službách a příspěvcích, které rodina v dané situaci může v systému péče o ohrožené děti získat (Wiederholt et al. 2002).

Mezinárodní srovnání systémů péče o děti, resp. ochrany dětí, ukazuje, že v posledních desetiletích se tyto systémy stále více soustřeďují na podporu poskytovanou rodinám doma či ambulantně se záměrem předejít umisťování dětí do náhradní péče (Gilbert et al. 2011). Ani Dánsko v tomto ohledu není výjimkou. O orientaci dánského systému na prevenci (vedle zaměření na pěstounskou péči) psal Jørgensen (1991) ještě v době, kdy bylo v zákoně definováno jen omezené množství služeb na podporu rodiny. Od účinnosti novely zákona o sociální pomoci v roce 1993 se ale zákonem definovaná škála služeb rozrostla a diferencovala. Nyní obsahuje široké spektrum intervencí – od pomoci s udržováním domácnosti, poradenství po rodinnou terapii či specializované školky (Ubbesen et al. 2013).

Pomoc rodinám s dětmi s postižením lze rozdělit na tři oblasti: oblast podpory, finančních kompenzací a odlehčení. Cílem je, aby rodina s dítětem „žila pokud možno normální život“ (Larsen 2017). Rodiče se mohou obracet na oddělení pro děti a mládež místního úřadu a mělo by se jim dostat základního poradenství. Obec pak může nabízet řadu podpůrných služeb, ambulantních nebo poskytovaných přímo v domácnosti, např. praktickou, pedagogickou nebo jinou podporu v domácnosti, rodinnou terapii či individuální terapii dítěte, osobního poradce pro dítě, skupinová setkání rodičů nebo dětí, docházku dítěte do předškolního zařízení, klubu pro mladistvé nebo do specializované vzdělávací instituce. Rodiče mohou dostat finanční náhradu za ušlý příjem, pokud zůstanou doma a pečují o dítě, dále obce poskytují finanční kompenzace nákladů spojených s postižením, příspěvky na auto apod. A také mohou nabídnout odlehčovací službu v pěstounské rodině nebo v instituci (Ministry of Social Affairs and Integration 2011, Larsen 2017). Jako preventivní opatření obce někdy poskytují také péči v tzv. domech pro rodiny, obsahující terapeutické intervence i jednorázové poradenství, skupinová setkání pro děti i rodiče atd. (Boddy et al. 2009). Jen třetina dětí z rodin, které využily domy pro rodinu, se nakonec dostane do náhradní péče (Dall 2017).

Cílová skupina rodin, které mohou preventivní služby a opatření využívat, je velmi široká. U všech ale platí, že je v ohrožení vývoj dítěte. Ať už kvůli tomu, že rodiče mají sami potíže, které jim brání o dítě dobře pečovat, nebo proto, že péče o dítě je natolik náročná, že by ji rodiče bez vnější podpory nevládali:

„V našem týmu se pracuje s případy, ve kterých existují obavy o vývoj a blaho dítěte. Včetně rodinných problémů. A máme všechny typy rodin. Některé mají sociální problémy, máme ale také vzdělané rodiny, ale postižení dítěte je tak rozsáhlé, že potřebují další pomoc. Aby se zajistilo, že dítě má ty nejlepší podmínky“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro děti s postižením v B.).

Ne všechny obce poskytují služby rodinám samy. V Dánsku existují neziskové organizace, které se zabývají oblastí péče o děti a poskytují podporu jak biologickým, tak pěstounským rodinám. V rámci prevence umístění je obce mohou využívat např. pro posouzení situace, ale i pro přímou podporu v domácnostech:

„Děláme práci pro mnoho obcí, je to hlavně rodinná terapie s rodinami, kde se schyluje k tomu, že budou děti odebrány do náhradní péče. A my se ještě předtím pokoušíme o něco jiného. Někdy je to analýza rodiny: jsou schopni rodiče změnit situaci, svůj přístup? Tak, aby něco dělali jinak a děti mohly možná zůstat doma. To je v zásadě to, co děláme, chodíme do rodin a analyzujeme a pomáháme rodičům být lepšími rodiči. A učíme je to doma“ (rozhovor, pracovnice neziskové organizace v F.).

Už i analýza situace je ale intervencí do rodiny. Spočívá v návštěvách rodiny v období čtyř až šesti týdnů, s různou frekvencí podle situace. A ve spojení s vhodným přístupem může působit pozitivně:

„Máme jednu rodinu, kde jsme dělali analýzu, protože ve školce měli obavu, a protože matka už měla jedno dítě, které se narodilo s mnoha problémy a od narození je v domově. Byla při porodu hodně nemocná a to dítě šlo do péče rovnou z porodnice, nikdy ho neměla doma. A má další dvě děti, staršímu byly dva roky, mladšímu tři měsíce. Šli jsme do rodiny, abychom viděli, jestli jsou rodiče schopni pečovat o toho dvouletého. Nemluvil, nechodil, jen lezl. A my jsme přišli do rodiny a zjistili jsme, že se cítí strašně ohrožená. Myslela si, že když my tam přijdeme, znamená to, že jí vezmou dítě. První měsíc jsme se snažili o to, aby se cítila bezpečně: ‚Jsme tu proto, abychom vám pomohli se starat a podívat se, co umíte, ale hlavně abychom viděli, jak vás můžeme podpořit v tom, abyste o dítě pečovala.‘ A pak, po nějaké době, se začala cítit bezpečněji. A hodně času jsme strávili vysvětlováním obci, že jsme potřebovali ten čas na to, aby se cítila v bezpečí, protože jinak bychom tam nemohli chodit, jak se bála, že o dítě přijde“ (rozhovor, pracovnice neziskové organizace v F.).

Pracovnice neziskové organizace díky svému přístupu i času, který jsou případu schopny věnovat, tak mohou působit preventivně i tam, kde by méně trpělivý přístup pravděpodobně skončil odebráním dítěte. Ve zprávě z analýzy se organizace vyjadřuje k tomu, zda je rodina schopna změny, a případně navrhuje další podporu, kterou by rodina potřebovala. A někdy tuto podporu její zaměstnanci i poskytují. Tak tomu bylo i v tomto případě, kdy obec na základě analýzy rozhodla o tom, že dítě setrvá doma a rodině bude poskytována podpora v domácnosti:

„Chlapec [z výše popisovaného případu] měl několik diagnóz a obtíží, takže byl opožděný ve vývoji. A rodiče se o tom potřebovali něco dozvědět. Udělali jsme analýzu a pak jsme začali s podporou v rodině v tom, co jsme zjistili. A teď tam chodíme a spolupracujeme se školkou. Když mají ve školce nějaké obavy, pomáháme rodině v tom, aby jim [zaměstnancům školky] řekli, jak se o dítě starají. Chodíme tam každý týden dvakrát. Mají s dítětem cvičit. Dostali program z nemocnice a my je podporujeme: ‚Jak si na to uděláte čas?‘ Pomáháme jim udělat strukturu, protože jsou trochu zmatení. Aby viděli, že když je nejmenší dítě v jeslích, mohou se synem cvičit. Udělali jsme s nimi takový plán, do kterého se péče o syna vejde. A mohou pak jít na místní úřad a říct, že dělají to a to. Podporujeme taky matku, aby si víc věřila, že to, co dělá pro dítě, je dobré“ (rozhovor, pracovnice neziskové organizace v F.).

V případech rodin dětí s postižením je velmi důležitým prvkem podpory odlehčovací (respitní) péče, poskytovaná jednak pěstounskými respitními rodinami, jednak ústavy, které se specializují na péči o děti s postižením. Po takové službě je dlouhodobě poptávka nejen

mezi rodinami s postiženým dítětem; přechodných pěstounských rodin je však setrvalý nedostatek. O nedostatku „víkendových pěstounů“ při velkém zájmu o ně referovaly úřady z různých míst Dánska již dříve (Reinau-Urban 2004). Situace se ale v tomto ohledu příliš nezměnila dodnes:

„Pracovník 1: Je skoro nemožné takové rodiny sehnat [...]. Měl jsem dívku v péči, které jsme našli pěstounskou rodinu, ale po osmi měsících se to pokazilo, nezvládali ji a vzdali to. Takže jsme museli najít instituci. [...] V pěstounské rodině byla každých čtrnáct dní na pět dní. [...] měla konflikty s ostatními dětmi v rodině. Bylo jí dvanáct, ale mentálně je na pět, šest let. [...] – Pracovník 2: Je velmi těžké je [respitní pěstouny] najít. – Pracovník 1: A i když se nějaká rodina najde, je to jen na čas, vzdají to“ (rozhovor, pracovníci úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v C.).

Překážkou v poskytování tohoto typu podpory může být i neochota úřadu odlehčovací pěstounskou péči dostatečně zaplatit:

„Měla jsem případ, kdy mi volala obec, že mají čtrnáctiletého autistického chlapce a že potřebuje přechodnou pěstounskou rodinu. Jestli ji můžeme najít. A řekli: ‚Ale můžeme nabídnout jen stupeň tři.‘ A to je nic ve srovnání s tím, kolik je to práce. A tak jsem řekla: ‚Nemyslím, že mohu najít rodinu na stupeň tři.¹⁷ A oni: ‚Tak to řekl šéf, že to budeme platit takto.‘ A najít takovou rodinu nešlo. Protože když máte autistické dítě v rodině, je to docela dost práce“ (rozhovor, pracovnice neziskové organizace v G.).

Na preventivní význam respitní péče (i přímé podpory v domácnosti) poukazuje případ popisovaný jednou z účastnic výzkumu:

„Mám případ dítěte, kterému je dva a půl roku, dostal diagnózu dětský autismus a právě ztrácí řeč. Potřebuje hodně podpory, matka samotná je chronicky nemocná, je sama a potřebuje odlehčovací péči. Aspoň teď. A je v podstatě nemožné najít rodinu, která by si ho vzala aspoň jednou měsíčně na jeden den. Protože vyžaduje tolik času a péče. [...] Pokládám to za velmi těžké, protože vím, že kdybych mohla najít nějakou krátkodobou odlehčovací péči pro matku, vím, že by ho mohla mít doma mnoho let, jen kdyby měla trochu podpory. Ale když nedostane žádnou podporu, nebude ho moci doma mít. [...] A nemohu ho vozit přes celou zemi každý víkend, to by jí nepomohlo. Musí to být někde, kde buď domov [instituce pro děti s postižením], nebo pěstounská rodina může s matkou pracovat, mluvit se školkou, se školou, až tam půjde. [...] Snad najdeme nějaké řešení. Možná najdeme nějakou

¹⁷ Stupeň 3 je honorovaný 12.000 dánskými korunami měsíčně. Systém odměn je většinou rozdělen do sedmi, resp. třinácti úrovní, přičemž od úrovně 7 se jedná o případy velmi náročné péče (Center for Familiepleje 2016, Deloitte 2016). (V případě odlehčovací pěstounské péče by se jednalo o poměrnou částku odpovídající počtu dnů, které během jednoho měsíce respitní rodina věnuje dítěti.)

chůvu, to by byl nějaký začátek. To je snazší“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v A.).

Respitní pěstounská péče je poptávanou a využívanou příležitostí, pro rodiče je „velmi úlevné, když mají nějaký čas na svoje další děti“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro děti s postižením v B.). Smyslem poskytnutí odlehčovací pěstounské péče může být rovněž to, že dítě potřebuje získat nové zkušenosti, které mu může nabídnout právě respitní pěstounská rodina. Nebo se může jednat i o to, že vlastní rodina nemůže dítěti poskytovat péči nebo nácvik, které mohou zajistit profesionální respitní pěstouni (Socialpædagogerne, nedat.).

3.2.2 Autonomie samospráv a kvalita preventivních služeb

Podpora rodiny je v Dánsku standardní součástí veřejné sociální politiky a veřejný sektor v ní hraje hlavní roli (Boddy et al. 2009). Nejdůležitějšími poskytovateli preventivní podpory pro ohrožené rodiny jsou místní samosprávy. Ty mají nicméně volnou ruku v tom, jak a jakou podporu budou nabízet a kolik peněz na ni vynaloží. Dvě v sociodemografickém ohledu sobě podobné samosprávné obce pak mohou poskytovat velmi rozdílné služby (Andersen 2010). Podle pracovníků Ministerstva dětí a sociálních věcí má autonomie podporu „napříč politickými stranami“ a přináší možnost občanů ovlivnit skrze místní volby úroveň služeb:

„Je skutečně v pravomoci obce rozhodovat o míře péče, ať už jde o domácí péči o seniory, nebo o podporu pro děti s postižením. Ale musí to být v zákonném rámci. A když to není v zákonném rámci, každý si může stěžovat. [...] obce mají širokou autonomii. A také zodpovědnost. Proto máme volby. [...] občané mají skutečnou možnost ovlivňovat věci, úroveň služeb“ (rozhovor, pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí).

Autonomie obcí má tedy mimo jiné přispívat k tomu, aby sociální služby byly „co nejlíže občanům“ (Ministry of Social Affairs and Integration 2011). Národní rada pro děti si naopak již v roce 2000 všímala negativních dopadů autonomie samosprávy na kvalitu každodenního života dětí. Ve své zprávě pro OSN kritizovala to, že rozdíly mezi obcemi s sebou nesou také rozdíly v kvalitě dětských předškolních zařízení, škol, místní zdravotnické péče či sociální práce a sociálních služeb pro děti s postižením. Podle zprávy by dánská vláda „měla – ve větší míře než dnes – klást nároky na práci místních samospráv s dětmi za účelem zajištění jak rovnosti, tak kvality“ (National Council for Children 2000: 8). Podobně Komise pro práva dítěte Organizace spojených národů v roce 2005 vyjádřila znepokojení nad tím, že některé dánské samosprávy postrádají „politiku pro děti s postižením v péči o děti a že nejlepší zájem dítěte není vždy zohledněn“ a doporučila Dánsku, aby „přijalo všechna nezbytná opatření zajišťující, že potřeby dětí s postižením budou plně zohledněny v politikách všech samosprávných obcí“ (United Nations 2005: 7). Rozdíly mezi obcemi se od té doby ale nijak nezmenšily:

„Každá samospráva dává tolik peněz a podpory, kolik chce. Takže záleží na tom, jestli je obec bohatá a jestli má tradici dobré podpory. Víím, že mezi rodinami s dětmi s postižením se dobře ví, ve které obci se nemá žít, protože je to tam špatné, a ve které by to naopak bylo lepší. [...] A to, myslím, není dobré. Protože je divné, aby se lidé stěhovali, když potřebují podporu“ (rozhovor, pracovnice výzkumné instituce).

I pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí připouštějí, že decentralizace zodpovědnosti za poskytování služeb vede někdy k nespokojenosti. Vyvážit to má blízkost politických zastupitelů k potřebám občanů, umožňující nalézat správná řešení:

„Je pravda, že to přináší i frustrace a stížnosti občanů, že nedostanou takovou podporu jako soused [z jiné samosprávné obce] [...] Chceme ale být flexibilní a chceme, aby místní politici mohli říct, co je důležité pro ně a pro občany v obci a na to dali víc peněz [...] A to má co dělat se způsobem, jakým děláme zákony: chceme vytvářet rámec a považujeme za důležité, že rozhodnutí dělané v případě konkrétního občana je založeno na konkrétním a individuálním posouzení toho jednotlivce. [...] obec musí mluvit s občany a vidět jejich speciální potřeby a hledat správné řešení“ (rozhovor, pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí).

Zákonný rámec ale někdy nestačí ani na garanci základní kvality služeb poskytovaných samosprávami. Deník Politiken se například věnoval případu kodaňských rodičů, kteří se dlouhodobě marně dožadovali pomoci ze strany města. Jejich sedmiletá dcera má po prodělané meningitidě vážně poškozený mozek, nemůže se hýbat a vyžaduje celodenní péči. Přesto její rodiče musejí „svádět těžký boj s městem o získání základních prostředků nutných k tomu, aby jejich každodenní život mohl běžet dál“ (Bølling-Ladegaard 2017). Případ této rodiny přitom nebyl ojedinělý (Christiansen 2017, Rohrberg Jessen 2017). V roce 2016 na činnost městského Centra pro občany s postižením podali rodiče dětí s postižením 800 stížností, 126 z nich se týkalo dlouhých lhůt, špatných výkonů sociálních pracovníků, nedostatku případového vedení a podobně. Tento stav přitom trvá již zhruba 10 let. V roce 2009 odhalil audit v tehdejší Handicap centru Kodaň chyby v 70 % případů. V roce 2013 – po kritice špatného případového vedení a přístupu Handicap centra k rodičům – byla ustavena rodičovská rada a v roce 2015 byla provedena reorganizace centra. Ani poté však stížnosti neustaly (Christiansen 2017). Tyto případy ukazují na mnohá selhání. Hovoří se o fluktuaci, špatném přístupu a syndromu vyhoření sociálních pracovníků, o nedostatečném financování městského systému péče o děti s postižením a jejich rodiny (Rohrberg Jessen 2017). A rodiče si stěžují na to, že musejí čelit nedůvěře, ponižujícím poznámkám a častým procesním chybám:

„Naše žádosti se ztrácely. Procesní lhůty se nedodržovaly. Neustále jsme dostávali nové případové pracovníky, kteří se už pak nikdy neukázali. A strávili jsme neuvěřitelně mnoho času stížnostmi“ (Christiansen 2017).

Podle pracovníků Ministerstva dětí a sociálních věcí jsou finanční kompenzace jednou z oblastí, která se napříč samosprávami liší nejméně, připouštějí však existenci rozdílů:

„Pracovnice 1: Rozdíly samozřejmě jsou, i stížnosti. – Pracovnice 2: Někdy obce nepovažují za dobré řešení, aby rodič zůstal doma, protože pak ztrácí kontakt s pracovním prostředím, a než dítě vyroste, přijde o pracovní dovednosti. A taky dítě má málo kontaktů a málo rozvinutou síť. Takže některé obce to mají jako politiku – dávají sice kompenzace za ušlý příjem, ale ne za plný úvazek. Jedině pokud jde o velmi specifické případy“ (rozhovor, pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí).

Je nicméně těžké odlišit, kdy je případné odmítnutí kompenzací založeno na strategiích sociální politiky místní samosprávy a kdy jde především o snahu ušetřit. Po finanční krizi v roce 2008 musely úřady začít významně omezovat výdaje. Samosprávy např. snížily v období let 2010 až 2013 finanční kompenzace rodičům za extra výdaje spojené s postižením jejich dítěte o 30 %. A počet osob, které tuto kompenzaci dostaly, klesl o 21 %. Existují i doklady o škrtech v počtu hodin respitní péče a ve finanční podpoře rodičů (Association for Greenlandic Children et al. 2016). Obce jsou tak v permanentním napětí mezi nutností šetřit a tlakem potřeb (a někdy i stížností) rodin dětí s postižením:

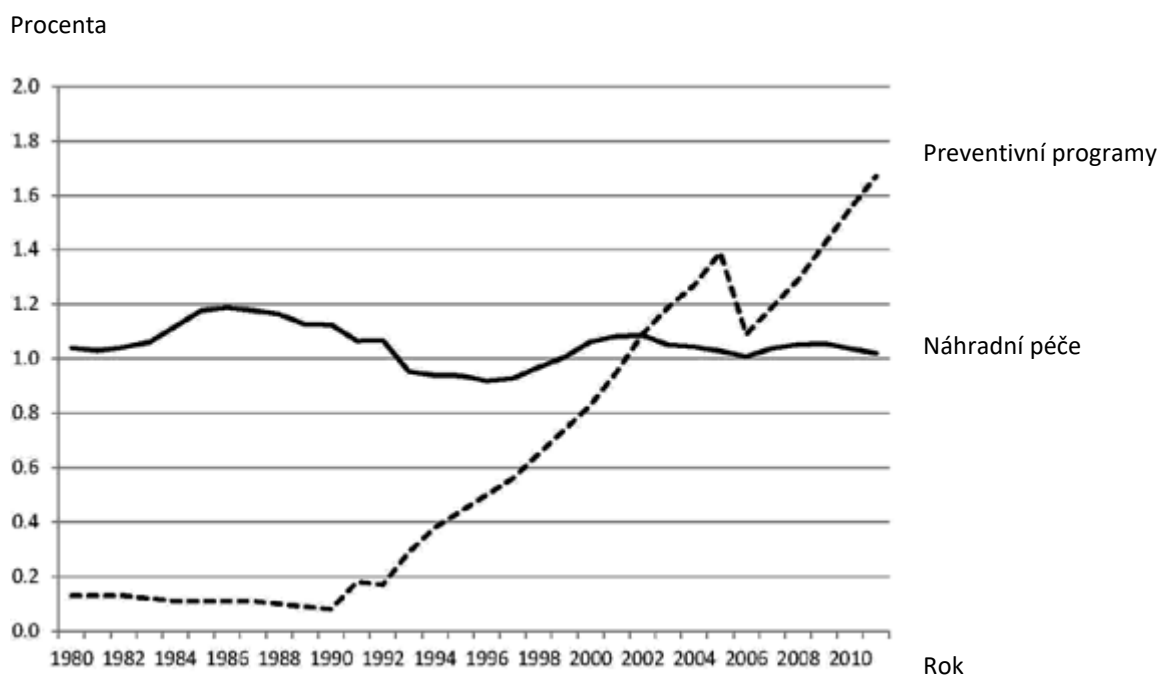
„V některých případech, když je to [navrhované řešení] velmi drahé, je potřeba mluvit o tom s vedoucím. Protože to je způsob, jak se přizpůsobit taky ekonomice. Je několik hledisek, z nichž se to posuzuje. Jedno z nich je potřeba dítěte a další je, kolik to stojí, ta pomoc rodině a dítěti“ (rozhovor, pracovník úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v C.).

Popis špatných zkušeností rodičů dětí s postižením nicméně ukazuje i to, že systém nakonec podpůrnou roli naplnil. Rodina měla možnost žádat o řadu podpůrných prostředků a navzdory vyčerpávající peripetii otec náhradu ušlého platu získal a může zůstat doma, aby pečoval o dceru; rodina také nakonec dostane proplacenou opravu auta, kterým imobilní dceru převáží (Christiansen 2017). Přestože se rodiče setkávají se špatným přístupem a špatně odvedenou prací přetížených sociálních pracovníků a přestože mají občané žijící v různých regionech nevyrovnané šance na kvalitně poskytované služby, negativní příklady také ukazují, že podporu lze nárokovat a dovolávat se změny. Někdy je to ale za cenu opakovaných zklamání a vyčerpání rodičů, kteří musejí „být rodiči, pečovateli i vlastními case managery“ (Christiansen 2017). Překonávání takových překážek vyžaduje mimořádnou motivaci a energii ze strany rodičů, ne každý rodič je však schopen ji dlouhodobě vynakládat.

3.2.3 Deinstitutionalizace péče o děti s postižením jako výsledek preventivní podpory rodin

Od roku 1993, kdy novela zákona o sociální pomoci značně rozšířila možnosti podpory rodin (Ubbesen et al. 2013), významně a setrvale roste počet dětí, resp. rodin zařazených do

preventivních programů. Ty však z dlouhodobého hlediska nemají na celkový počet dětí a mladistvých v náhradní péči žádný dopad:



Zdroj: Lausten (2015: 74)

Graf 4 Procentuální podíly dětí v náhradní péči a dětí v preventivních programech z celkového počtu dětí ve věku 0–17 let v populaci v letech 1980–2010 (vzhledem ke změně v počtu samosprávných obcí při reformě samosprávy z 271 na 98 je v datech zlom mezi lety 2005 a 2006, dobře viditelný na průběhu křivky preventivních programů)

Ubbesen (2013) si nicméně všímá, že v posledních desetiletích ubývalo umístění malých dětí a jako možné vysvětlení navrhuje právě rozvoj a využívání preventivních služeb.¹⁸ Je tedy možné, že podpora rodin s dětmi měla určitý vliv právě na prevenci umístování dětí s postižením. Jak totiž ukazuje studie někdejšího Ministerstva sociálních věcí (dnes Ministerstvo dětí a sociálních věcí), „podíl velmi malých dětí s postižením v náhradní péči je nižší než podíl všech velmi malých dětí umístěných mimo rodinu“ (Socialministeriet 2010: 23). Přestože neexistují spolehlivá historická data, lze předpokládat, že malé děti s postižením byly dříve do mimorodinné (většinou ústavní) péče umístovány v mnohem větší míře. K posunu mohlo dojít právě s přispěním rozvíjejících se služeb prevence, jakkoli není jejich poskytování dokonalé. Deinstitutionalizace péče o děti s postižením tak proběhla a probíhá především díky rozvoji služeb a schémat podpory biologických rodin dětí s postižením.

¹⁸ Fakt, že děti s postižením vstupují do systému náhradní péče ve vyšším věku než děti bez postižení, neplatí jen v Dánsku, ale i v mezinárodním srovnání (Welch et al. 2015).

3.3 Fungování pěstounské péče pro děti s postižením

3.3.1 Kontrola a tendence ke sjednocování procesů v systému (nejen) pěstounské péče

Do roku 2013 byly schvalování i kontrola pěstounů zcela na obcích. To se změnilo se zákonem o dohledu v sociální oblasti (Børne- og Socialministeriet 2013). V Dánsku od roku 2014 existuje pět regionálních úřadů pro dohled v sociální oblasti (tzv. *Socialtilsyn*). Důvodem byla především snaha zlepšit a sjednotit kontrolu pěstounské (ale i ústavní náhradní) péče, kterou dříve prováděly jednotlivé samosprávy:

„Předtím byla kontrola institucí i pěstounské péče na obcích. Ale vlastně to vždy [obce] nedělaly. Proto vznikly úřady pro dohled. [...] Dříve toho zákon ke kontrole moc neříkal, proto si to každá obec dělala podle sebe. Bylo to velmi různé a ne vždy to fungovalo. A měli jsme hodně špatných umístění a zanedbávání dětí [v pěstounské péči]“ (rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti).

S kontrolou přešlo na úřady pro dohled v sociální oblasti i schvalování pěstounů. Tato centralizace zodpovědností se však týká zatím pouze pěstounů s tzv. obecným oprávněním, tedy pěstounů, kteří jsou schváleni k péči o dítě, jež dopředu neznají. Dokonce i ti pěstouni s obecným oprávněním, které ještě před účinností zákona schválily obce, museli do konce roku 2015 projít novým schválením jedním z pěti nových regionálních úřadů pro dohled. U pěstounů příbuzenských či síťových, s tzv. specifickým oprávněním, vypadá ovšem celý proces jinak. Jsou vybíráni k péči o konkrétní dítě z toho důvodu, že k němu mají už dopředu nějaký vztah, znají se s ním. Takové pěstouny vybírá a schvaluje obec. A také je kontroluje. Pracovnice jednoho z pěti regionálních úřadů pro dohled v sociální oblasti nicméně předpokládají, že i v oblasti práce s pěstouny se specifickým oprávněním dojde k další centralizaci jak při schvalování, tak při kontrole. Nové nastavení by mělo odstranit střet zájmů, v němž se obce ocitají proto, že mají rodinu schvalovat, podporovat a současně kontrolovat:

„Možná za rok, rok a půl, to také převezmeme od obcí. Teď je to tak, že obce to posuzují a schvalují. Ale naše ministryně s jejich prací není spokojená. [...] Obec schválí [pěstounskou] rodinu, protože ji chce použít. A pak je musí podporovat, aby byli schopni se starat o dítě. Ale když to mají všechno v jednom [schvalování, podporu i kontrolu], je v tom víc zájmů, mají zájem [při kontrole] říct, že je vše v pořádku. A oni [Ministerstvo dětí a sociálních věcí] nás budou chtít jako neutrální partnery zvenku, kteří se dívají na to, zda je [pěstounská] rodina v pořádku, nebo ne. [...] To je způsob, jak zajistit, aby se něco špatného neskrývalo, což se dřív stávalo. Měli jsme děti vystavené sexuálnímu zneužívání, byla tam kontrola každých čtrnáct dní, ale nic neviděli, a dělo se to deset let. Neobjevili, že je zámek na dveřích dětského pokoje, což nechápu. Proto nás politici chtějí, protože můžeme [pěstounskou] rodinu

a domov nezaujatě zkontrolovat. [...] předpokládám, že ministryně to bude chtít. Zodpovědnost za dítě zůstane na obci a na nás bude kontrola [pěstounské] rodiny“ (rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti).

Systém se tedy v tomto ohledu vyvíjí směrem k větší centralizaci odpovědnosti za některé klíčové kroky v ustavování a procesu pěstounské péče. A také k jednotnému způsobu provádění těchto kroků. Pracovníci pěti regionálních úřadů pro dohled v sociální oblasti používají standardy tzv. Modelu kvality, podle nichž hodnotí jak žadatele o pěstounství (s obecným pověřením) při schvalování, tak pěstouny (s obecným pověřením) při každoročních kontrolách výkonu pěstounské péče¹⁹:

„Podstatné na Modelu kvality je, že každý rok měříme stejné věci v celé zemi. Před rokem 2014 byly velké rozdíly v tom, na co se obce dívaly a jak dělaly kontrolu. [...] Týká se to jak [pěstounských] rodin, tak pobytových zařízení. V celé zemi se soustředíme na stejné věci“ (rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti).

Podle pracovnic úřadu pro dohled v současné době působí na Ministerstvu dětí a sociálních věcí pracovní skupina, která má v tomto ohledu navrhnout další změny v zákoně o dohledu v sociální oblasti. Ty se možná budou týkat i schvalování a kontroly pěstounů se specifickým oprávněním.

3.3.2 Nábor, schvalování a příprava pěstounů

Pěstounů je trvalý nedostatek, a proto je neustále potřeba nabírat nové. To má na starosti všech pět úřadů pro dohled v sociální oblasti, přes jejichž webové stránky mohou zájemci podat žádost o pěstounskou péči. Z hlediska obcí, které umísťují děti do pěstounské péče víceméně kontinuálně, však může vypadat proces získávání nových pěstounů jako příliš zdouhavý a úřady pro dohled v sociální oblasti jako příliš pomalé. Obce proto organizují i vlastní kampaně. Umísťují postery do prostředků veřejné dopravy, v médiích publikují rozhovory s pěstouny o životě s dětmi v pěstounské péči:

„Někdy to má úspěch. Poslední kampaň byla před létem. Zkusili jsme změnit tradiční obraz pěstounské rodiny, že je to tradiční rodina z venkova ve velkém domě se zvířaty, a říct, že pěstounská rodina může být i rodina v malém bytě ve městě. A že pěstoun může být i svobodný rodič. A pozorovali jsme nárůst žádostí od svobodných rodičů. Tak to mělo trochu úspěch“ (rozhovor, pracovnice Úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

¹⁹ V rámci téhož Modelu kvality ale úřady pro dohled udělují oprávnění k výkonu péče i pobytovým zařízením, která také každý rok kontrolují. Systém tedy při schvalování i kontrole uplatňuje stejné měřítko jak na institucionální, tak na pěstounskou péči, a tuto zodpovědnost přenesl ze samosprávných obcí na vyšší úroveň.

Jindy obce umisťují na webové stránky oznámení o tom, že se hledá pěstounská rodina pro konkrétní dítě, s anonymizovanými informacemi o dítěti (např. o věku a postižení), o výši odměny za výkon pěstounské péče atd. Pracovnice jedné neziskové organizace, které na zadání obce hledají pěstouny, využívají pro podobná oznámení také místní tisk a Facebook. Na tyto výzvy mohou reagovat jak pěstounské rodiny, které již mají obecné pověření, ale zrovna nemají v péči žádné dítě, tak i zájemci, kteří s pěstounskou péčí ještě nemají žádné zkušenosti.

Všechny pěstounské rodiny musejí od roku 2007 procházet základním přípravným kurzem, který trvá celkem čtyři dny. Kurz zajišťuje od roku 2014 příslušný *Socialtilsyn*, úřad pro dohled v sociální oblasti (*Socialpædagogerne, nedat.*). Vzdělávání obsahuje následující témata:

„První den: Být pěstounskou rodinou – o úkolu a roli pěstouna. Druhý den: Vývoj dětí – rodičovství, zanedbávání, krize, smutek a trauma. Třetí den: Kontakt dětí s jejich rodiči a rodinou. Spolupráce s rodinou dítěte – jak zapojit rodiče do života dítěte. Spolupráce s dalšími profesionály ohledně dítěte. Zvládání konfliktů. Čtvrtý den: Dohled a vedení jako metody v systematickém reflektování práce pěstounů s dítětem. Legislativa pro pěstounskou péči. Vyjednávání při uzavírání dohody“ (*e-mailová komunikace s pracovníci regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti*).

Přípravný kurz nabízí pouze „základní znalosti“, poté je „obec povinna zajistit pěstounům kurzy, které se vztahují ke speciálním potřebám dítěte“ (*e-mailová komunikace s pracovníci regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti*), „o diagnóze, o konkrétní nemoci nebo fyzickém postižení, které konkrétní dítě má“ (*rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani*).

Kurz je povinný jak pro pěstouny s obecným oprávněním (které schvaluje *Socialtilsyn*), tak pro pěstouny s oprávněním speciálním (které vybírá a schvaluje místní samospráva). Pro žadatele o pěstounství s obecným oprávněním je pak kurz součástí schvalovacího procesu. Nejdříve musejí budoucí pěstouni podat žádost, v níž vyplňují podrobný dotazník, kde je „mnoho otázek o jejich rodině, zkušenostech, znalostech“ (*rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti*). Žadatelé pak absolvují rozhovor s pracovníci úřadu a poté se mohou zúčastnit první, dvoudenní části vzdělávání. Po první části kurzu následuje měsíční období, během něž žadatelé

„musejí napsat vlastní příběh, proč chtějí být pěstouny. A jsme zvyklí s nimi mluvit, mají vlastní zkušenosti z dětství a je pro nás velmi důležité vědět, jak dobře s vlastní zkušeností pracují. [...] že umějí mentalizovat a umějí vidět za sebe a vlastní přání. A zajímají nás jejich sny, očekávání od toho, že budou mít v rodině dítě“ (*rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti*).

V rámci procesu schvalování probíhá i návštěva v domácnosti žadatelů. Po dokončení druhé části přípravného kurzu mohou být žadatelé schváleni. Pěstouny posuzuje a schvaluje vždy dvojice pracovníků úřadu, na posuzování různých žadatelů se ale pracovníce ve dvojicích záměrně střídají, aby „si na sebe moc nezvykly a nemyslely [obě] stejně“ (*rozhovor, pracovníce regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti*). Pěstouni jsou posuzováni v sedmi oblastech tzv. Modelu kvality: vzdělání a zaměstnání (schopnost pěstounské rodiny vést, motivovat a podporovat dítě ve využití jeho potenciálu při vzdělávání a práci); nezávislost a vztahy (schopnost rodiny zvyšovat sociální dovednosti dítěte a jeho nezávislost, podporovat ho v udržování vztahů s rodinou a sociálním okolím); cíle, metody a výsledky (schopnost rodiny aktivně přispívat k cílům pobytu dítěte v pěstounské péči, podporovat jeho zapojení do vlastního i rodinného života, jeho fyzické i duševní zdraví a blahobyt); rodinná struktura a dynamika (schopnost pěstounské rodiny zajistit dítěti bezpečné a stabilní prostředí); kompetence (schopnost rodiny fungovat jako pěstounská rodina); ekonomika (finanční možnosti rodiny vytvořit základ pro stabilní umístění); fyzické prostředí (fyzické prostředí podporující rozvoj a blahobyt dítěte) (Center for Familiepleje 2016). Celý proces schvalování trvá podle pracovníků úřadu dvanáct až čtrnáct týdnů.

Obce mají při výběru a posuzování pěstounů se speciálním pověřením vlastní postupy. Například kodaňští pracovníci Centra pro pěstounskou péči používají rozhovor zaměřený na vyhodnocení citové vazby dospělých osob (George et al. 1985) a rozhovor zaměřený na rodičovský vývoj.²⁰ Cíle posuzování ale pracovníci Centra pro pěstounskou péči formulují podobně jako pracovníci úřadu pro dohled v sociální oblasti v případě posuzování zájemců o pěstounství s obecným pověřením, důraz se klade na schopnost mentalizace.²¹

„Výzkumník: A používáte stejná kritéria pro síťové rodiny [jako úřad pro dohled v sociální oblasti]? – Pracovnice 1: Není to úplně stejné, ale je to podobné, ta témata. Děláme rozhovor o citové vazbě. [...] Snažíme se vyjasnit, jak dobří jsou [adepti na pěstounství] v mentalizaci, [ve schopnosti] podívat se na věc očima dítěte a vystoupit ze své perspektivy. – Pracovnice 2: Různé perspektivy. Jestli můžeš nahlédnout vlastní perspektivu a jasně vyjádřit, proč děláš to, co děláš, a jestli se umíš dívat i očima druhých. A zkoušet pochopit, co se v nich děje. – Pracovnice 1: V dítěti, v biologické rodině. To je důležité, dobrá spolupráce mezi různými lidmi, profesionály a biologickými rodiči“ (rozhovor, pracovníce úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

Někdy však pěstouny s obecným pověřením předběžně vyberou sociální pracovníci samosprávné obce. Při hledání rodiny pro konkrétní dítě vytipují rodinu, která nepochází ze sociální sítě dítěte (takže nemůže dostat speciální pověření), ale zároveň ani dosud

²⁰ Viz <http://pditraininginstitute.com/parent-development-interview>

²¹ „Mentalizace“ je psychoanalytický pojem označující schopnost „správně přiřazovat duševní stavy (myšlenky, pocity, přesvědčení, touhy, přání, cíle a podobně) sobě a ostatním“ (Kuchař 2016).

nevstoupila do schvalovacího procesu úřadu pro dohled v sociální oblasti. Taková rodina dostane tzv. dočasné pověření. Sociální pracovníci do ní mohou dítě umístit a teprve potom se ze strany úřadu pro dohled rozběhne proces udělování obecného pověření, když úřad začne „se šetřením, rozhovory, návštěvami a vším tím ostatním“ (*rozhovor, pracovnice neziskové organizace v G.*).

Procesy posuzování, schvalování a základní přípravy pěstounů pro děti s postižením se nijak neliší od posuzování, schvalování a základní přípravy pěstounů pro děti bez postižení.

3.3.3 Umísťování a párování

Paragraf 50 zákona o sociálních službách říká, že pokud dítě nebo mladistvý bude (alespoň zčásti) z důvodu tělesného nebo mentálního postižení potřebovat speciální podporu, musí proběhnout šetření jeho situace. Šetření se má týkat vývoje a chování, rodiny, školy, zdraví, volnočasových aktivit a přátelství, případně dalších důležitých oblastí (Børne- og Socialministeriet 2015). Na základě šetření pak mohou být rodině poskytnuty různé podpůrné prostředky. Ze šetření může vyplynout i to, že nejvhodnějším řešením je umístění mimo rodinu. Šetření ale může probíhat také z důvodu podezření na zanedbávání či zneužívání, a tam je umístění do péče mimo rodinu mnohem pravděpodobnější a od začátku uvažovanou variantou.²² Při umísťování mimo rodinu je nutné podle paragrafu 140 vypracovat tzv. akční plán. Ten by měl stanovit cíl intervence a kroky, které k tomuto cíli povedou. Plán by měl předcházet umístění. Pokud nelze plán vypracovat před umístěním (např. při rychlém přesunu z rodiny v zájmu ochrany dítěte), je nutné plán vyhotovit do 4 měsíců. V případě umístění bez souhlasu biologických rodičů musí plán obsahovat i kroky ve prospěch biologické rodiny po dobu umístění dítěte. Plán by měl být 3 měsíce po umístění vyhodnocen a dále by měl být vyhodnocován pravidelně v intervalech ne delších než 6 měsíců (Hestbæk 1999, Socialpædagogerne, nedat., Børne- og Socialministeriet 2015).

Šetření ani plánování se však v praxi často neděje. Zprávy Národního odvolacího úřadu ukazují, že v 51 % případů umístění dětí do mimorodinné péče zkoumání situace dítěte neproběhlo. A 46 % umístěných dětí chyběl akční plán (Association for Greenlandic Children et al. 2016). Veřejný ochránce práv se v letech 2014–2015 na základě monitorovacích návštěv věnoval 25 případům, kdy obce buď plány vůbec nedělaly, nebo je nerevidovaly, nebo kdy plány nebyly poskytovány zařízením či rodinám, kam byly děti umístěny. Zpráva také zmiňuje případ desetiletého chlapce, který byl od jednoho roku umístěn nejprve do pěstounské rodiny, později do instituce, aniž by kdy obec akční plán vypracovala (Danish

²² V Dánsku platí obecná oznamovací povinnost pro každého občana: pokud kdokoli zjistí, že osoba mladší 18 let je zanedbávaná nebo zneužívána, musí to oznámit obecnímu úřadu. To se ovšem týká i pěstounské péče nebo jakéhokoli typu náhradní péče – v těchto případech se dá obracet na úřady pro dohled v sociální oblasti pomocí anonymní telefonické linky. Malá část z asi 220 anonymních oznámení na jednom z pěti regionálních úřadů pro dohled v roce 2017 se skutečně týkala péče v pěstounských rodinách; ostatní se týkaly jiných typů péče, včetně péče o dospělé osoby (*rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti*).

Parliamentary Ombudsman 2017). Podle pracovníků jednoho z regionálních úřadů pro dohled v sociální oblasti chyběly akční plány zvláště u dětí s postižením:

„A oni [sociální pracovníci obcí] to nedělali, zvláště u dětí s postižením. Sociální pracovníci měli problém stanovit cíle pro vývoj dítěte, hlavně u dětí s postižením. Takže to neměli. A neměli to po dlouhá léta. [...] Mysleli si, že jde jen o to, uspokojit politiky. Ale je to něco, co se dá použít k práci“ (rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti).

Situace se ale zlepšuje, protože v rámci kontrol prováděných v pěstounských rodinách začínají pěstouni sami plány od sociálních pracovníků vyžadovat:

„A my musíme zjišťovat, jestli mají ty cíle, jestli jsou dost konkrétní, abychom mohli měřit, zda umístění přináší užitek: Je rozumné, co děláme s tímhle dítětem? Někdy se musí dítě biologickým rodičům odebrat bez jejich souhlasu a my si musíme být jisti, že je to v pěstounské péči lepší než doma. A když jsme neměli ty cíle, neviděli jsme, jestli to bylo lepší. A teď to je vidět, protože na ně tlačíme, na rodiny. Chtějí plány samy, začínají je dostávat [od obce] a my vidíme, že [pěstounská] rodina může sledovat a popsat vývoj dítěte“ (rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti).

Pokud je rozhodnuto o umístění dítěte do pěstounské rodiny, je potřeba vybrat vhodnou pěstounskou rodinu. Procedurálně by se párování dítěte s postižením s pěstounskou rodinou nemělo nijak zásadně lišit od případů umístování dětí bez postižení. Jde o to, najít rodinu, která bude schopna pečovat o potřeby dítěte:

„Před pár lety jsme měli malou nevidomou dívku, která měla jít do pěstounské rodiny. Je to stejné jako při hledání jakékoli pěstounské rodiny. Procedura je stejná. Zjišťovat, jestli se k sobě hodí. Mají zkušenost? Hlavně s nevidomými? Chtějí jít na speciální kurzy o nevidomých? [...] Tohle bylo snadné, protože to byla jedna z našich pěstounských rodin, kterou jsme už dlouho znali, [...] měli zrovna volné místo. A zajímalo je to, a tak to začalo. A pak šel případový pracovník [dítěte] a konzultant odsud [z neziskové organizace] do rodiny. A mluvili o tom, co jsou speciální potřeby téhle dívky. Musí se něco doma měnit? To nebyl ten případ, už jedno nevidomé dítě měli. Ale může nastat třeba situace, kdy je dítě na kolečkovém křesle a rodiče řeknou, že mají úzké dveře. Pak musí obec schválit a zaplatit změnu dveří. Všechny tyhle věci spojené se speciálními potřebami ovlivňují konečné rozhodnutí“ (rozhovor, pracovnice neziskové organizace v G.).

Ne vždy je však nalezení vhodné pěstounské rodiny pro dítě tak snadné jako ve výše popisovaném případě. Pokud je úřadem pro dohled v sociální oblasti uděleno žadatelům obecné oprávnění, rodina je zapsána do národní databáze pěstounů. Pověření obsahuje také

informaci o tom, kolik dětí současně může být do pěstounské rodiny, resp. k pěstounovi²³ umístěno, jakého mohou být věku a s jakými obtížemi (Center for Familiepleje 2016). Databáze pak slouží všem samosprávným úřadům z celého Dánska k hledání vhodné pěstounské rodiny pro konkrétní dítě. Poptávka však převyšuje nabídku, zvláště u dětí s postižením, kde jsou upřednostňováni zkušenější pěstouni:

„Každá obec v Dánsku má stejný problém s hledáním rodin. [...] Každý si je tam [pěstouny v národní databázi] může najít. Takže to je velká soutěž s ostatními obcemi o dobré zkušené rodiny. Každý je kontaktuje“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

Některé z rodin v seznamu mají oprávnění i k péči o děti s postižením. Jejich motivace takové dítě přijmout však může narážet na neochotu obce za péči platit odpovídající odměnu.

„Rodina s postiženým dítětem požaduje vyšší odměnu. A někdy nejsme schopni zaplatit to, co to stojí. [...] Máme hodně dětí s autismem nebo diabetem nebo fyzickým handicapem, ale pěstouni [...] chtějí dobrý plat a někdy nejsou [ti, kdo o tom na obecním úřadě rozhodují] schopni jim ho dát. [...] – Výzkumník: Kdo to rozhoduje? – Politici, vedoucí oddělení. Je to politická úroveň“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, oddělení pro pěstounské rodiny v C.).

Pěstouni si mohou dovolit dítě s postižením odmítnout, protože je jich celkově nedostatek a je pravděpodobné, že brzy dostanou do péče jiné dítě, méně náročné na péči:

„Výzkumník: Odmítnou někdy pěstounské rodiny péči kvůli penězům? – Ano. Mohou totiž dostat jiné dítě, když ho [konkrétní dítě s postižením] odmítnou. Vztah nabídky a poptávky hraje v jejich prospěch – odmítá se jim to snadno, protože jich je málo.“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

Sociální pracovníci, kteří hledají vhodnou pěstounskou rodinu, mají nicméně při jednání s obcí určitý manévrovací prostor:²⁴

„Pracovnice 1: Někdy vyjednáváme [s úřadem], když se nám zdá, že to [výše odměny] nestačí. – Pracovnice 2: A můžeme říct: ‚Když trváte na této výši odměny, budeme mít na výběr jen z mála rodin.‘ A když to zvýšíte, trochu, budeme mít větší výběr. V závislosti na vývoji případu můžeme vyjednávat. [...] – Pracovnice 1: Jsou zvyklí platit za děti s handicapem. V instituci je to drahé, takže je levnější mít dítě

²³ V kodaňském Centru pro pěstounskou péči se v poslední době snaží získávat pěstouny nejen v úplných rodinách, ale i mezi svobodnými rodiči.

²⁴ Tento manévrovací prostor je ale omezený v momentě, kdy obec současně provozuje instituce pro děti s postižením a potřebuje obsadit volná místa (viz kapitola 3.1.4 – Od institucí k pěstounské péči pro děti s postižením).

v pěstounské péči“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

Pro děti s postižením jsou žádáni zkušení pěstouni. Např. kodaňské Centrum pro pěstounskou péči nepáruje dítě s postižením „s rodinou, která nemá základní znalosti“ o problematice péče o děti s postižením (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani):

„Většinou hledáme někoho, kdo ví něco o diagnóze, o vzdělávání dětí se speciálními potřebami. [...] Bud' se vztahem [k tématu postižení] nebo se zájmem o speciální potřeby, se specializovaným vzděláním, například učitel, který se specializuje na děti s postižením a zajímá ho to. To může být největší motivace. [...] hledáme pěstounské rodiny, které mají zkušenosti v oblasti, protože je to něco jiného než běžná pěstounská péče“ (rozhovor, pracovnice úřadu místní samosprávy, Centrum pro pěstounskou péči v Kodani).

I když zkušenosti a znalosti mohou pěstounům přinášet větší míru sebedůvěry, nejde o nezbytnou podmínku. Výzkumy ukazují, že jak pěstouni „specialisté“, tak pěstouni nespécializovaní, kteří jsou ochotni bez počátečních vědomostí a bez zkušenosti vzít si do péče dítě s postižením, mohou být úspěšnými náhradními rodiči. O děti s postižením mohou pečovat pěstouni bez předchozích zkušeností a odborného vzdělání, pokud měli během rekrutace možnost přemýšlet o tom, jak by svoje rodičovské dovednosti mohli uzpůsobit pro výchovu dítěte s postižením, nebo pokud měli možnost alespoň dodatečně se v tématu vzdělávat a procvičovat na workshopech (Welch et al. 2015). Podobně studie Carsten Kirk Alstrup et al. (2016) potvrzuje, že spíše než o dříve získané vzdělání v oboru a v příslušné problematice jde o to, zda jsou pěstouni ochotni učit se novým věcem a nové poznatky uplatňovat v péči a v interakci s dítětem, jestli přizpůsobí svoje každodenní zvyklosti a vlastní potřeby potřebám dítěte a zda jsou ochotni trpělivě se dítěti věnovat při jeho mnohdy velmi pomalém, nebo dokonce reverzním, vývoji.

I některé z případů, s nimiž jsme se při výzkumu v Dánsku setkali, ukazují, že úspěšné pěstounství není nutně založeno na předem získané odbornosti. Někdy je přijetí dítěte dokonce spíše dílem náhody než výsledkem počátečního rozhodnutí specializovaných pěstounů. A pěstounská péče pak funguje díky navázané citové vazbě mezi pěstouny a dítětem. Sociální pracovníci z jednoho úřadu například popisovali příběh rodiny, kam bylo dítě umístěno ihned po porodu:

„Pracovník 1: [...] rodiče neviděli potřeby dítěte a nenaplňovali svoji zodpovědnost, takže dítě bylo ohrožené [...] Ale nikdo tehdy nevěděl, že je postižený. – Pracovník 2: To vyšlo najevo až později. – Pracovník 1: Ale ta pěstounská rodina si ho zamilovala a nechali si ho“ (rozhovor, pracovníci úřadu místní samosprávy, oddělení pro rodiny s dětmi v C.).

Podobně jedna z pěstounských rodin, která se účastnila výzkumu, dostala do péče pětitydenní nemluvně, aniž by věděla, že je postižené. Později se ukázalo, že utrpělo poškození mozku, protože jeho matka v těhotenství zneužívala alkohol a návykové látky. V tomto případě ale projevy dítěte už od samého začátku naznačovaly, že se narodilo s nějakým zdravotním znevýhodněním. O tom však sociální pracovníci pěstouny neinformovali:

„Pěstounka: Když byly Anne tři dny, šla do jiné pěstounské rodiny. – Pěstoun: Ale ta to za pět týdnů vzdala. – Pěstounka: Strašně plakala, nechtěla jíst, nespala. Nevládali to. Tak přišla k nám. – Výzkumník: Jak to, že vy jste to zvládli? – Pěstounka: Milujeme ji a budeme ji milovat [smích] – Pěstoun: Říkali nám, že je to normální dítě. – Pěstounka: Nevěděli jsme to [že je postižená]. Ani to, že křičí. V papírech z úřadu bylo napsané, že je to normální dítě“ (rozhovor, pěstounská rodina).

Přestože se rodina pro dítě s postižením nerozhodla předem a pěstouni neměli žádné specializované vzdělání ani předchozí zkušenosti s postiženými dětmi, velmi náročnou péči o Anne nevzdali a zvládali ji díky vztahu k Anne, vlastnímu nasazení, ale také díky podpoře širší rodiny i obce.

V obou výše zmiňovaných případech se ovšem jednalo o umístění velmi malých dětí prakticky po narození. Pěstounské rodiny měly možnost nejprve budovat s dítětem citovou vazbu, postupně se adaptovat na potřeby dítěte a rozvíjet dovednosti péče spolu s tím, jak se potřeby dítěte vyvíjejí. Většina dětí s postižením je však do náhradní péče umisťována ve vyšším věku, kdy takový proces může být náročnější.

3.3.4 Odměňování pěstounů

Odměnu za péči o dítě dostávají pouze „běžní“ pěstouni a pouze v době, kdy mají dítě v péči, nebo tzv. obecní (komunální) pěstouni. Obecní pěstouni mohou být placeni i v době, kdy dítě v péči zrovna nemají. Komunálních pěstounských rodin je nicméně minimum. Obecní (komunální) pěstounská péče existuje od reformy v roce 2011. Síťoví pěstouni (včetně příbuzenských) nedostávají pravidelnou odměnu, mohou žádat pouze o kompenzace výdajů spojených s dítětem v péči, případně o náhradu ušlé mzdy.

Směrnice Sdružení samosprávných obcí (*Kommunernes Landsforening*) dělí odměny „profesionálních“ pěstounů do sedmi tříd podle náročnosti péče o dítě. Například v první úrovni, honorované 4.000 dánských korun měsíčně, má dítě v péči potřeby srovnatelné se svými vrstevníky. Od druhé třídy výše už se předpokládá, že dítě má nějaké speciální potřeby. Mezi indikátory 6. třídy (oceněné na 24.000 dánských korun) se objevují nároky na péči spojené např. s poruchami příjmu potravy, duševními poruchami, ale také s postižením dítěte: „Těžší tělesné/mentální postižení s nevhodným chováním a/nebo se zvýšenou aktivitou. Tělesné/mentální postižení s potřebou rozsáhlé péče. Tělesné/mentální postižení

s potřebou neustálého dohledu“ (Deloitte 2016: 17). Stejných potíží se týká 7. úroveň, musejí se ale vyskytovat v ještě náročnějších podobách nebo ve vzájemných kombinacích, a práce pěstounů pak „vyžaduje profesionální dovednosti a je tak rozsáhlá, že vedle samotné pěstounské péče mohou pěstouni vykonávat už pouze práci na maximálně jeden celý úvazek dohromady“ (Deloitte 2016: 17). Tato úroveň obnáší odměnu 28.000 DKK měsíčně.²⁵

Směrnice Sdružení samosprávných obcí není obecně závazná. Město Aarhus například od roku 2011 používá vlastní schéma (které ovšem také vypracovalo se Sdružením samosprávných obcí). Schéma je rozdělené na pět úrovní, přičemž odměna v první je 12.000 DKK a v páté třídě 48.000 DKK měsíčně. V jiných samosprávách využívají základní sedmiúrovňové dělení a přidávají k němu další úrovně pro případy dětí s ještě vyššími nároky na péči (Deloitte 2016). Například publikace kodaňského Centra pro pěstounskou péči rozlišuje 13 úrovní, stupně 12 a 13 jsou určeny pro zcela výjimečné případy (Center for Familiepleje 2016). Odměnu pěstounům platí a o její výši rozhoduje vždy ta samosprávná obec, která dítě do pěstounské péče umísťuje (Deloitte 2016).

V případě pěstounských odměn nejde v pravém slova smyslu o zaměstnanecký plat, protože nejde o zaměstnanecký poměr. Odměnu sice musejí pěstouni danit, ale nezakládá nárok na důchod a mohou ji dostávat (s výjimkou komunálních pěstounů) pouze v době, kdy mají v péči dítě. Při ukončení péče z rozhodnutí úřadu přijdou ze dne na den o výdělek. Do téže pěstounské rodiny mohou být umísťovány děti z různých samosprávných obcí, z nichž každá může vyhodnocovat náročnost péče jiným způsobem a s pomocí jiných mechanismů. Zároveň se indikátory jednotlivých úrovní zčásti překrývají a kategorie tak nejsou zcela distinktivní. Pro zaměstnance místních úřadů je obtížné určovat odpovídající výši odměny pro pěstouny mimo jiné právě u cílové skupiny dětí s postižením proto, že indikátory pro náročnost péče o takové děti nejsou dostatečně návodné (Deloitte 2016). Vyhodnocení obtížnosti péče sociálními pracovníky obce je tak pro pěstouny velmi těžko předpověditelné a v pohledu na obtížnost péče se mohou se sociálními pracovníky obce do značné míry rozcházet. Během výkonu pěstounské péče může obec odměnu pěstounům i snížit. K tomu ale nemusí docházet jen proto, že pracovníci obce přehodnotí náročnost péče, ale i kvůli škrtům v rámci obecní politiky úspor. Svaz sociálních pedagogů dokonce vytvořil postup pro případ, že obecní úřad pěstouny překvapí návrhem na snižování odměny; postup jim má pomoci ve vyjednávání a v tom, aby na změnu automaticky nepřistupovali (Socialpædagogerne, nedat.). Pěstouni mají při současném nastavení omezené vyjednávací možnosti:

„Výzkumník: Máte smlouvu s obcí? – Ano. Vlastně ne [smích]. Máme starou. Novou jsme nepodepsali, protože s ní nesouhlasíme [...] Takže vlastně smlouvu nemáme. Ale všechno běží jako vždy, platí nám. Předtím nám ale platili víc. Pak to snížili a my jsme

²⁵ Průměrná hrubá měsíční mzda v Dánsku je asi 33.700 dánských korun (viz <http://www.minimalnamzda.sk/priemerna-mzda-v-eu.php>).

nesouhlasili a nepodepsali jsme to, ale oni to stejně snížili bez našeho podpisu [smích]. – *Výzkumník*: Na jaké jste úrovni? – Teď jsme na úrovni deset. A předtím jsme byli na jedenáctce a to říká něco o tom, jak moc je [chlapec v pěstounské péči] handicapovaný. [...] Moc lidí v Dánsku nemá stupeň jedenáct, tak to bylo dobré. A deset je taky dobré. Ale je to výzva, péče zabírá veškerý náš čas“ (rozhovor, *pěstounka*).

Vyjednávání o konkrétních podmínkách dohody o odměňování probíhá vždy individuálně mezi obcí a pěstouny, pěstouni nemají žádné kolektivní odborové zastoupení, protože nemají status zaměstnanců. Problematické kvazi-zaměstnanecké postavení pěstounů je ale předmětem vyjednávání mezi Sdružením samosprávných obcí (*Kommunernes Landsforening*) a odborovým Svazem sociálních pedagogů (*Socialpædagogerne Landsforbund*), v němž je sdružena zhruba polovina z asi 4 000 pěstounů:²⁶

„Podmínky pro pěstouny nejsou v pořádku. Potřebujeme stabilizovat způsob, jakým jsou podmínky pro pěstounskou péči vyjednávány. Teď je to tak, že když dostanete dítě, jednáte s obcí o odměně. Je to mezi vámi a obcí. Po roce vám odměnu chtějí snížit. A když řeknete ne, dítě vám vezmou. [...] Chceme udělat dohodu se všemi obcemi o minimální odměně a extra odměně pro pěstouny dítěte s postižením, která se nesmí měnit [snižovat], když se dítěti vede lépe. [...] Aby obec nepřišla a neřekla: ‚Když nebudete souhlasit, dáme dítě jinam.‘ A to se dnes děje. A vy nemůžete říct ne, když máte dítě deset let. To moc lidí neudělá. A chceme změnit to, aby pěstouni dostávali penzi. Při odebrání dítěte přijdete z měsíce na měsíc o příjem. Chceme zajistit, aby to bylo jako jinde, plat další tři měsíce“ (rozhovor, *pracovnice Svazu sociálních pedagogů*).

Povolání pěstounů je tedy v tomto ohledu zatím provázeno značnou nejistotou. Nedávno provedené studie ukázaly, že výše odměn má pro pěstouny zásadní důležitost a že odměny jsou zároveň jednou z hlavních příčin sporů mezi obcí a pěstouny (Deloitte 2016). Odborový Svaz sociálních pedagogů navrhuje, aby obce pěstouny zaměstnávaly. Samosprávy se tomu ale brání, přestože je taková možnost – ve formě komunální pěstounské péče – zakotvena od roku 2011 přímo v zákoně. Ke shodě však zatím nedošlo (*Socialpædagogerne*, nedat.). Podle pracovnice Svazu sociálních pedagogů je to ale ve vlastním zájmu samospráv:

„My nemůžeme vědět, jestli na to kývnou. Ale měli by se o to zajímat, je prioritou mít pěstounskou péči. A obce mají problém pěstouny získat, protože o tom, jaké to je, dělají špatné zprávy. Není v tom jistota. Doufám, že se budou snažit o dohodu. Už jsme před deseti a šesti lety zkoušeli vyjednávat, ale nezajímalo je to. Ale v lednu [2018] začínáme znovu. [...] Dřív se nedařilo prokázat, že pěstouni jsou ve

²⁶ Pěstouni jsou velmi často vzděláním právě sociální pedagogové.

skutečnosti zaměstnanci. Argument byl, že je to speciální domácí péče, ne práce. Takže je musíme přesvědčit“ (rozhovor, pracovnice Svazu sociálních pedagogů).

Všichni pěstouni mohou žádat o kompenzace výdajů spojených s dítětem. Lze zažádat např. o proplacení výdajů na stravné, ubytování a nezbytné potřeby: mobilní telefon, televize, počítač, úrazové či cestovní pojištění, jízdné při školních a volnočasových aktivitách, školní pomůcky, holič, prostředky osobní hygieny, prací prášek, chůva pro případy, že jdou rodiče do školy, do divadla, opravy jízdního kola apod. (Center for Familiepleje 2016). Ačkoli někteří pěstouni reagují na snížení odměny vyšším počtem žádostí o náhrady zvláštních výdajů, jiní naopak o kompenzace nežádají vůbec, ať už kvůli náročnosti celého procesu, nebo protože si nechtějí na úřadě kazit reputaci (Deloitte 2016). Je jednodušší vyřešit to bez pomoci úřadu:

„*Pěstounka*: Normálně lze požádat obec, aby koupila dítěti třeba kolo. Ale my to nedělali, koupili jsme ho sami. Nežádali jsme. – *Výzkumník*: Proč? – *Pěstounka*: Velké problémy s obcí. Neradi se doprošujeme. Měla by [dívka v pěstounské péči] mít to samé co ostatní děti. Tak jsme to koupili sami. Ale můžete jít na obec a říct, že na něco potřebujete peníze. Jenže my to nedělali, protože to stojí tolik času. – *Pěstoun*: A papírů. – *Pěstounka*: A pak čekat a čekat. [...] Tak ho [kolo] má, koupili jsme ho a je to“ (rozhovor, pěstounská rodina).

Podobně jako v případě podpory pěstounských rodin přináší autonomie samosprávy rozdíly v kvalitě, v tomto případě s sebou nese rozdíly v kvalitě pracovních podmínek pro pěstouny. Svaz sociálních pedagogů se snaží „dostat pracovní podmínky pod kontrolu, protože se to liší obec od obce, některé mají dobrou pověst, jiné vůbec“ (rozhovor, pracovnice Svazu sociálních pedagogů). Také samosprávy na problém reagují, například řada obcí ze Severního Jutska vytvořila pracovní skupinu, jejímž úkolem je vyvinout lepší společné postupy pro odměňování pěstounů (Deloitte 2016).

3.3.5 Podpora pěstounů

Vedle finančních kompenzací diskutovaných v předešlé kapitole nabízí dánský systém pěstounům řadu podpůrných prvků – podobně jako v případě podpory biologických rodin. Základním prvkem je poradenská podpora a vedení od konzultanta – sociálního pracovníka obce, který by měl minimálně třikrát ročně navštívit pěstounskou rodinu, podle potřeby i vícekrát, měl by být ale dostupný průběžně přes telefon a e-mail. Tento konzultant také řeší žádosti pěstounů o další podporu, jako je např. odlehčovací péče nebo odborná supervize vztahující se k postižení dítěte apod. Konzultant se věnuje především péči pěstounů o dítě a rodičovsko-pěstounským otázkám (Center for Familiepleje 2016).

Další formou podpory je supervize. Ta není vždy zcela jasně odlišitelná od konzultací, používají se v ní podobné postupy jako při konzultacích (otázky, reflektování), někdy ji dokonce poskytují konzultanti, pokud pro ni mají příslušné vzdělání. Supervizi mohou

pěstouni dostávat například tehdy, když péče o umístěné dítě ohrožuje fungování a soudržnost rodiny, pokud má pěstounská rodina tendenci péči vzdát nebo když potřebuje psychologické poradenství v otázce chování dítěte a přístupu k němu (Center for Familiepleje 2016):

„Měli jsme supervizi, ale o FAS [fetální alkoholový syndrom] toho moc nevěděli. Věděli o normálních dětech. A teď máme supervizorku, která toho v Dánsku ví o FAS nejvíc. Napsala o tom hodně knih a učí o tom. Obec ji platí. Neměli nikoho, kdo by nám mohl pomoci, tak jsme se zeptali, jestli si někoho můžeme najít. A napsala jsem jí a zeptala se, jestli někoho zná. Nenapadlo mě, že by to dělala ona. Ale ona řekla, že to bude dělat“ *(rozhovor, pěstounka)*.

Poradci a supervizoři také považují za vhodné zaměřovat se na rodinu jako na systém, na vztahy mezi partnery, na vlastní děti pěstounů a na dopad vstupu nového dítěte do rodiny:

„Vždy o tom s rodinou mluvíme, i když s tím sami nepřijdou. Ptáme se vždy na jejich vlastní děti. A také na jejich manželství: ‚Vede se vám dobře?‘ Někdy je posíláme na kurz pro partnery. To je speciální kurz, PREP, pro pěstounské rodiny, pěstouni tam jsou spolu a pracují na svém vlastním vztahu. Aby byli v pohodě. A aby dostali možnost mluvit o věcech, o nichž možná sami nemluví. Je to opravdu dobré. Někdy potřebují rodinnou terapii. Někteří naši zaměstnanci to dělají. Napíšeme obci, že ta a ta rodina potřebuje rodinnou terapii: ‚Můžete to zaplatit?‘ Většinou řeknou, že ano. Protože to má co dělat s tím, že je v rodině dítě v pěstounské péči. Když se to toho netýká, měli by si to platit sami. Ale často je to s tím spojené, to téma je, že mají dítě v pěstounské péči. Tak obec často souhlasí“ *(rozhovor, pracovnice neziskové organizace v G.)*.

Jedna z našich respondentek právě takový přístup oceňovala:

„Je hodně věcí, které [s manželem] společně dělat nemůžeme, protože jeden vždy musí zůstat s ním. Takže jsem si najednou uvědomila, že žijeme dva různé životy. A přitom jsme předtím dělali všechno spolu, tak to bylo jako: ‚Ha, co se děje, musíme si dát pozor a promluvit si o tom, a zjistit, jak se můžeme starat o náš vztah.‘ Protože když to nefunguje, nic nefunguje. [...] měla jsem rozhovory s naším poradcem. Oni se normálně zajímají o dítě, ale je důležité také to, že se zajímají o ten pár, který o dítě pečuje. [...] Ona [nezisková organizace pro pěstouny] zorganizovala kurz pro pěstouny. [...] Bylo to dobré. Zaplatila to obec. Musí nám platit dva dny [vzdělávání] ročně. A tohle byl jeden z nich. Myslím, že je to důležité. Protože všechno se soustředí na dítě, a ne na pár“ *(rozhovor, pěstounka)*.

Vzdělávání je další formou podpory. Zároveň jde o povinnost – pěstouni musejí absolvovat minimálně dva dny vzdělávání ročně.

Pěstounům může obec zaplatit také chůvu, potřebují-li se účastnit nějaké společenské události nebo jsou-li třeba nemocní, a pokud se do péče nemůže zapojit jejich širší příbuzenstvo. Pěstouni dětí s postižením mohou dostat k dispozici chůvu až na 10 hodin denně, v případě tzv. posílené péče (tj. obcí intenzivněji podporované pěstounské péče pro děti s vysokou mírou potřeb) může být chůva placena obcí až 16 hodin denně (Center for Familiepleje 2016). Jedna pěstounská rodina takto mohla využívat jako chůvu zdravotní sestru před důchodem:

„Byl v tak špatném stavu, že když jsme ho dostali, zůstala jsem doma a můj muž byl doma zčásti. A po sedmi měsících jsme dostali chůvu na plný úvazek, která k nám chodila domů a hlídala ho, takže jsem mohla dělat něco jiného“ (*rozhovor, pěstounka*).

Stejně jako pro biologické rodiny zahrnuje škála podpory pro pěstouny i respitní péči – a to jak v jiné pěstounské rodině, tak v instituci. Pro pěstouny je stejně důležitá jako pro biologické rodiny. Dětem umožňuje navazovat a rozvíjet další vztahy:

„Požádali jsme o další pěstounskou rodinu, která by ho měla občas na víkendy a tak. A myslím, že jsme dostali jednu rodinu, když mu bylo asi pět, a tam jezdil asi dva roky a pak skončili. A potom byl v jiné asi dva roky, ti potom také skončili, a pak přišel do třetí, kam jezdil asi do patnácti. – *Výzkumník*: A proč skončili? – Ti první proto, že koupili velký dům a chtěli pomáhat ženám v nouzi. A ty ženy měly často děti. A naše dítě k sobě potřebovalo jednoho člověka. Takže pro ně bylo těžké starat se o všechny a zároveň o naše dítě. Tak se rozhodli skončit. Ale on to tam měl rád a pořád je občas vídá. A další rodina, tam byly problémy, protože otec byl prudký a bil svoje děti. Ne naše, ale svoje. Tak se rozvedli a ona už pak nemohla. A poslední rodina byla velmi dobrá. Měli jiné dítě v pěstounské péči. Vzali si jí z porodnice jako mimino a ona se stala jakoby mladší sestrou našeho dítěte. Má ji moc rád. Jezdil tam každý čtvrtý víkend a jeden den v týdnu. Ale pak ta holčička vyrostla a dohromady s tím naším potřebovali dva lidi, protože dělali tolik legrace a hluku a problémů [smích], že to bylo těžké pro matku samotnou. Věděli jsme, že to jednou skončí, protože to bylo náročné. [...] myslím, že [na obci] věděli, že někoho musejí najít, protože ho dobře znali a věděli, že pro nás je těžké mít ho nonstop, protože občas musíme dělat něco svého a občas něco bez dětí. A nemohli jsme jako jiné rodiny požádat naše rodiče, protože to není možné. Musí ho hlídat někdo se speciálním vzděláním nebo tak něco. [...] Ale je těžké takovou rodinu najít. Věděli ale, že nám něco musí dát“ (*rozhovor, pěstounka*).

Péče o dítě s postižením může být velmi náročná. A to už od velmi raného věku:

„*Pěstounka*: Celá rodina se dítěti musí věnovat. – *Pěstoun*: Čtyřicet hodin denně. Každý den. Prvních deset let jsme neměli dovolenou. [...] – *Pěstounka*: Neměla ráda

světlo, hluk, hovor. [...] A když jsem s ní šla ven, mohla být v kočárku, ale nesměla vidět ven. – *Pěstoun*: Bylo to těžké. Deset let vůbec žádná dovolená. Ani s ostatními dětmi. Pro ni to nebylo. – *Pěstounka*: Potřebovala být pořád u mě. Seděla mi na levé ruce, tvář na tvář. Tak to bylo na začátku, deset měsíců“ (*rozhovor, pěstounská rodina*).

„Nevěděli jsme [...], jak moc času to zabere, byl hodně postižený. [...] řekli, že můžeme čekat, že bude chtít zůstat v pokoji, protože ho všechno ruší. A první půlrok tam byl a my se o něj starali. A potom jsme ho pomalu dávali ven. Ale vždycky byl hodně citlivý. Prvních sedm, osm let nejedl, měl sondu, kterou dostával všechno. [...] Nejedl, protože mu zřejmě nešlo polykat. Byl pořád v křeči. Když jsme ho poprvé viděli, ležel na hlavě a zadku, ale záda měl prohnutá. Byl v napětí. Zkoušeli jsme ho krmit, ale všechno vyzvracel. [...] A bylo pro něj i těžké pít. [...] A pak jsem se rozhodla, že když nejsme schopni přimět ho, aby polykal, musí mít sondu“ (*rozhovor, pěstounka*).

S dospíváním se může náročnost péče proměňovat, objevují se nové výzvy, někdy mohou problémy ustupovat, jindy naopak přibývat. Účastníci výzkumu mluvili o projevech agrese, sebeubližování, neustálém křiku nebo zdravotních problémech vyžadujících nepřetržitou zdravotní péči jako o něčem, co je obtížné zvládat v domácím prostředí – jak biologické, tak pěstounské rodiny. Podle názoru pracovnice neziskové organizace mají pěstouni dětí s postižením „velkou motivaci, velké srdce pro takové děti“. Ale také potřebují „velkou podporu“. Pokud však musejí „bojovat o to, aby byly [speciální potřeby dětí s postižením] naplněny, pak to nemohou zvládnout“ (*rozhovor, pracovnice neziskové organizace v G.*). A dánští pěstouni někdy musejí vyvinout značné úsilí, aby pomoc získali:

„Věděli [sociální pracovníci obce], že to je velká výzva, takže od prvního dne věděli, že nám musejí pomoci. Ale jak ubíhaly roky [smích] a na obci se měnili lidé, museli jsme o to bojovat. – *Výzkumník*: Byla spolupráce s obcí dobrá? – Ano. Mnoho let to byla F. [obcí najatá nezisková organizace]. A ta byla uprostřed. My tady, oni uprostřed a tamhle úřad, který to platil. A pak po osmi letech se rozhodli přestat ji [neziskovou organizaci] využívat a poslali nám dopis, že můžeme zůstat přímo pod obcí. A pokud bychom nesouhlasili, že pro něj najdou jinou rodinu. A kdo by to odmítl? [smích] – *Výzkumník*: Proč to chtěli změnit? – Chtěli ušetřit. Ale pak řekli, že náš kontrakt s nimi bude stejný jako s ní [neziskovou organizací]. Ale museli jsme o všechno bojovat. To nás stálo hodně energie. A nakonec jsme tam šli a řekli, že máme dítě, které stojí hodně sil, a nemůžeme je ztrácet na tomhle: ‚Takže s tím musíte něco udělat, protože to není v pořádku.‘ A byl tam poradce, který nám pomohl: ‚Dobře, dělejte svoji práci, já se o to postarám.‘ A od té doby to bylo dobré. Je to dobrá obec“ (*rozhovor, pěstounka*).

Pro pěstouny je ve spolupráci se sociálními pracovníky přitom podstatná předvídatelnost, dostupnost a kvalita supervize, podpory a vedení. Pěstouni dokonce někdy oceňují dosažitelnost supervize či odlehčovacích a dalších služeb víc než zvyšování odměny (Deloitte 2016). V odborné literatuře týkající se náhradní rodinné péče o děti s postižením ostatně panuje shoda v tom, že pro úspěšné umístění dětí s postižením je právě specializovaná podpora klíčová. Škála podpůrných služeb a prostředků používaných v různých národních systémech zahrnuje terapeutické služby, kompenzační a výukové pomůcky, péči komunitních sester, služby duševního zdraví, péči zubaře, úpravy domácnosti, specializované vzdělávací a rekreační služby nebo přepravní služby. Zároveň řada studií také upozorňuje na to, že takové služby jsou často obtížně dostupné a že potřeby dětí zůstávají nenaplněny. Existují rovněž výzkumné doklady toho, že nejsou dostatečně podchyceny zdraví a kvalita života pěstounů, pěstouni se cítí vyčerpaní a sociálně izolovaní. Oceňují proto emocionální podporu, podporu v hájení svých zájmů, možnost si krátkodobě od péče odpočinout či podporu a poradenství ohledně finančních záležitostí (Welch et al. 2015).

Logika podpory pěstounských rodin je tak stejná jako v případě podpory biologické rodiny. Jde o to, pomoci rodině s náročnou péčí o dítě tím, že je jí poskytnuta přímá pomoc s výkonem péče (např. chůva), ale i tím, že se podporují samotní rodiče/pěstouni (rozvojem znalostí, dovedností, poskytováním možnosti odpočinku, podporou jejich vlastního vztahu) i jejich vlastní děti. A stejně jako v případě péče biologické rodiny, naráží někdy na různé limity i pěstounská rodina. Ty lze někdy díky podpoře překonat, jako v případě, kdy se pěstounská rodina v průběhu výchovy dítěte rozpadla:

„Měla jsem mladého chlapce, autistického, který byl doma se svojí rodinou do sedmi let. Ale pak už to nemohli zvládnout. Byla to dysfunkční rodina, ale měli nějaké dovednosti, takže dlouhou dobu zvládali mít ho doma. Ale pak to museli vzdát, taky proto, že obec řekla, že to už dál nejde. Takže se dostal do pěstounské péče. A pěstouni museli přizpůsobit denní strukturu, tabulky a tak dál. Ale zvládali ho mít a ještě tam je, je mu asi dvacet. Pěstounka se sice během té doby rozvedla, ale je výjimečná. Zvládá to. Samozřejmě potřebuje hodně podpory. [...] od nás, tím že tam chodíme a mluvíme s ní. Ale také je tam těsný vztah se školou. Celou dobu dělají to samé, když on přijde do školy, zavolají jí, že tam je, když jsou ve škole problémy, volají jí. Takže když se vrátí, může s ním o tom mluvit. Mají opravdu těsnou spolupráci. A s [biologickou] matkou, protože ona je důležitou součástí jeho života, tak má velmi těsnou spolupráci. A to bylo pod naší supervizí. A taky pod dohledem obce. Tímto způsobem všichni pracovali jako tým a on tam pořád je. [...] chodil každý druhý týden od pátku do neděle na speciální místo, aby si rodina mohla odpočinout. [...] Dělají [v instituci, kam chlapec chodil na respitní pobyty] víkendy pro děti a dělají tam různé věci, táboračky, výlety na lodi, rybaření, výlety na kolech, skútr, cokoli“ (rozhovor, pěstounka).

V jiných případech ale děti z pěstounské péče odcházejí, a to i do péče institucionální:

„Ale taky máme zkušenost, kdy jsme museli říct, že už to podle nás nejde a musíme udělat něco jiného. Například jsme měli chlapce v pěstounské rodině od tří nebo čtyř do šestnácti let a byl velmi problémový. Měl poškození mozku, matka pila během těhotenství. A na začátku žil s matkou, takže měl poruchu citové vazby, takže měl hodně problémů. Ale ta pěstounská rodina byla dobrá. Jenomže když byl teenager, bylo to pro ně opravdu velmi náročné. Protože tyhle děti, když vyrostou, tělo je jako teenagera a intelekt jako u malého dítěte. Takže se musel držet zkrátka, aby neubližoval mladším dětem a podobně. A tak musel jít pryč, do instituce. Ale nějak jsme tušili, že to jednou přijde, protože je to vidět ve vývoji. [...] Takže v tomto případě, když mu bylo patnáct, šestnáct, začali jsme uvažovat o tom, co by pro něj bylo do budoucna dobré. Místo čekání na to, až rodina řekne, že už to nezvládá, měli jsme plán, co by se mělo stát. A rodina, ve které žil, se stala jeho přechodnou rodinou. Trávil v ní občas víkendy nebo prázdniny. Takže s nimi měl dál kontakt“ *(rozhovor, pěstounka)*.

Pracovnice regionálního úřadu pro dohled, které mají přehled o pěstounských rodinách ve své oblasti, potvrzují, že je „hodně případů, kdy dítě bylo odmala v pěstounské péči a v období dospívání se přesunulo do rezidenční péče“ *(rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti)*.

„Pro pěstounskou rodinu je někdy těžké říct: ‚My už nemůžeme.‘ A proto tam taky musíme chodit, protože někdy jim musíme říct my: ‚Teď je čas se s ním rozloučit, udělali jste dobrou práci, ale chce to profesionálnější péči v pobytovém zařízení, například.‘ [...] Někdy mohou být děti v pěstounské rodině velmi izolované, když jsou -náctileté, moc se nesocializují. A tak si někdy myslíme, že mohou získat víc, když budou s dalšími ve stejné pozici. [...] A to mohou dostat v rezidenční péči“ *(rozhovor, pracovnice regionálního úřadu pro dohled v sociální oblasti)*.

Pozorování jiných profesionálek z neziskové organizace je ovšem zcela opačné:

„*Pracovnice 1:* Jsem tady 23 let a ještě jsem nezažila, že by dítě s postižením z pěstounské rodiny muselo odejít. – *Pracovnice 2:* [...] V rodinách s handicapovanými dětmi je větší úspěšnost než v rodinách s dětmi bez handicapu, protože ty musejí zvládat sociální problémy [ve vztahu s dítětem]. [...] A myslím, že je to proto, že tyhle rodiny mají také méně podpory než rodiny s handicapovanými dětmi. [...] Možná je to proto, že v rodinách s handicapovanými dětmi není tolik změn, děti neutíkají, nepijí alkohol a nedělají ty věci, co jiné děti v jejich věku. Možná je to prostě snazší“ *(rozhovor, pracovnice neziskové organizace v F.)*.

Každopádně i v pěstounských rodinách – podobně jako v biologických – může být období dospívání dětí s postižením zátěžové, pokud jde současně o děti s problémovým chováním.

Pak přichází ke slovu opět otázka, co je v rámci rodiny zvladatelné, a co už nikoli. A s tím také otázka „profesionality“ pěstounů a rozsahu podpory, kterou lze pěstounské rodině v takové situaci poskytovat.

3.3.6 Specializovaná pěstounská péče jako potenciál změny

V rámci „dětské reformy“ v roce 2011 byl zaveden nový typ péče, tzv. obecní (komunální) pěstounská péče, určená dětem s většími potížemi, které by se jinak dostávaly do rezidenční péče. Zákon stanovil, že obecním pěstounským rodinám by se podle potřeby mělo dostávat průběžného vzdělávání a také nezbytného vedení (například supervizních konzultací jednou měsíčně – viz Mehlbye a Houlberg 2013). Koncept obecní pěstounské péče není nicméně zákonem ani ministerskými instrukcemi nijak blíže specifikován (Socialpædagogerne, nedat.). Není zatím ani příliš využíván, obce častěji (byť celkově zatím jen v omezeném množství) podporují vlastní formát tzv. specializované pěstounské péče, který spočívá ve zpřísnění podmínek výběru a posílení podpory pěstounských rodin, do nichž pak směřují děti s různými typy obtíží. Využívání specializovaných pěstounů vychází z místních strategických rozhodnutí, dotací na rozvoj pěstounské péče, získaných z ministerstva či odjinud, nebo také ze specifického způsobu posuzování potřeb dětí (Mehlbye 2014b).

Výzkumný institut KORA²⁷ realizoval v letech 2012 až 2014 výzkum o zavádění a fungování pěstounské péče specializované na děti s vyšší mírou potřeb a publikoval z něj postupně čtyři zprávy (Mehlbye a Houlberg 2013, Mehlbye a Sjørsløv 2014, Mehlbye 2014a, b). Ukázalo se, že v praxi obce s umístováním dětí vyžadujících speciální péči zacházejí různě. Jen některé z nich k tomu v letech 2012 a 2013 využívaly nový koncept obecních pěstounských rodin. V roce 2012 tak činilo jen 15 obcí ze zkoumaných 79, umístěno v nich bylo 72 dětí, což bylo s ohledem na celkový počet dětí v náhradní péči (kolem 14 000) velmi malé číslo (Mehlbye a Houlberg 2013). Ne příliš velkou ochotu obecních úřadů využívat tento typ péče lze vysvětlit i ekonomickými důvody:

„Obce to nemají rády. Znamená to platit pěstounské rodiny, i když nemají děti. Je to drahé. Takže obce používají jiné systémy. [...] Myslím, že teď je kolem 300 obcí, které vyvinuly novou kategorii, která není v zákoně: posílená pěstounská péče. Dávají jim extra podporu, ale nejsou to zaměstnanci obce, mají kontrakt“ (rozhovor, pracovnice Ministerstva dětí a sociálních věcí).

Mehlbye a Houlberg (2013) ukazují, že obce v rámci různých regionálních projektů a programů – a to již v období před dětskou reformou – experimentovaly s umístováním dětí do „specializovaných“ pěstounských rodin pod různými názvy (specializovaná pěstounská péče, projekty pěstounské péče, tréninkové pěstounské rodiny, posílená pěstounská péče či běžné pěstounské rodiny se speciálním vzděláním a zkušenostmi). Na pěstouny byly při

²⁷ KORA (Národní institut obcí a regionů pro analýzu a výzkum) je nyní součástí výzkumného institutu VIVE, dříve SFI.

výběru kladeny speciální nároky: jeden nebo případně i oba pěstouni neměli mít další zaměstnání, měli mít dlouhodobou zkušenost s pěstounstvím a/nebo relevantní vzdělání (psychologické či sociální), měli by mít schopnost empatie, čelit výzvám, spolupracovat s dalšími aktéry kolem dítěte, např. s biologickými rodiči. Tato specializovaná péče však není rozšířena ve všech samosprávných obcích a mezi lety 2012 a 2013 dokonce došlo k poklesu v jejím využívání. Zatímco v roce 2012 ze zkoumaných 76 samospráv využívalo nějakou formu specializované péče 40 obcí ve 304 rodinách, v roce 2013 využívalo specializovanou péči již pouze 24 samospráv (ze zkoumaných 71) ve 276 pěstounských rodinách.²⁸

Specializovaná pěstounská péče, včetně té obecní, ovšem necílila primárně na děti s postižením. Pěstouni děti v péči popisovali jako silně zanedbané, někdy bez základních dovedností, s poruchou citové vazby nebo s psychiatrickou diagnózou (Mehlbye 2014b). Samosprávné obce se v první fázi vymezovaly proti umístování příliš náročných dětí do péče, přičemž za takové byly považovány děti, jejichž nároky na podporu a léčbu by podle sociálních pracovníků vyžadovaly spíše ústavní péči. Jedna z obcí mezi kontraindikace řadila například právě těžké postižení (Mehlbye 2014a). Zároveň ale z výzkumu vyplynulo, že mezi dětmi, které pěstounské rodiny přijmout mohou, a dětmi, které do péče vzít nemohou, není jasná dělicí linie. Vždy jde o to, „posoudit, zda konkrétní pěstounská rodina daný úkol zvládne s ohledem na svoje zkušenosti a profesionální kompetence a také s ohledem na obtíže dítěte“ (Mehlbye 2014b: 12). Nejde tedy ani tak o typ a rozsah problémů jako spíš o to, jestli se bude dítě moci vyvíjet a navázat blízký vztah. A ačkoli vedoucí oddělení náhradní rodinné péče z úřadů uváděli jako možné kontraindikace pro pěstounskou péči závažné vývojové poruchy a poruchy chování, duševní nemoc spojenou s násilným chováním, sebepoškozování apod., někteří pěstouni z výzkumu institutu KORA popisovali u dětí právě tyto projevy. Mluvili o silně zanedbaných dětech, o poruše citové vazby, o násilném a agresivním jednání, o omezené schopnosti dětí účastnit se normálního rodinného života, o duševních poruchách: úzkostech, halucinacích, psychopatii, o závislosti na návykových látkách atd. Zároveň 12 ze 13 rodin účastníků se výzkumu bylo rozhodnuto dál si dítě v péči ponechat (Mehlbye 2014a). Také případoví pracovníci a konzultanti v druhé fázi výzkumu již uváděli jako představitelné, že do péče specializovaných pěstounů půjdou (vedle dětí zanedbaných, s emocionálními a dalšími s tím spojenými problémy či dětí s počínajícím zneužíváním návykových látek apod.) také děti s autismem, ADHD nebo s fyzickým postižením (Mehlbye 2014b).

Dánské pojetí specializované pěstounské péče má blízko ke konceptu tzv. terapeutické pěstounské péče. Ta vznikla z potřeby mít pěstounskou péči také pro děti, jejichž potřeby jsou komplexní a vyžadují více terapeutickou odpověď, například pro děti páchající trestnou činnost, děti s problémovým chováním, s těžkým zdravotním nebo vývojovým postižením:

²⁸ Dánsko má od reformy samosprávných celků v roce 2007 celkem 98 samosprávných obcí seskupených do 5 regionů. Předtím to bylo 270 obcí ve 14 okresech.

„Terapeutická pěstounská péče si cení pěstounské rodiny jako hybné síly změny a považuje zkušenost rodinného života za neocenitelnou pro podporu vývoje dítěte. [...] takový vývoj může nastat, jen pokud je pěstounská rodina dobře vyškolená a profesionálně podporovaná, aby s dítětem pracovala terapeuticky“ (Dini 2007: 15).

Obce, které specializovanou pěstounskou péči využívají, umisťují děti do rezidenčních zařízení méně, a naopak: ty, které používají „tradiční“ pěstounskou péči, ale ne specializovanou, umisťují děti do institucí častěji (Mehlbye 2014b). Specializovaná pěstounská péče má tedy zřejmě potenciál vytvořit časem rozšířenější alternativu k umisťování do ústavní péče, a to i u dětí s mentálním či fyzickým postižením, autismem, duševními nemocemi apod.

Pěstounské rodiny mají oproti ústavní péči zjevně tu výhodu, že v nich dítě může vyrůstat v blízkém vztahu s dospělými, podobně jako jiné děti ve svých rodinách. Oproti instituci je však pěstounská rodina „křehkou organizační jednotkou“ (Mehlbye 2014b: 45), v níž je právě ten vztah, který tvoří hlavní výhodu pěstounské péče, neustále ohrožen. Například proto, že rodina nevládne pracovat se speciálními potřebami dítěte. Nebo proto, že se může rozpadnout. I proto je profesionální specializovaná podpora rodinám pečujícím o děti s postižením výsostně důležitá.

4. Závěry: současná témata sociální práce s dětmi s postižením v Anglii a Dánsku

Jan Paleček a David Kocman

Případové studie systémů (náhradní) péče o děti s postižením ukázaly, že v obou sledovaných zemích lze nalézt obdobné znaky vývoje služeb pro děti s postižením i podobné rysy současného nastavení systému podpory. Klíčovým efektem dlouhodobých procesů deinstitucionalizace ústavních služeb je, že v současnosti se praktická i organizační pozornost systémů péče soustřeďuje nikoliv na náhradní formy péče, ať už rodinné, nebo mimorodinné, ale na podporu péče o dítě s postižením přímo v rodině. Alternativou k rezidenční péči se tak stala domácí péče, k jejímuž zajištění se přeorientoval celý systém norem a očekávání i organizace péče. Tato logika, totiž snaha systému nastavit podporu co nejlépe a nejefektivněji tak, aby rodiny mohly pečovat o své děti s postižením v domácím prostředí, orientuje práci profesionálů jak v práci s biologickými, tak i v práci s pěstounskými rodinami.

Ačkoli se oba systémy potýkají s nejednotnou kategorizací a chybějícími statistickými údaji o dětech s postižením v různých typech a trajektoriích péče, na základě různých studií lze říci, že v Dánsku i v Anglii se do náhradní péče dostávají častěji spíše starší děti s postižením. V Dánsku je vstup dětí do náhradní péče ve vyšším věku obecným rysem, ale v případě dětí s postižením je tento jev ještě výraznější. V anglické sociálně-právní ochraně dětí, která je obecně otevřenější praxi umístování dětí mimo rodinu bez souhlasu rodičů, jde naopak o jev, který se týká především dětí s postižením. V obou případech lze příčinu vyššího věku dětí s postižením při vstupu do péče mimo rodinu spatřovat ve specifických důvodech umístování: jde častěji o důvody spojené s postižením (a zajištěním péče) než o problémy spojené s rodičovstvím. To samozřejmě vyvolává otázku, do jaké míry je systém schopen poskytovat adekvátní podporu rodinám v domácím prostředí, tak aby péče o dítě doma byla nadále zvladatelná.

Ve vývoji obou sledovaných systémů hrály také důležitou roli skandály spojené se zneužíváním dětí v ústavní péči, ale i v péči pěstounské. Dlouhodobá reflexe a snaha o zkvalitnění služeb a zajištění bezpečné péče pro nejzranitelnější skupiny uživatelů vedly ke konsenzu, že regulace a kontrola představují efektivní nástroj, schopný omezit (a předcházet) případy zneužívání a týrání dětí v péči.

Pěstounská péče se v obou systémech stala preferovanou volbou v případech, kdy profesionálové zvažují nutnost umístit dítě mimo původní rodinu. Pro děti s postižením však tento ideál zatím zůstává nenaplněn. Ačkoliv podíl pěstounské péče neustále stoupá, týká se to především dětí bez postižení. U dětí s postižením jsou pěstounské rodiny využívány spíše pro zajištění respitní péče. Při dlouhodobém či trvalém umístování dětí s postižením do pěstounské péče se profesionálové v obou zemích od samých počátků reforem systémů péče

potýkají zejména s nedostatkem vhodných náhradních rodin. Tento nedostatek se nejvíce projevuje v případech, kdy je do náhradní rodinné péče potřeba umístit starší děti s komplexními potřebami podpory. Proces přípravy a schvalování nových pěstounů je v Anglii standardizovaný na národní úrovni. V Dánsku je tendence ke standardizaci a centralizaci přípravy a schvalování pěstounů také zřetelná, byť až v posledních letech. V obou zemích prochází pěstounská péče procesem profesionalizace, která zahrnuje především pojetí pěstounství jako odborné práce s dětmi a její zapojení do multidisciplinární sítě podpory (spolupráce s dalšími službami, se školou, konzultační podpora a spolupráce s dalšími odborníky apod.). Pěstounům náleží za jejich práci finanční odměna (v Dánsku ale existuje i neplacená, tzv. síťová forma pěstounské péče, v níž není primární profesionalita pěstounů, ale vztah mezi nimi a dítětem; ta však není pro děti s postižením příliš využívaná). Pěstouni jsou zapojeni do více či méně formalizovaných systémů průběžného zvyšování svých kompetencí.

Na rozdíl od profesionálů, samy rodiny, pokud je nutné umístit jejich dítě s postižením mimo původní domov, dávají přednost pobytovým službám před pěstounskými domácnostmi – a to zejména proto, že rezidenční služby z jejich pohledu nepředstavují takové ohrožení vztahu rodičů s dětmi jako pěstounské rodiny. Praktické a organizační problémy se zajištěním dostatečné kapacity vhodné náhradní rodinné péče na jedné straně a postoje a preference rodin, které raději volí rezidenční služby, na straně druhé znamenají, že péče o děti s postižením do jisté míry stále odolává radikálním změnám, které deinstitucionalizace a změna přístupu k ústavním službám přinesly v sociálních a zdravotních službách – zejména pak v oblastech péče o dospělé s postižením nebo péče o ohrožené děti bez postižení, kde se (ve srovnání s péčí o děti s postižením) využívá rezidenčních služeb v menší míře.

Kromě shodných systémových prvků existují mezi Dánskem a Anglií i odlišnosti. Dánský systém služeb pro děti se orientuje především na podporu rodin a umísťování dětí mimo biologickou rodinu bez souhlasu rodičů není běžnou praxí (přestože i v Dánsku je od začátku nového milénia zřetelný posun od politiky „co nejméně rušivých zásahů“ do rodiny k ochraně práv a zájmů dítěte). Anglie je v celé Evropě průkopníkem a nejvýraznějším představitelem systému, který v sociálně-právní ochraně dětí přebírá rodičovskou odpovědnost a jedná v zájmu bezpečí a zajištění trvalé pozitivní budoucnosti dítěte bez ohledu na postoje biologických rodičů. Anglická sociálně-právní ochrana dětí se vyznačuje vysokým počtem umístění dětí do péče státu bez souhlasu rodin a vysokým počtem adopcí z péče.

Dánský systém se vyznačuje značnou variabilitou nabídky i kvality podpory a péče, což souvisí se samosprávným členěním státu a mírou samostatnosti obcí jak v otázkách podpory rodin dětí s postižením, tak v oblasti organizace náhradní péče o děti. Variabilita a s ní související rozdíly v kvalitě jsou předmětem veřejné debaty a kritiky. Tendence k centralizaci některých procesů v posledních letech (např. schvalování a kontroly kvality pěstounské i ústavní péče) ukazují, že tento stav není dlouhodobě udržitelný. Oproti tomu, pro Anglii je

příznačná vysoká míra procesní standardizace a proceduralizace sociálně-právní ochrany a péče o děti s postižením, včetně maximálních časových limitů pro jednotlivé procesní kroky. Navzdory snaze předcházet jevu, kterému se v Anglii hanlivě říká „loterie podle poštovního směrovacího čísla“, a zajišťovat rovný přístup k péči bez ohledu na to, ve které obci lidé žijí, se i anglický systém potýká s (negativně chápanou) lokální variabilitou nabídky a kvality, jež je často připisovaná místně specifické politice financování sociálních služeb.

V Anglii i Dánsku je tak míra zvladatelnosti domácí péče o dítě s postižením – ať už v původní, nebo pěstounské rodině – stále velmi různorodá a závisí na řadě faktorů. K nim patří vlastní zdroje biologické či pěstounské rodiny, ale stejně tak podstatná je nabídka služeb a dalších zdrojů podpory v konkrétní obci, kde rodina žije. Mimoto se v konkrétních případech mohou lišit představy zúčastněných aktérů o všech těchto možnostech.

Obecně lze však říci, že malé děti s postižením byly dříve do mimorodinné (tedy většinou ústavní) péče umísťovány v mnohem větší míře než dnes. Posun od rezidenční k domácí péči byl umožněn proměňujícím se společenským pohledem na práva osob s postižením a také rozvojem podpory rodin s postiženými dětmi. Deinstitutionalizace péče o děti s postižením tak probíhá především díky rozvoji služeb a programů podpory biologických rodin dětí s postižením, nikoli primárně přechodem od ústavní péče k péči pěstounské.

Použitá literatura

Abbott, D., Morris, J., Ward, L. (2001). *The Best Place To Be? Policy, Practice and the Experiences of Residential School Placements for Disabled Children*. York: York Publishing Services.

Abbott, D., Morris, J., Ward, L. (2002). *Disabled children and residential schools: a survey of local authority policy and practice*. Bristol: Norah Fry Research Centre.

Alstrup, C. K., Hammen, I., Frederiksen, A. (2016). *Børn og unge med kronisk sygdom eller handicap i familiepleje. Perspektiver fra Københavns Kommune* [Děti a mladiství s chronickou nemocí nebo postižením v pěstounské péči. Perspektivy města Kodaň]. København: Center for Familiepleje. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://centerforfamiliepleje.kk.dk/artikel/boern-og-unge-med-kronisk-sygdom-eller-handicap>

Andersen, S. H. (2010). A Good Place to Live? On Municipality Characteristics and Children's Placement Risk. *Social Service Review*, 84, 2, 201–224.

Andersen, S. H., Fallesen, P. (2015). Family matters? The effect of kinship care on foster care disruption rates. *Child Abuse & Neglect*, 48, 68–79.

Argent, H. (1998). *Whatever Happened to Adam? Stories of Disabled People Who Were Adopted or Fostered*. London: British Association for Adoption.

Association for Greenlandic Children, Child's Welfare in Denmark, DIGNITY, Disabled Peoples Organisation Denmark, Joint Council for Child Issues, Save the Children Denmark, Save the Children Youth Denmark, Danish National Committee for UNICEF (2016). Supplementary NGO Report. To the Danish Government's 5th periodic report. To the UN Committee on the Rights of the Child. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/DNK/INT_CRC_NGO_DNK_25902_E.pdf

Baker, C. (2007). Disabled children's experience of permanency in the looked after system. *British Journal of Social Work*, 37, 7, 1173–1188.

Bank-Mikkelsen, N. E. (1969). A Metropolitan Area in Denmark: Copenhagen. In: Kugel, R. B., Wolfensberger, W. (eds). 1969. *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*. Washington DC: President's Committee on Mental Retardation, s. 227–255.

Bech-Jessen, F. (2010). Serien "De åndssvage" udløser pris [Série „Postižení“ získala cenu]. *Kristeligt Dagblad*. 27. 11. 2017. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/serien-de-%C3%A5ndssvage-udl%C3%B8ser-pris>

Bengtsson, S., Kristensen, L. K. (2006). *Særforsorgens Udlægning. Et litteraturstudie* [Decentralizace speciální péče. Studie literatury]. København: Socialforskningsinstituttet. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: https://pure.sfi.dk/ws/files/259006/0608_Saerforsorgens_udlaegning.pdf

Beresford, B. (1994). *Caring for a Severely Disabled Child*. York: Social Policy Research Unit.

Beresford, P. (2016). Personal budgets don't work. So why are we ignoring the evidence? *The Guardian*, 5 May 2016.

Beresford, B., Rabiee, P., Sloper, P. (2007). *Outcomes for Parents with Disabled Children*. York: Social Policy Research Unit.

Berridge, D. (1997). *Foster care: a research review*. Stationery Office, 1997.

Bilag 2: Indsatstrappen. (nedat.). [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: http://www.svendborg.dk/sites/default/files/bilag_2_indsatstrappen.pdf

Bingham, J. (2012). Disabled children 'falling through child protection net', Ofsted warns. *The Telegraph*, 22.4.2012.

Blomberg, H., Kroll, Ch., Meeuwisse, A. (2013). Nordic social workers' assessments of child welfare problems and interventions: a common model in child welfare? *European Journal of Social Work*, 16, 3, 311–326.

Boddy, J. (2013). *Understanding Permanence for Looked after Children: A review of research for the Care Inquiry*.

Boddy, J., Statham, J., Smith, M., Ghate, D., Wigfall, V. Hauari, H. (2009). *International Perspectives on Parenting Support. Non-English Language Sources*. University of London: Institute of Education. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://core.ac.uk/download/pdf/8768799.pdf>

Bølling-Ladegaard, A. (2017). Forældre: „Vi er underlagt et sygt system“ [Rodiče: „Jsme poddanými nemocného systému“]. *Politiken*. 14. 3. 2017. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://politiken.dk/indland/art5869531/%C2%BBVi-er-underlagt-et-sygt-system%C2%AB>

Børne- og Socialministeriet (2010). Lov nr 628 af 11/06/2010. Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og forældreansvarsloven (Barnets Reform) [Zákon č. 628 z 11. 6. 2010. Zákon novelizující zákon o sociálních službách, zákon o právní bezpečnosti a sociální správě a zákon o rodičovské odpovědnosti (dětská reforma)]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132410>

Børne- og Socialministeriet (2013). Lov nr 608 af 12/06/2013. Lov om socialtilsyn [Zákon č. 608 z 12. 6. 2013. Zákon o dohledu v sociální oblasti]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=152303>

Børne- og Socialministeriet (2015). Lov nr 150 af 16/02/2015. Bekendtgørelse af lov om social service (Serviceloven) [Zákon č. 150 z 16. 2. 2015. Novela zákona o sociálních službách (Zákon o službách)]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=167849#Afs3>

Bourke-Taylor, H., Cotter, C., Stephan, R. (2014). Complementary, Alternative and Mainstream Service Use among Families with Young Children with Multiple Disabilities: Family Costs to Access Choices. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 35, 3, 311–325.

- Broach, S., Clements, L., Read, J. (2016). *Disabled Children: A Legal Handbook*, 2nd edition.
- Browning, Ch. J. (1994). Public- and private-sector out-of-home care in Denmark. *Social Service Review*, 68, 1, 20–32.
- Butler, D. (2017). Disabled children in England 'finding it increasingly hard to access council care'. *The Guardian*.
- Butler, I., Drakeford, M. (2005). *Scandal, Social Work and Social Welfare*. Bristol: Policy Press.
- Care Quality Commission (2014). *From the Pond into the Sea: Children's Transition to Adult Health Services*.
- Center for Familiepleje (2016). Håndbog for plejefamilier [Příručka pro pěstouny]. København: Center for Familiepleje. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://viden.sl.dk/media/8430/haandbog-for-plejefamilier.pdf>
- Center for Familiepleje (2017a). Tal på anbringelsesområdet i Københavns kommune. Anbringelsesstatistik – April 2017 [Počty umístění ve městě Kodaň. Statistika umístování – duben 2017]. København: Center for Familiepleje. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://centerforfamiliepleje.kk.dk/artikel/statistik-over-anbringelser>
- Center for Familiepleje (2017b). Tal på anbringelsesområdet i Københavns kommune. Anbringelsesstatistik – Oktober 2017 [Počty umístění ve městě Kodaň. Statistika umístování – říjen 2017]. København: Center for Familiepleje. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://centerforfamiliepleje.kk.dk/artikel/statistik-over-anbringelser>
- Clarke, J. (2006). Consumers, clients or citizens? Politics, policy and practice in the reform of social care. *European Societies*, 8, 3, 423–442.
- Cliffe, D., Berridge, D. (1991). *Closing Children's Homes: An End to Residential Child Care?* London: NCB.
- Cooke, P., Standen P. (2002). Abuse and disabled children: Hidden needs? *Child Abuse Review* 11: 1–18.
- Council of Europe (2003). *Rehabilitation and integration of people with disabilities: Policy and legislation*. 7th edition. Council of Europe Publishing.
- CSCI (2006). *The State of Social Care 2005–06*. London: Commission for Social Care Inspection.
- Dall, J. (2017). At anbringe børn er symptombehandling, hvis ikke familien får hjælp [Umístování dětí je jen léčbou symptomu, pokud nedostane pomoc rodina]. *Information*. 1. 8. 2017. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://www.information.dk/indland/2017/07/anbringe-boern-symptombehandling-familien-faar-hjaelp>
- Danish Parliamentary Ombudsman (2015). *Annual report 2014*. København: Danish Parliamentary Ombudsman. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://beretning2014.ombudsmanden.dk/english/ar2014/>

Danish Parliamentary Ombudsman (2017). *Annual report 2016*. København: Danish Parliamentary Ombudsman. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://beretning2016.ombudsmanden.dk/english/annualreport2016/>

Deloitte (2016). Kortlægning af vederlag til plejefamilier [Mapování odměn pro pěstounské rodiny]. Socialstyrelsen. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/videnskortlaegning-vederlag-til-plejefamilier>

Derksen, A. (nedat.) Disability on Display – Part II: ‘A history of Denmark that must not be repeated’. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://rethinkingdisability.net/disability-on-display-part-ii-a-history-of-denmark-that-must-not-be-repeated/>

DfCSF (2010). *Short Breaks Statutory guidance on how to safeguard and promote the welfare of disabled children using short breaks*. London: Department for Children, Schools and Families.

DfE (2010). *The Children Act 1989 Guidance and regulations: Volume 2: care planning, placement and case review*. London: Stationery Office., p. 12.

DfE (2016). Table A1. In: *Children looked after in England (including adoption) year ending 31 March 2016 (XLSX)*. London: Department for Education.

DfE (2017a). *Education, Health and Care Plans: Parents and Young People Survey. April 17, 2015*. London: Department for Education.

DfE (2017b). Table A1. In: *Children looked after in England (including adoption) year ending 31 March 2017*. London: Department for Education.

DfES (2006). *Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People in Care*. London: Department for Education and Skills.

Dini, J. (2007). To Study the Therapeutic Foster Care Programs Developed for Foster Families Caring for Children with Intellectual Disability and Autism. The Winston Churchill memorial trust of Australia. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: https://www.churchilltrust.com.au/media/fellows/DINI_Julie_2007.pdf

DoH (2004a). Learning Disability Task Force: Annual report 2004. London: Department of Health.

DoH (2004b). *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. London: Department of Health.

Duffy, S. (2010). *The future of personalisation: implications for welfare reform*, Sheffield: Centre for Welfare Reform.

Egelund, T., Hestbaek, A.-D. (2007). Children in care (CIC): Danish longitudinal study. A study on young children in out-of-home care from the 1995 cohort. Results from 1. data collection. Working paper. Copenhagen: SFI. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: https://pure.sfi.dk/ws/files/236658/WP_13_2007.pdf

Emlen, A. et al. (1977). *Overcoming barriers to planning for children in foster care*. Portland: Portland State University.

Eurochild (2010). *Children in alternative care. National surveys – 2nd edition January 2010*. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.eurochild.org>

Fallesen, P. (2014). Identifying divergent foster care careers for Danish children. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1860–1871.

Fostering Network (2014). *Permanence for Children in the Care System: Policy Paper*. London: The Fostering Network.

Frederiksen, S. (2012). *Empirical Essays on Placements in Outside Home Care*. Aarhus University: Department of economics and business. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: http://www.varde.dk/fileadmin/Arkiv/Billeder/Pdf_nyheder/Signe_Frederiksen_PhD_Thesis.pdf

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf

Gilbert, N., Parton, N., Skiveness, M. (2011). Changing patterns of response and emerging orientations. In: Gilbert, N., Parton, N., Skivenes, M. (eds). 2011. *Child protection systems: international trends and orientations*, pp. 243–258. New York: Oxford University Press.

Glidden, L., Johnson, V. (1999). Twelve years later: Adjustment in families who adopted children with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 37, 1, 17–24.

Guishard-Pine, J., McCall, S., Hamilton, L. (2007). *Understanding Looked After Children: An Introduction to Psychology for Foster Care*. London: Jessica Kingsley.

Hart, D., La Valle, I., Holmes, L. (2015). *The place of residential care in the English child welfare system*. Loughborough: CCfR Loughborough University.

Havrdová, Z. (1999). *Kompetence v sociální práci*. Prague: Osmium.

Hegarty, S. (1993). Reviewing the literature on integration. *European Journal of Special Needs Education*, 8, 194–200.

Henning, J. (2010). Centralinstitutioner er et sort kapitel i danmarkshistorien [Centrální instituce jsou temnou kapitolou dánských dějin]. *Kristeligt Dagblad*. 23. 9. 2010. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/kronik/centralinstitutioner-er-et-sort-kapitel-i-danmarkshistorien>

Henriksen, L. (2015). Vi har intet lært af de åndssvages historie [Z historie mentálně postižených jsme se vůbec nepoučili]. *Kristeligt Dagblad*. 30. 12. 2015. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/vi-har-intet-laert-af-de-aandssvages-historie>

Hestbæk, A.-D. (1999). Social background and placement course – the case of Denmark. *International Journal of Social Welfare*, 8, 4, 267–276.

Hestbæk, A.-D. (2011). Denmark: A child welfare system under reframing. In: Gilbert, N., Parton, N., Skivenes M. (eds). 2011. *Child protection systems: international trends and orientations*, pp. 131–153. New York: Oxford University Press.

Higginbotham, P. (2017). *Children's Homes: A History of Institutional Care for Britain's Young*. Pen and Sword.

Hutton, E., King, A. (2018). Parent/carer views on personal health budgets for disabled children who use rehabilitation therapy services. *Disability & Society*, 33, 2, 254–271.

Chrastina, J., Novák, Z. (2013). Pohled na frontální lobotomii po sedmdesáti letech – poučení z historie. *Universitas*, 3, 10–21. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/universitas/article/view/409/398>

Christiansen, F. (2017). Sagsbehandlere svarer ikke: Forældre til handicappede børn rejser klagestorm – igen [Případoví pracovníci neodpovídají: Rodiče dětí s postižením si stěžují – opět]. *Politiken*. 14. 3. 2017. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://politiken.dk/indland/art5869541/Forældre-til-handicappede-børn-rejser-klagestorm-igen>

Jenkinson, J. (1997). *Mainstream or special? Educating students with disabilities*. London: Routledge.

Johansen, G. (2009). Dilemmaer i forbindelse med overgang fra døgninstitution til plejefamilie i Københavns Kommune. [Dilemata přechodu z rezidenčních zařízení do pěstounské péče v Kodani]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://centerforfamiliepleje.kk.dk/artikel/rapporter>

Jørgensen, P. S. (1991). Out-of-home care in Denmark. *Child Welfare*. 70, 2, 107–113.

Kendrick, A. et al. (2007). *Residential Child Care: Prospects and Challenges*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Kiernan, C., Kiernan, D. (1994). Challenging behaviour in schools for pupils with severe learning difficulties. *Mental Handicap Research*, 7, 177–201.

Kirton, D. (2007). Step forward? Step back? The professionalisation of fostering. *Social Work & Social Sciences Review*, 13, 1, 6–24.

Kjeldsen, Ch. Ch., Kjeldsen, M. B. (2010). When family gets a job. Fostering practice in Denmark. *Adoption and fostering*, 34, 1, 52–64.

Kocman, D. (2012). Zprostředkování podpory (brokerství) jako nástroj koordinace péče: případ sociálních služeb v Anglii. *Sociální práce/Sociálna práca*, 1, 20–24.

Kocman, D. (2017). *Podpora řízená jednotlivcem – 5 let poté*. Praha: QUIP.

Kocman, D., Paleček, J. (eds). (2016). *Osvojování dětí v Anglii a v Dánsku. Zpráva z výzkumu v Anglii a Dánsku na téma osvojení*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://nahradnirodina.cz/publikace>

Kragh, J. V. (2010). *Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983* [Lobotomie. Psychochirurgie a dánská psychiatrie 1922–1983]. Syddansk Universitetsforlag.

Kragh, J. V., Jensen, S. G., Rasmussen, J. K., Petersen, K. (2015). *Anbragt i historien – et socialhistorisk projekt om anbragte og indlagte i perioden 1945–1980* [Umístění v dějinách – sociálně historický projekt o lidech umístěných do ústavů a hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách v období 1945–1980]. Svendborg: Socialstyrelsen. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/anbragt-i-historien>

Kuchař, J. (2016). Mentalizace aneb schopnost rozumět sobě a ostatním. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://psychoanalyzadnes.cz/2016/04/04/mentalizace-aneb-schopnost-rozumet-sobe-a-ostatnim/>

Laming, L. (2003). *The Victoria Climbié Inquiry: Report of an Inquiry by Lord Laming*. London: HMSO.

Larsen, A. (2017). Støttemuligheder til forældre med handicappet eller alvorligt sygt barn [Možnosti podpory pro rodiče postižených nebo vážně nemocných dětí]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sociale-ydelser/sociale-ydelser/foedsel-adoption-og-barn/stoettemuligheder-til-foraeldre-med-handicappet-eller-alvorligt-sygt-barn/>

Lausten, M. (2015). Needs and characteristics of high-resource using children and youth. In: Whittaker, J. K., Valle, del J. F., Holmes, L (eds). 2015. *Therapeutic residential care for children and youth: Developing evidence-based international practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher, pp. 73–84.

Lausten, M., Jorgensen, T. (2017). *Anbragte børn og unges trivsel 2016* [Jak se daří dětem a mladistvým umístěným mimo rodinu 2016]. København: SFI. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: https://pure.sfi.dk/ws/files/700712/1701_Anbragte_b_rn_og_unges_trivsel_2016.pdf

Learning Disability Task Force (2004). *Rights, Independence, Choice and Inclusion*. London: Department of Health.

Liška, J. (1998). Niels Erik Bank-Mikkelsen. *Speciální pedagogika* 8, 4, 46–47. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/931/46-47.pdf?sequence=1>

Lyon, C. (1990). *Living Away from Home: The Legal Impact on Young People With Severe Learning Difficulties*. Staffordshire: University of Keele.

Lyons, P. (2016). How do I become a foster carer? *The Guardian*, 15.1.2016.

Maluccio, A., Fein, E. (1983). Permanency planning: A redefinition. *Child Welfare*, 59, 515–530.

Maluccio, A., Fein, E., Olmstead, K. A. (1986). *Permanency planning for children*. London: Tavistock Publications.

Mason, K., Selman, P., Hughes, M. (1999). Permanency planning for children with Down's syndrome: The adolescent years. *Adoption and Fostering*, 23, 1, 31–39.

Mathiasen, S. H., Madsen, L. B., Eriksen, M. (2012). *Tæt på en svensk kommune. Inspiration fra Borås Kommunes praksis på området for udsatte børn og unge* [Švédská samosprávná obec zblízka. Inspirace praxí města Borås v oblasti péče o ohrožené děti a mladistvé]. Aarhus: KREVI. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://viden.sl.dk/artikler/boern-og-unge/socialt-udsatte/taet-paa-ensvensk-kommune/>

McConkey, R., Nixon, T., Donaghy, E., Mulhern, D. (2004). The characteristics of children with a disability looked after away from home and their future service needs. *British Journal of Social Work*, 34, 4, 561–576.

McGill, P. (2008). Residential schools for children with learning disabilities in England: recent research and issues for future provision. *Tizard Learning Disability Review*, 13, 4, 4–12.

Mehlbye, J. (2005). Slægtsanbringelse – det bedste for barnet? En pilotundersøgelse [Umístování do péče příbuzných – je to to nejlepší pro dítě? Pilotní studie] AKF Forlaget. [online] [cit. 2012-12-03]. Dostupné z: https://www.kora.dk/media/272202/udgivelser_2005_pdf_slaegtsanbringelse.pdf

Mehlbye, J. (2014a). *Evaluering af kommunernes anvendelse af plejefamilier med særlige opgaver – delrapport 3. Syv kommuners praksis og erfaringer med anvendelse af kommunale og specialiserede plejefamilier* [Evaluace využívání specializovaných pěstounských rodin místní samosprávou – část 3. Praxe a zkušenost sedmi samosprávných obcí s využíváním obecní a specializované pěstounské péče]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: https://www.kora.dk/media/3481469/10320_saelrige_plejefamilier_delrapport4.pdf

Mehlbye, J. (2014b). *Evaluering af kommunernes anvendelse af plejefamilier med særlige opgaver – delrapport 4. Udviklingen i kommunernes anvendelse af kommunale og specialiserede plejefamilier i perioden 2012 til 2013* [Evaluace využívání specializovaných pěstounských rodin místní samosprávou – část 4. Vývoj ve využívání obecních a specializovaných pěstounských rodin místní samosprávou v období 2012 až 2013]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i9857/Evaluering-af-kommunernes-anvendelse-af-plejefamilier-med-saelrige-opgaver-%E2%80%93-delrapport-4>

Mehlbye, J., Houlberg, K. (2013). *Evaluering af kommunernes anvendelse af plejefamilier med særlige opgaver – delrapport 1. En kortlægning af kommunernes anvendelse af kommunale og specialiserede plejefamilier i 2012* [Evaluace využívání specializovaných pěstounských rodin místní samosprávou – část 1. Průzkum využívání obecní a specializované pěstounské péče místní samosprávou v roce 2012]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: https://www.kora.dk/media/3887510/10320_evaluering_kommunernes_anvendelse_plejefamilier_delrapport1-2-.pdf

Mehlbye, J., Sjørøsløv, A. K. (2014). *Evaluering af kommunernes anvendelse af plejefamilier med særlige opgaver – delrapport 2. Karakteristik af anbringelser af børn og unge i kommunale og specialiserede plejefamilier* [Evaluace využívání specializovaných pěstounských rodin místní samosprávou – část 2. Charakteristiky umístování dětí a mladistvých do obecní a specializované pěstounské péče]. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: https://www.kora.dk/media/1856737/10320_karakteristik_anbringelser_delrapport2.pdf

Ministry of Social Affairs and Integration (2011). *Social policy in Denmark*. København: Ministry of Social Affairs and Integration. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://www.oim.dk/media/14947/social-policy-in-denmark.pdf>

Mittler, P. (2000). *Working towards inclusive education: Social contexts*. London: Fulton.

Mittler, P. (2002). Educating Pupils with Intellectual Disabilities in England: Thirty years on. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49, 2, 145–160.

Mittler, P. (2007). Education – the missing link at transition. *Tizard Learning Disability Review*, 12, 14–21.

Morgan, P. (1998). *Adoption and the Care of Children: The British and American Experience*. London: IEA Health and Welfare Unit.

Morris, J. (1999). *Hurling into a Void: transition to adulthood for young disabled people with 'complex' needs*. Brighton: Pavilion Publishing.

Morris, J., Abbott, D., Ward, L. (2003). Disabled children and residential schools: the implications for local education professionals. *British Journal for Special Education*, 30, 2, 70–75.

Munro, E., Gilligan, R. (2013). The 'dance' of kinship care in England and Ireland: navigating a course between regulation and relationships. *Psychosocial Intervention*, 22, 185–192.

National Council for Children (2000). Report to the UN Committee on the Rights of the Child. Supplementary report to Denmark's second periodic report. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.boerneraadet.dk/media/10614/BRD-supplerende-rap-til-boernekomite-1998-ENG.pdf>

National Development Group for the Mentally Handicapped (1977). *Mentally Handicapped Children: A Plan for Action (Pamphlet)*.

Needham, C. (2011). *Personalising public services: understanding the personalisation narrative*. Bristol: Policy Press.

Nilsson, K., Borre, M. (2014). FN kritiserer Danmarks handicap-indsats [OSN kritizuje aktivitu Dánska v oblasti péče o lidi s postižením]. *Politiken*. 6. 10. 2014. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://politiken.dk/indland/samfund/art5544941/FN-kritiserer-Danmarks-handicap-indsats>

NSPCC (2014). *We have the right to be safe. Protecting disabled children from abuse*. London: NSPCC

O'Hara, M. (2015). Children's care homes are seen as a last resort, but they can be a safe haven. *The Guardian* 2.6.2015.

Ofsted (2012). *Protecting disabled children: thematic inspection*. Manchester: Ofsted.

Olsson, M., Egelund, T., Host, A. (2012). Breakdown of teenage placements in Danish out-of-home care. *Child and Family Social Work*, 17, 13–22.

Ottosen, M. H., Lausten, M., Frederiksen, S., Andersen, D. (2015). *Anbragte børn og unges trivsel 2014* [Jak se daří dětem a mladistvým umístěným mimo rodinu 2014]. København: SFI. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.sfi.dk/publikationer/anbragte-boern-og-unges-trivsel-2014-3072/>

Paleček, J. (2013). Systém náhradní péče o děti v Dánsku. In: Novák, O., Paleček, J., Šmídová-Matoušová, O., Vyskočil, F., Zuman, J. a Bubleová, V. 2013. *Náhradní péče o děti v Dánsku, v Anglii a Walesu, na Slovensku a v Polsku*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 32–52. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.nahradnirodina.cz/publikace>

Paleček, J. (2016). Dánsko – případová studie. In: Kocman, D., Paleček, J. (eds). 2016. *Osvojování dětí v Anglii a v Dánsku. Zpráva z výzkumu v Anglii a Dánsku na téma osvojení*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 7–38. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://nahradnirodina.cz/publikace>

Parliamentary Committee (2006). *Parliamentary hearings on services for disabled children: summary report*. London: TSO.

Phillips, R. (1998). Disabled children in permanent substitute families, in Robinson, C. a Stalker, K. (red.) *Growing Up with Disability*. London: Jessica Kingsley Publisher.

Pinney, A. (2017). *Understanding the needs of disabled children with complex needs or life-limiting conditions*. London: The Council for Disabled Children.

Pösö, T., Skivenes, M., Hestbæk, A.-D. (2014). Child protection systems within the Danish, Finnish and Norwegian welfare states – time for a child centric approach? *European Journal Of Social Work*, 17, 4, 475–490.

Reed, J. (1999). Fostering children and young people with learning disabilities: The perspectives of children and carers. In: Hill, M. (red.). *Signposts in Fostering*. London: British Association for Adoption and Fostering.

Reinau-Urban, S. (2004). Udsatte børn savner weekend-familier [Znevýhodněným dětem chybějí víkendové rodiny]. *Berlingske*, 9. 11. 2004. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.b.dk/nationalt/udsatte-boern-savner-weekend-familier>

Rhodes, P. (1993). Charitable vocation or 'proper job'? The role of payment in foster care. *Adoption and Fostering*, 17, 1, 8-13

Rohrberg Jessen, K. (2017). Forældre med handikappede børn svigtes i kafkask kaos [Rodiče s handicapovanými dětmi se dostávají do kafkovského chaosu]. *Politiken*. 14. 3. 2017. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://politiken.dk/debat/debatindlaeg/art5869957/For%C3%A6ldre-med-handikappede-b%C3%B8rn-svigtes-i-kafkask-kaos>

Rowe, J., Lambert, L. (1973). *Children who wait*. London: ABAA.

Russell, P. (1995). The importance of contact for children with disabilities: issues for policy and practice, in Argent H (ed), *See You Soon: Contact with children looked after by local authorities*, London: BAAF.

Seamer, J. (2008). Commentary on 'Residential schools for children with learning disabilities in England: recent research and issues for future provision'. *Tizard Learning Disability Review*, 13, 4, 13–14.

Sellick, C. (2002). The aims and principles of independent fostering agencies: A view from the inside. *Adoption and Fostering*, 26, 1, 56–63.

Sellick, C. (2011). Privatising Foster Care: The UK Experience within an International Context. *Social Policy and Administration*, 45, 7, 788–805.

Schofield, G., Beek, M., Ward, E. (2012). Part of the family: Planning for permanence in long-term family foster care. *Children and Youth Services Review*, 34, 244–253.

Sinclair, I., Baker, C., Lee, J., Gibbs, I. (2007). *The Pursuit of Permanence: A study of the English child care system*. Jessica Kingsley Publishers.

Sinclair, I., Gibbs, I. (1998). *Children's Homes: A Study in Diversity*. London: Wiley.

Skivenes, M., Thoburn, J. (2016). Pathways to permanence in England and Norway: A critical analysis of documents and data. *Children and Youth Services Review*, 67, 152–160.

Slasberg, C., Beresford, P. (2016). The false narrative about personal budgets in England: smoke and mirrors? *Disability and Society*, 31, 8, 1132–1137.

Smith, F. (1991). *Personal Guide to the Children Act 1989*.

Socialministeriet (2010). *Anbragte børn med funktionsnedsættelse. Intern kortlægning af viden og praksis* [Děti s postižením umístěné do náhradní péče. Interní zmapování znalostí a praxe]. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.oim.dk/media/15036/anbragte-boern-med-funktionsnedsaettelse.pdf>

Socialpædagogerne (nedat.) *Familieplejernes håndbog – Værd at vide* [Příručka pro pěstouny – co je dobré vědět]. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://sl.dk/maalgruppe/familieplejer/familieplejernes-haandbog-vaerd-at-vide/>

Stalker, K. (2007). Disabled children in residential settings. In: Kendrick, A. (red.) *Residential Child Care: Prospects and Challenges*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Stalker, K., McArthur, K. (2012). Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research. *Child Abuse Review*, 21, 24–40.

Stalker, K., Green Lister, P., Lerpiniere, L., McArthur, K. (2010). *Child Protection and the Needs and Rights of Disabled Children: Abridged Report*. University of Strathclyde Faculty of Education/ Sir Halley Stewart Trust: Glasgow, Scotland.

StatBank Denmark. ANBAAR1: Children and young persons placed outside of own home per 31st December by place of accommodation, age and sex. Dostupné z: <https://www.statbank.dk/anbaar1>

StatBank Denmark. BU02A: Children and young persons placed outside of own home per 31st December by administrative municipality and place of accommodation. Dostupné z: <http://www.statbank.dk/BU02A>

StatBank Denmark. BU02B: Children and young persons placed outside of own home per 31st December by place of accommodation, place of accommodation, age and sex. Dostupné z: <http://www.statbank.dk/BU02B>

Sullivan, P., Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257–1273.

Swain, V. (2007). *Can't Afford to Foster: A survey of fee payments to foster carers*. London: Fostering Network.

The Care Inquiry (2013). *Final Report. Making not Breaking; building relationships for our most vulnerable children*.

Thoburn, J. (2010). Achieving safety, stability and belonging for children in out-of-home care. The search for 'what works' across national boundaries. *International Journal of Child and Family Welfare*, 12, 1-2, 34–48.

Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19–28.

Townsley, R., Abbott, D., Watson, D. (2004). *Making a Difference? Exploring the Impact of Multi-Agency Working on Disabled Children with Complex Health Care Needs, Their Families and the Professionals who Support Them*. Bristol: Policy Press.

Triseliotis, J. (1991). Permanency planning. *Adoption and Fostering*, 4, 6–15.

Triseliotis, J., Sellick, C., Short, R. (1995). *Foster Care: Theory and practice*. London: Batsford/British Agencies for Adoption and Fostering.

Ubbesen, M. B. (2013). The Danish child protection system in light of register-based research. Aarhus University: Social Science and Business. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: https://pure.au.dk/ws/files/55592700/PhD_Thesis_Mads_Bonde_Ubbesen.pdf&prev=search

Ubbesen, M. B., Petersen, L., Kristensen, O. S. (2013). The transition from in-home services to out-of-home care: A Danish register-based study. *Children and Youth Services Review*, 35, 9, 1608–1617.

United Nations (2005). Committee on the rights of the child. Fortieth session. Consideration of reports submitted by states parties under article 44 of the convention. Concluding observations: Denmark. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fDNK%2fCO%2f3&Lang=en

Vaaben, L. (2010a). Her lades alt håb ude [Tady je veškerá naděje marná]. *Kristeligt Dagblad*. 3. 9. 2010. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sj%C3%A6l/her-lades-alt-h%C3%A5b-ude>

Vaaben, L. (2010b). Mange normalt begavede kom under åndssvageforsorgen [Do služeb pro postižené bylo umístěno mnoho mentálně zdravých lidí]. *Kristeligt Dagblad*. 8. 9. 2010. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/mange-normalt-begavede-kom-under-%C3%A5ndssvageforsorgen>

Vaaben, L. (2010c). Bør de udviklingshæmmede have en officiel undskyldning fra samfundet? [Mělo by se lidem s postižením dostat od společnosti oficiální omluvy?]. *Kristeligt Dagblad*. 10. 9. 2010. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.etik.dk/etik/b%C3%B8r-de-udviklingsh%C3%A6mmede-have-en-officiel-undskyldning-fra-samfundet>

Vaaben, L. (2010d). Politikere kendte til åndssvages forhold [Politici věděli, jaká je situace lidí s postižením]. *Kristeligt Dagblad*. 13. 9. 2010. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/politikere-kendte-til-%C3%A5ndssvages-forhold>

Vaaben, L. (2010e). Åndssvage børn blev gemt og glemt [Postižené děti byly ukryty a zapomenuty]. *Kristeligt Dagblad*. 18. 9. 2010. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sj%C3%A6l/%C3%A5ndssvage-b%C3%B8rn-blev-gemt-og-glemt>

Vaaben, L. (2010f). Den tredje søster [Třetí sestra]. *Kristeligt Dagblad*. 18. 9. 2010. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/liv-sj%C3%A6l/den-tredje-s%C3%B8ster>

Vaaben, L. (2010g). Udviklingshæmmede børn fik det hvide snit [Děti s vývojovými poruchami podstupovaly lobotomii]. *Kristeligt Dagblad*. 23. 9. 2010. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/udviklingsh%C3%A6mmede-b%C3%B8rn-fik-det-hvide-snit>

Vyskočil, F. (2013). Právní úprava systému náhradní rodinné péče v Dánsku. In: Novák, O., Paleček, J., Šmídová-Matoušová, O., Vyskočil, F., Zuman, J., Bubleová, V. 2013. *Náhradní péče o děti v Dánsku, v Anglii a Walesu, na Slovensku a v Polsku*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, s. 53–63. [online] [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.nahradnirodina.cz/publikace>

Waterhouse, S. (1997). *The organisation of fostering services: a study of the arrangements for delivery of fostering services in England*. London: National Foster Care Association.

Welch, V., Hatton, C., Emerson, E., Collins, M., Robertson, J., Langer, S., Wells, E. (2012). Using Direct Payments to Fund Short Breaks for Families with a Disabled Child. *Child: Care, Health and Development*, 38, 6, 900–909.

Welch, V., Jones, Ch., Stalker, K., Stewart, A. (2015). Permanence for disabled children and young people through foster care and adoption: A selective review of international literature. *Children and Youth Services Review*, 53, 137–146.

Wiederholt, M., Bendixen, Ch., Dybkjær, L., Bonfils, I. S. (eds). (2002). Danish disability policy - Equal opportunities through dialogue. København: Det Centrale Handicapråd. [online] [cit. 2018-10-01]. Dostupné z: <http://www.dch.dk/publ/disabilitypolicy/>

Wilkins, D. (2015). The impact of 'being assessed' by a disabled children's team: a personal reflective account. *Child and Family Social Work*, 20, 10–18.