



Z P R Á V A

nezávislého expertního týmu ministra práce a sociálních věcí o přezkumu postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případě nezletilého D. D.

Praha 2011

Dne 14. února 2011 jmenoval ministr práce a sociálních věcí Dr. Ing. Jaromír Drábek nezávislý expertní tým, jehož úkolem bylo provést analýzu případu nezletilého D. D. Expertní tým se zabýval nejen postupy orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případě D. D. a jeho rodiny, ale i otázkami fungování systému péče o ohrožené děti v České republice, přenosu informací mezi jednotlivými subjekty, odbornosti sociálních pracovníků a pracovníků, jejich vytíženosti, způsobem metodického vedení a kontrolními mechanismy. Expertní tým byl vyzván k vypracování zprávy, jejíž součástí jsou i doporučení k systémovým změnám, které se promítnou do připravovaných legislativních úprav a metodického vedení.

Expertní tým měl k dispozici obsáhlou spisovou dokumentaci příslušných orgánů sociálně-právní ochrany dětí, obsahující jak záznamy samotných orgánů, tak ostatních spolupracujících subjektů (lékař, škola, ústavní zařízení a jiné). Dále byly provedeny pohovory s pracovníky a pracovníky Odboru sociálního a zdravotního Úřadu městské části (ÚMČ) Brno - střed a Střediska sociální pomoci dětem v Brně.

Po prostudování veškerých relevantních zdrojů předkládá expertní tým následující zprávu:

I. Skutkový stav

a) Spisový materiál orgánů sociálně-právní ochrany dětí

Rodinu D. tvoří matka (1979), otec (1977) a čtyři děti – J. (1996), M. (1997), L. (2002) a D. (2002). Do rodiny se narodila koncem roku 1999 také dvojčata, která po porodu zemřela. Otec i matka založili rodinu velmi mladí, oba měli ukončené pouze základní vzdělání, otec je absolventem zvláštní školy. Matka paní D. byla alkoholička, paní D. byla v dětství nadměrně trestána, zůstávala doma i týden bez jídla a musela se starat o čtyři sourozence. Oba rodiče většinou nepracovali, matka pouze brigádně, otec později na stavbě „na černo“.

První šetření orgánu sociálně-právní ochrany dětí při Úřadu městské části Brno-střed (dále „OSPOD“) se v rodině D. uskutečnilo dne 14. 1. 1999, a to na podnět dětské lékařky, které se M. a J. zdáli bledí, nemluvní, matka s nimi chodila na kontroly čím dál tím méně. OSPOD provedl šetření, rodina se sice zdála „divná“, ale byt byl relativně uklizen, děti si hrály doma, byly divoké, matce bylo doporučeno s nimi více chodit na procházky. Dne 10. 11. 1999 byl M. hospitalizován v nemocnici s horečkou a křečemi, dle lékařské zprávy je dítě vyhublé, žíznivé, má teplotu, v obličeji několik hematomů, na levé straně krku rýha (škrcení?), hýždě pokryté hematomy, stopy po popálenině, ve vlasaté části hlavy zadřená omítka. Matka uvádí, že často padá. Dle ošetřující lékařky je dítě týráno patrně matkou, údajně ho bije a přivazuje při jídle k židli. Druhý syn měl na zadečku a zádech odeznívající pohmožděniny, byl hubený a měl nezdravou barvu v obličeji.

Rozsudkem Městského soudu v Brně (dále „městský soud“) ze dne 19. 10. 2000 byli oba rodiče odsouzeni pro trestný čin týrání svěřené osoby dle § 215 odst. 1 tr. zákona k trestu odnětí svobody v trvání 18 měsíců s podmíněným odkladem na 2,5 roku. Matka dala souhlas k umístění M. a J. do ústavní péče. Rodiče se zajímají o návštěvy J., ten je zpočátku nechce vidat, vrčel na ně a štěkal, postupně se vše urovnalo, přesto si J. udržuje odstup. Dne 24. 12. 1999 matka předčasně porodila dvojčata, jedno zemřelo při porodu, druhé 7. 1. 2000 pro nedonošenost. M. navštěvují rodiče i dědeček, chlapec se na návštěvu těší.

Rodiče mají zájem na opětovném svěření dětí do jejich výchovy. M. i J. stále pobývají v dětském domově, k rodičům jezdí na návštěvy. Po návratu od rodičů jsou divocí a vulgární, vzájemně se bijí, demolují nábytek, napodobují zvířata, probíhá u nich „sexuální období“, proto jsou návštěvy v rodině omezeny.

Dne 2. 1. 2002 se rodičům narodila dcera L., probíhá dohled OSPOD, péči o L. rodiče zvládají. Dne 25. 11. 2002 se narodil D., matka dala hned po porodu předběžný souhlas s adopcí, D. byl převezen do kojeneckého ústavu. Matka si dne 18. 12. 2002 adopci rozmyslela a D. převzala do péče, otec byl tou dobou ve výkonu trestu odnětí svobody. M. a J. byli pro výchovné problémy postupně umístěni v psychiatrické léčebně, pokud nejsou spolu, jsou zvladatelnější. Postupem času jezdili k rodičům na návštěvy, vraceli se v pořádku. Situace v rodině se stabilizovala.

Dle psychologického znaleckého posudku je výchovná způsobilost obou rodičů ve srovnání s obecnou populací snížena jak pro nižší úroveň osobnostní zralosti, tak pro neadekvátní úroveň znalostí výchovných technik a postojů. Výchovné předpoklady obou rodičů jsou sice sníženy, péči o děti si však již vcelku osvojili a lze předpokládat další zlepšování, pokud jim bude poskytnuta pomoc ze strany širšího příbuzenstva a sociální sítě. Péče o dvě malé děti zcela vyčerpává kapacitu rodičů, péči o všechny čtyři děti by nezvládli. Pokud si otec vyřeší pracovní situaci a materiálně zajistí rodinu, dojde k posunu v terapii obou rodičů a eliminaci jejich agrese, lze v budoucnu uvažovat o sloučení rodiny a sourozenců v péči rodičů.

Rozsudkem městského soudu ze dne 3. 1. 2004 byl nad výchovou L. a D. stanoven dohled a návrh rodičů na zrušení ústavní výchovy u M. a J. byl zamítnut.

Dne 24. 5. 2004 oznámila lékařka MUDr. J., že se jí péče matky o L. a D. nezdá dostačující, vyslovila podezření na týrání, D. měl zlomenou pažní kost, matka dle lékařky uvedla, že spadl na hřišti, na tváři měl hematoma, dle matky má záchvaty vzteku a bouchá hlavou do zdi. Téhož dne provedl OSPOD šetření, v bytě bylo uklizeno, děti si hrály, matka prala, D. sociální pracovníci připadal apatický. Na základě lékařských zpráv OSPOD podal návrh na vydání předběžného opatření, kterému městský soud usnesením ze dne 25. 5. 2004 vyhověl a D. i L. byli

následujícího dne předání do péče dětského domova. Současně městský soud zahájil z úřední povinnosti řízení o výchovných opatřeních.

Usnesením ze dne 14. 10. 2004 Krajský soud v Brně, jakožto soud odvolací, vyhověl odvolání rodičů, a usnesení městského soudu změnil tak, že návrh na předběžné opatření se zamítá. Krajský soud vyslovil, že nelze usuzovat na vážné ohrožení života či příznivého vývoje dětí na základě jedné zprávy lékařky, která vyslovila podezření na týrání, avšak v téže zprávě hodnotí péči matky o děti v posledním roce jako dobrou, jen se nedostavila na očkování. Krajský soud konstatuje, že nad nezletilými byl stanoven dohled, péče rodičů o děti byla hodnocena kladně. Následně byli L. i D. dne 27. 1. 2005 předání do péče rodičů.

Usnesením policejního orgánu ze dne 28. 1. 2005 byla odložena věc podezření ze spáchání trestného činu týrání svěřené osoby, kterého se rodiče na L. a D. měli dopustit, neboť nebylo zjištěno, že by docházelo k týrání dětí.

Dne 30. 3. 2005 předkládá OSPOD dohledovou zprávu městskému soudu s tím, že nebyly shledány nedostatky. Další pozitivní zpráva je soudu předložena 19. 5. 2005.

Dne 20. 5. 2005 vydal městský soud rozsudek, jímž zastavil řízení o uložení výchovného opatření, a to na základě zpráv OSPOD, který neshledal v péči závady. Upuštění od výchovných opatření navrhoval i státní zástupce, který se řízení účastnil. Dohled nad výchovou byl ponechán.

Při pohovoru dne 14. 9. 2005 matka uvedla, že D. mívá občas záchvaty vzteku a žádala o kontakt na dětského psychologa.

V lednu roku 2006 kontaktovala OSPOD sousedka rodiny D. paní Ž. s podezřením, že v rodině není vše v pořádku, matka na děti křičí, občas i sprostě. Dne 20. 2. 2006 při návštěvě rodiny na OSPOD sdělila paní D. sociální pracovníci, že D. má dle lékařky náběh na určitý druh bulimie, proto mu musela omezit jídlo.

Dne 10. 3. 2006 je dotazována MUDr. J., která sděluje jen pozitivní poznatky. Téhož dne předkládá OSPOD pozitivní zprávu městskému soudu, oznámení sousedky nezmiňuje.

Dne 22. 5. 2006 se na OSPOD obrátila telefonicky MUDr. J. s tím, že se k ní dostavila vzdálená příbuzná rodiny D. paní A. D. je podle ní hladový a vystresovaný, rodiče preferují L. a D. nechávají doma samotného, péče rodičů je nedostatečná, nechodí s ním ven. Téhož dne provedly šetření OSPOD studentky VOŠS, které registrovaly zranění na obličeji D. (krev na obočí). Mateřská školka na dotaz sděluje, že neshledává závady.

Dne 29. 5. 2006 byl D. hospitalizován v nemocnici, poslala ho tam ošetřující lékařka, jelikož během 5 měsíců zhubnul 2 kg, měl nafouknuté břicho a oteklé nohy. Znamky týrání na něm nebyly patrné. D. byl vyšetřen v nemocnici, na těle měl pár hematomů staršího data, bylo vysloveno podezření na lymfedém dolních končetin a doporučeno další specializované vyšetření. Z vyšetření nevyplývá, že by dítě bylo týrané.

Dne 1. 6. 2006 provedeno šetření v rodině a u sousedů. Soused B. naznačuje podivnou komunikaci matky s dětmi, někdy je slyšet i facka a dětský pláč. Při šetření v bytě bylo rodičům předestřeno podezření a týrání, což matka neguje. Bylo jí doporučeno docházet do Střediska sociální pomoci dětem na Hapalově ul. (dále „SSPD“), s čímž matka souhlasí.

Dne 18. 7. 2006 OSPOD opět komunikuje s příbuznou – paní A., která sděluje další závažná podezření ohledně D. Uvádí, že D. je zakřiknutý a apatický, neumí si hrát a stěžuje si na bití ze strany matky. Je pohublý, při jídle na něj matka křičí. L. je jednoznačně preferována, např. sladkosti dostává jen ona. OSPOD se dále dozvídá, že rodiče navštívili SSPD pouze jednou, negují potřebu využívat této služby.

Téhož dne, tj. 18. 7. 2006, OSPOD provádí šetření, přičemž hovoří se sousedkou paní Ž., která potvrzuje, že stále slyší z bytu křik. Na ulici vidá matku jen s L., z čehož dovozuje, že D. je necháván doma o samotě. Matka je následně s poznatkami

konfrontována a nejuje je. OSPOD ji sděluje, že spolupráce se SSPD jí bude nařízena ve správním řízení, pokud nebude dobrovolná, matka součinnost přislíbuj.

V září 2006 začal chodit D. do školky a pro malý vzrůst byl vyšetřen na endokrinologii a diabetologii, výsledky vyšetření však ve spise založeny nejsou. V říjnu 2006 matka při pohovoru na OSPOD sděluje, že dle jejího názoru nepotřebují služby SSPD, OSPOD nicméně na využívání služby trvá a rodiče přislíbili, že ji budou dále nevyužívat.

Dne 12. 10. 2006 zasílá OSPOD dohledovou zprávu městskému soudu, která je pozitivní, bez náznaku problémů. Nejsou zmíněna podezření vzniklá na základě tvrzení sousedů Ž. a B. a příbuzné paní A.

V listopadu je matka opakovaně dotazována, proč nedochází na SSPD, matka uvádí zdravotní důvody. Dne 22. 11. 2006 se na OSPOD znovu obrací paní Ž. s tím, že je z bytu slyšet křik a pláč dítěte. Matka to popírá. Dne 18. 12. 2006 vyzývá OSPOD rodiče písemně i ústně ke spolupráci se SSPD, rodiče slíbili nápravu. V prosinci podává také zprávu mateřská škola, která označuje obě děti za problémové, pokud jde o chování.

Dne 23. 4. 2007 je předkládána další dohledová zpráva městskému soudu, kromě nepravidelné docházky na SSPD jiné problémy nejsou zmiňovány.

V květnu 2007 matka uvádí, že D. údajně chybí růstové hormony a podstupuje další vyšetření. V červenci opět řešena špatná docházka na SSPD, matka to omlouvá zdravotním stavem a opět slibuje zlepšení. Dne 7. 11. 2007 je předkládána další dohledová zpráva soudu. D. byl následně zařazen do speciální mateřské školy pro děti s vývojovou dyslálií, jelikož dle ošetřující lékařky jde o dítě s růstovou a mentální retardací.

V prosinci 2007 mají rodiče problémy, otec nebývá doma, matka zvažuje rozvod. V lednu 2008 vynesl městský soud rozsudek ohledně výchovy a výživy dětí po dobu do a po rozvodu (L. a D. svěřeni do péče matky, M. a J. zůstávají v ústavní výchově), rodiče však soužití zachovali.

Dne 6. 5. 2008 telefonuje na OSPOD MUDr. J. a sděluje, že dle sousedky rodiny D. paní Ž., která je shodou okolností také její klientkou, je matka venku vídána pouze s L., z bytu jsou slyšet rány a matka na D. řve, viděli na jeho těle i modřiny. Lékařka hodnotí matku jako „potvoru,“ dle jejího názoru je D. retardovaný a měl by být odebrán. Podle učitelky z MŠ chodí D. do školky denně, známek fyzického trestání si nevšimla, matka se k dětem chová hezky. D. má však stále hlad, matka to vysvětluje poruchou trávení. Podle informací matky sdělených v rámci návštěvy na OSPOD D. zlobí, dělá naschvály, matka neví jak na to reagovat. OSPOD doporučil zintenzivnit spolupráci se SSPD. Matce byla tlumočena podezření pocházející od sousedů, matka je popírá. V následujícím období je docházka matky na SSPD stále nepravidelná, rodiče dle SSPD nemají dostatek trpělivosti. V červnu pak matka zmiňuje, že D. má problémy ve školce, dle matky trpí „extrémní žravostí“, lékaři jí prý nevěří, že toho tolik sní. V červenci pak znovu kontaktuje OSPOD paní Ž. a opakuje, že D. nebývá venku viděn, výchova matky jí připadá tvrdá.

Dne 11. 8. 2008 hlásila lékařka podezření na týrání D., u lékařky byl naposledy v listopadu 2008, sousedé i příbuzní jí opakovaně hlásí špatné chování rodičů vůči D. Příbuzné paní A. se měl o týrání D. svěřit i jeho bratr J., konkrétně popisoval, jak otec D. zmáčkl břicho, až se pozvracel a pokálel a pak si to musel sám prát. D. je pohublý a bledý, ven chodí s matkou jen L. Kontaktována matka, která týrání popírá. OSPOD následně podává trestní oznámení. Policie vyslechla D., který týrání neguje. Později v listopadu je vyslechnut i jeho bratr M., také on popírá týrání sourozence.

V říjnu 2008 podává zprávu základní škola v Lidické ulici, kde D. navštěvuje přípravný ročník, zpráva je pozitivní, D. má zajištěné obědy. Dne 24. 10. 2008 provedeno šetření OSPOD na základě anonymního telefonátu, že se v rodině něco děje. D. je zakřiknutý. Dne 11. 11. 2008 předkládá OSPOD další dohledovou zprávu soudu, teprve nyní zmiňuje podezření na týrání, uvádí přitom, že oznámení sousedů a příbuzných dochází na OSPOD již delší dobu.

Usnesením Policie ČR – Územního odboru Brno ze dne 23. 1. 2009 byla věc podezření ze spáchání trestného činu týrání svěřené osoby odložena. Z odůvodnění usnesení vyplývá, že „znaleckým posudkem nebyly zjištěny známky fyzického nebo

psychického týrání. Fyzické tresty zapadají do koloritu rodiny, oba rodiče jsou jednodušší a jejich výchova je méně podnětná a je trestající. Oba rodiče neznají výchovné prostředky a nejsou schopni svůj přístup k dětem změnit. Významnou skutečností jsou také zvláštnosti osobního vývoje nezletilého, který je hyperaktivní a dráždivý, a tím výchovně obtížně zvladatelný. Nepodřizuje se okolí, jedná svévolně a bez respektu k dospělým, dokáže být nebezpečný sobě i okolí. Malý vzrůst nezletilého je způsoben zdravotními problémy, dítě má dostatek jídla, ve škole chodí na obědy, nosí si svačiny, i při výslechu se opakovaně dožadoval jídla, jakmile je obdržel, požadoval další.“

V rámci trestního řízení byl vypracován psychologický posudek na D. Dle znalce byla spolupráce při vyšetření velice obtížná pro hyperaktivitu D., chvílemi byl až nezvladatelný. „Na počátku explorace nezletilý opakoval, že doma ho nikdo nebije, všichni jsou na něho hodní. Později připustil, že nesmí nic říct, bojí se o bití mluvit. Potvrdil, že dostává od matky i otce....K matce uvedl, že ji má moc rád a chce být u ní. Stará se o něho a vaří mu dobrá jídla...Nezletilý dále uvedl, že je pravda, že mu taťka vytlačil jídlo z břicha. Bolelo ho břicho a blinkal a taťka ho ještě stiskl rukou. On někdy blinká, ale ne moc. Blinká, protože má přikázáno papat, třeba guláš. Ten musel spapat a nechutnal mu“.

Ze zprávy základní školy v Lidické ulici z 9. 3. 2009 vyplývá, že je D. stále hladový, ačkoli matka tvrdí, že snídál. Jeho chování je bezproblémové, není hyperaktivní ani hůře zvladatelný. Několikrát přišel s modřinami či tržnou rankou, zprvu připouští, že jej rodiče uhodili, později popírá. Jindy si stěžoval na bolesti hlavy, protože mu tatínek trhal vlasy, na temeni měl lysinku.

Po shora uvedeném odložení trestní věci není ve spise po dobu 7 měsíců o D. žádná zmínka, vyjma administrativního řízení o hlášení změny pobytu. V září roku 2009 dochází ke změně příslušné pracovnice OSPOD, stávající sociální pracovnice rodiny odchází do důchodu.

Další dokumentace se vztahuje až k období po nástupu D. do 1. třídy základní školy v Křídlovické ulici. Dle zprávy školy ze dne 4. 11. 2009 D. často chybí, matka ho omlouvá pro nevolnost z přejídání. Svačiny si nosí, přesto loudí po spolužácích

jídlo. Chodí na obědy ve škole. Od začátku roku měl D. vždy nějakou modřinu, říkal, že spadl na kole nebo z postele.

V srpnu 2009 byl M. u rodičů, hodně zlobil a „nevhodně sahal“ na L., proto ho otec zbil a M. se předčasně vrátil do dětského domova. Později bylo vedeno řízení pro pohlavní zneužívání L. jejím bratrem, pro nedostatek věku M. byla trestní věc odložena a soudem pro nezletilé mu byl v řízení podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže uložen dohled probačního úředníka.

Dne 9. 11. 2009 předkládá OSPOD městskému soudu velmi stručnou dohledovou zprávu, která nezmiňuje žádné problémy. V lednu OSPOD doporučuje rodičům, aby byl D. přijat do internátního zařízení.

Dne 7. 4. 2010 je pak spis OSPOD postupován Úřadu městské části Brno – Židenice z důvodu změny bydliště rodiny D. Doporučuje přitom, aby byl D. přijat do internátního zařízení, protože s ním mají rodiče výchovné problémy a „změna mu prospěje.“

Matka byla pozvána na OSPOD, dostavila se dne 14. 4. 2010 i s L. a D. Bylo zjištěno, že D. má na obličeji a tělíčku modřiny, matka přiznala, že ho nepřiměřeně trestají, jelikož ho nezvládají. Byla kontaktována Policie ČR a obě děti byly převezeny do nemocnice. Ještě téhož dne vydává městský soud předběžné opatření a děti byly po ukončení hospitalizace předány do Dětského domova v Kroměříži. Ze zprávy z nemocnice vyplývá, že D. měl v době hospitalizace velké břicho, hematomy na hýždích, mírné otoky na nohou, oděrky obou kolen, na hlavě a obličeji starší jizvy a oděrky, fluktuující hematom ucha. Vážil 13,5 kg a měřil 102 cm (v 7,5 letech). Jednoznačně jde o syndrom týraného dítěte a těžkou podvýživu. Podle záznamů ve zdravotnické dokumentaci nebyl nikdy před touto hospitalizací u D. zjištěn takový nález, který by zakládal jednoznačně podezření na jeho týrání.

Rodiče v dětském domově navštěvují L., D. nikoli, on rodiče též vidět nechce. Ze zprávy sociální pracovnice Dětského domova v Kroměříži vyplývá, že D. byl dle matky nechtěné dítě, nikdy si k němu nenašla vztah, byl hodně zlobivý. S L. mají

rodiče hezký vztah, berou si ji na víkendové návštěvy. Na návštěvy jezdí i M. a J.. D. má potíže ve škole, hlavně s akceptací instrukcí učitelky, nevydrží se soustředit, patrný je motorický neklid, má výraznou poruchu chování, která vzniká na kombinovaném podkladě poruchy pozornosti a aktivity (ADHD) a výchovného zanedbání v rodině. V prosinci 2010 byl vyhotoven psychologický posudek na oba rodiče ve věci péče o nezl. L. Nebyla zaznamenána žádná porucha myšlení nebo vnímání či jiná závažná patologie osobnosti, která by zásadně vylučovala rodiče z výchovné způsobilosti. Byly však zjištěny významné osobnostní limitace, které snižují výchovnou kompetenci obou rodičů. Oba vykazují známky psychosociální nezralosti, hůře zvládají stres. Matka je sociálně zdatná, tato zdatnost překrývá její osobnostní jednoduchost, umí se chovat účelově. Je emocionálně impulzivní, chování pak může mít i agresivní podobu. Je nastavena zlostně ke světu a lidem. Otec je osobnost psychosociálně méně vyzrálá, úzkostná, intelektově v pásmu podprůměru. Ve složitějších emočních situacích může mít jeho reaktivní chování podobu impulzivních afektů, které mohou přerůst v agresi. Ve vztazích je submisivní.

Z psychiatrického vyšetření vyplývá, že matka ani otec netrpí žádnou závažnou duševní chorobou či poruchou. Matka je jednodušší, se znaky manipulativního chování. K dceři má kladný vztah, není důvod si myslet, že se k ní bude chovat agresivně, ke starším chlapcům má vztah vlažný, D. akceptuje pouze rozumově. Otec má ke všem svým dětem kladný vztah, preferuje L., pokud se v minulosti choval agresivně, nelze vyloučit, že k tomu byl podněcován dominantnější manželkou.

Výchova problémovějšího D. je nad jejich síly, což sebekriticky přiznávají a do výchovy ho nechtějí, péči o L. zvládnou. Ze znaleckého posouzení zdravotního stavu D. je patrné, že chlapec byl výrazně podvyživený (kachektický). V 7,5 letech vážil 13,5 kg, což odpovídá váze 1,5-2 letého dítěte, měřil pouze 102 cm, což odpovídá výšce dítěte v 3-3,5 letech. Stav podvýživy nebyl způsoben žádným onemocněním. Hormony růstu byly sice snižené, což ale může být způsobeno hladověním. Za měsíc v nemocnici přibral D. 4,8 kg. Nízká váha dítěte je patrná již od 1. roku věku, výrazné snížení váhy bylo zaznamenáno ve 3,5 letech. Znalkyně předpokládá, že již od 6. měsíce nedostával D. vhodnou stravu. Zranění, která měl v době přijetí do nemocnice, byla způsobena mechanicky druhou osobou,

je vyloučené, aby si je chlapec způsobil sám. Nálezy odpovídají syndromu týraného a zanedbávaného dítěte.

Rodiče byli za týrání D. nepravomocně odsouzeni k trestu odnětí svobody, matka na 6 let, otec na 6,5 roku. L. i D. byli svěřeni do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

**b) Přehled šetření OSPOD Brno-střed v rodině D. počínaje narozením D.
(listopad 2002)**

| Datum | Sociální pracovník (není-li uvedeno jinak, jde o šetření v bytě rodiny) |
|--|--|
| 13.3.2003 | S. |
| 9.6.2003 | S. |
| 9.12.2003 | Kn. |
| 24.5.2004 | Kn. |
| (26.5.04 - 27.1.05 D. a L. v ústavní péči na základě předběžného opatření) | |
| 17.2.2005 | Kn., Ko. |
| 10.3.2005 | O. |
| 25.3.2005 | Ko. |
| 28.4.2005 | Ko. |
| 17.5.2005 | Ko. |
| 30.5.2005 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 24.6.2005 | W. (studentka VOŠS) |
| 14.7.2005 | Korbelářová (potkala matku s dětmi na ulici) |
| 18.7.2005 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 5.8.2005 | Ko. |
| 10.8.2005 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 14.9.2005 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 31.10.2005 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 30.11.2005 | Z., M. (studentky FSS MU) |
| 27.1.2006 | Ko. |

| | |
|------------|---|
| 20.2.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 13.3.2006 | L. (studentka VOŠS) |
| 5.4.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 20.4.2006 | Ko. (D. v době šetření u babičky) |
| 22.5.2006 | V., F. (studentky VOŠS) |
| 1.6.2006 | Ko. (D. v době šetření hospitalizován) |
| 7.6.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 19.6.2006 | Š. (studentka VOŠS) |
| 29.6.2006 | Ko. (nikdo nebyl zastižen) |
| 7.7.2006 | H. (nikdo nebyl zastižen) |
| 12.7.2006 | H. (nikdo nebyl zastižen) |
| 18.7.2006 | Ko. |
| 31.7.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 29.8.2006 | Ko. |
| 4.9.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 29.9.2006 | H. (D. ve školce) |
| 6.10.2006 | Ch., R. (studentky FSS MU) |
| 9.10.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 16.11.2006 | Š. (D. ve školce) |
| 22.11.2006 | H. |
| 24.11.2006 | S., Š., Š. (studentky VOŠS) |
| 18.12.2006 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 27.12.2006 | H. |
| 29.1.2007 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 8.2.2007 | H. (D. ve školce) |
| 16.3.2007 | N., G. (studentky VOŠS – D. nepřítomen) |
| 13.4.2007 | N., Gi. (studentky VOŠS) |
| 17.5.2007 | Ko. (rodiče se dostavili na OSPOD) |
| 9.7.2007 | Š. |
| 26.7.2007 | Ko. |
| 27.9.2007 | Ko. |
| 31.10.2007 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 3.12.2007 | J., Š. (studentky VOŠS) |

| | |
|---------------|---|
| 27.12.2007 | Ko. |
| 7.1.2008 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 9.1.2008 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 11.1.2008 | Ko. (otec se dostavil na OSPOD) |
| 14.1.2008 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 4.2.2008 | Ko. (mata se dostavila na OSPOD) |
| 26.-29.2.2008 | P., Š. (studentky VOŠS – rodina nezastižena doma) |
| 4.3.2008 | P., Š. (studentky VOŠS) |
| 6.-7.5.2008 | Ko. (rodina nezastižena doma) |
| 13.5.2008 | D., P. (studentky VOŠS, rodina nezastižena doma) |
| 15.5.2008 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 29.5.2008 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 16.6.2008 | Ko. (matka se dostavila OSPOD) |
| 22.7.2008 | Ko. |
| 23.7.2008 | Ko. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 24.7.2008 | Ko. |
| 29.7.2008 | Ko. (rodina nezastižena doma) |
| 1.8.2008 | Ko. |
| 15.8.2008 | H. |
| 13.10.2008 | B. (matka se dostavila na OSPOD) |
| 24.10.2008 | B. |
| 11.11.2008 | B. (telefonický kontakt) |
| 15.3.2010 | M., M. (studentky VOŠS) |
| 23.3.2010 | P. (matka se dostavila na OSPOD) |

**c) Pohovory s pracovníky Sociálního a zdravotního odboru Městské úřadu
Brno-střed a Střediska sociální pomoci dětem v Hapalově ulici**

Návštěva expertního týmu na sociálním a zdravotním odboru MČ Brno-střed se uskutečnila 8. dubna 2011. Členové týmu hovořili s jeho vedoucí Mgr. E. M. a s vedoucím oddělení sociálně-právní ochrany dětí Mgr. L. B. Tři pracovníce, které měly postupně v posledních letech rodinu D. na starosti, již na oddělení nepracují. Poslední „pamětnice“ zaměstnaná dnes na úřadu přišla s rodinou do kontaktu v době, kdy se narodil D. a prakticky nic relevantního si nepamatuje.

Z návštěvy vyplynulo, že v oddělení péče o rodinu pracuje 8 pracovníc. Celkem na odboru vedou 9492 spisů různé závažnosti. Každá pracovníce má tedy na starosti cca 300-350 případů. Nejsou stanovena žádná obecná, objektivní kritéria, jak v jednotlivých případech postupovat. Není stanoveno, jak často mají pracovníce do rodin docházet, docházejí „podle potřeby“.

Pracovnice nejsou specializovány (dříve byla specializace na týrání a zneužívání), všechny pracovníce dělají všechno, rozdělení je podle ulic. Spisy se mění, když je například nějaká stížnost, nebo při přestěhování klientů nebo když si řekne sama pracovníce. Při výměně pracovníce a předávání spisu není žádný zvláštní protokol, žádný zvláštní postup, prostě se spisy předají.

Na pracovišti je praktikována „intervize“: funguje to tak, že pracovníce rozhoduje samostatně, pokud má nějakou pochybnost, může se obrátit na vedoucího oddělení s žádostí o konzultaci, zda je uvažovaný krok či zvolený postup správný. Intervize nemá žádnou pevnou podobu, vychází se z potřeb pracovníc, které samy určují, zda pomoc potřebují či nikoliv. Vedoucí oddělení neprovádí pravidelnou kontrolu práce jednotlivých pracovníc, mj. i proto, že sám má poměrně obsáhlou případovou agendu.

Na oddělení mají i supervize, je to „možnost pro všechny“. Rodina D. nebyla nikdy v rámci supervize projednávána, žádná sociální pracovníce tento případ nepovažovala za tak závažný, aby se stal předmětem supervize. Žádná z pracovníc,

kteře měly postupně na starosti rodinu D., se na Mgr. B. neobřátila, pŕípad zřejmě nepovažovaly za závažný. I Mgr. B. na pŕímý dotaz odpovĕdĕl, že rodina D. nebyla na oddĕlení považována za zvlášt' „těžký pŕípad“.

Každĕ dva roky je namátková kontrola spisů provádĕná pracovníky Magistrátu města Brna. Metodické vedení Magistrátu je formální, chybí „metodické dny“ a porady. Lepší je spolupŕáce s Krajským úřadem Jihomoravského kraje, kteřý vřak není nadřízený orgán, spolupŕáce je neformální.

Dne 16. 5. 2011 byl proveden pohovor v Krizovém centru pro děti a dospívající (dřívĕ Středisko sociální pomoci dětem) s vedoucím krizového centra a psychologem Mgr. P. S., kteřý sdĕlil, že spolupŕáce s rodinou D. trvala od 26. 6. 2006 do 28. 8. 2008. Za tu dobu se fakticky uskutečnilo 15 návřtĕv, několik plánovaných návřtĕv odpadlo, větřinou proto, že se paní D. omluvila. Ani jedna ze dvou psychologek, kteřé s rodinou v pŕůběhu času pracovaly, není již v krizovém centru zaměstnána. Mgr. S. poskytl zprávy, kteřé krizové centrum pŕedalo Policii ČR pro účely trestního řízení, 29. 8. 2008 a 28. 4. 2010.

Ze zpráv vyplývá, že spolupŕáce rodiny s krizovým centrem probíhala od roku 2006, a to na základĕ zakázky ÚMČ Brno-Střed z důvodu podezřetí na neadekvátnost výchovných postupů rodičů k nezletilým dětem. Původně odmítavý postoj rodičů ke spolupŕáci s krizovým centrem se v pŕůběhu času změnil a matka byla ochotna vést o situaci v rodinĕ, problĕmech a výchovných postupech s psychologem centra dialog. V jejím chování byla patrná snaha zanechat dobrý dojem.

Obĕ děti se v pŕostředí krizového centra chovaly spontánnĕ, pŕi hře vyhledávaly kontakt s matkou, žádaly ji o pomoc, navazovaly s ní verbální i taktilní kontakt. Intervence krizového centra byla zamĕřena na změnu konkrétních výchovných postupů matky, zejména na zajiřtĕní jejího rovnocenného pŕístupu k obĕma dětem (matka věnovala větří pozornost a péči synovi D.). V tomto směru byla spolupŕáce matky na dobré úrovni a ke znatelným pokrokům dořlo i v chování (vymizení agresivního jednání dětí, celkové zklidnění L.). S matkou byly rovnĕž konzultovány konkrétní výchovné postupy k synovi, kteřý vzhledem k hormonální poruře a opoždĕní mentálního vývoje vyžaduje specifický pŕístup.

Při konzultaci dne 17. 6. 2008 matka referovala o stupňování výchovných obtíží D. (vzdorovitost, lhaní, afektivní záchvaty), rovněž uvedla, že syn přes nadměrnou konzumaci jídla trpí pocity hladu a krade ve škole jídlo. Při poslední návštěvě (28. 8. 2008) rodiče informovali o pokračujícím trendu výchovných obtíží syna. Rodiče nad projevy chlapcova chování vyjadřovali beznaděj a pracovníce centra vyhodnotily, že postoj a chování rodičů k synovi je ovlivněn frustrací a aktuálním negativním laděním. Na základě pozorování během posledního setkání bylo konstatováno, že se děti i nadále v zařízení projevovaly bezprostředně bez známek strachu či tenze, pohybovaly se spontánně v prostoru zařízení a navazovaly kontakt s dospělými osobami. Krizové centrum dospělo k závěru, že vzhledem k problematické spolupráci rodiny s centrem spočívající zejména v nízké četnosti jejich návštěv zařízení, nebylo možné zcela objektivně zhodnotit kvalitu výchovných postupů a jejich vliv na chování dětí. Rovněž bez odborného lékařského vyšetření nebylo možné posoudit, do jaké míry je zvýšená poptávka po jídle D. způsobena zdravotními problémy (metabolickou poruchou) nebo je zapříčiněna jeho nedostatečnou výživou ze strany rodičů.

II. Analýza případu v kontextu systému sociálně-právní ochrany dětí

Pro rozbor případu bylo nutné vymezit východiska a přístup k interpretaci zjištěných skutečností. Z množství nashromážděných podkladů a faktů je významným zjištěním, že v daném případě **bylo po celou dobu k dispozici řada informací různé kvality a od různých subjektů**. Co do objemu nashromážděného materiálu je možné konstatovat, že případ byl v pozornosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí i dalších aktérů dlouhou dobu. Rodina přicházela do kontaktu v různé intenzitě se všemi klíčovými subjekty pracujícími v systému péče o ohrožené děti a rodiny. Je možné konstatovat, že všichni zúčastnění v podstatě stále (až na jednu významnou výjimku) rodinu monitorovali a zaznamenávali o ní informace.

Základním východiskem pro sociálně-právní ochranu dětí je zabezpečení blaha dítěte, jeho zdravého a všestranného vývoje. Nepsaným pravidlem ve středoevropském kontextu je právo dítěte na šťastné dětství, o které moderní společnost usiluje a vnímá ho jako zdravý základ pro dospělý život. Zabezpečení „dostatečně dobrého“ dětství, které jedinci umožní naplňovat základní potřeby a rozvíjet se v kompetentního a dospělého člověka, je primární zodpovědností rodičů.

Podle čl. 18 Úmluvy OSN o právech dítěte (dále „Úmluva“) mají oba rodiče společnou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Současně tento článek ukládá smluvním státům Úmluvy, že za účelem zaručení a podpory práv dětí poskytuje stát rodičům a zákonným zástupcům potřebnou pomoc při plnění jejich úkolu výchovy dětí a zabezpečují rozvoj institucí, zařízení a služeb péče o děti. Také podle čl. 32 Listiny základních práv a svobod je péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona. Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu. § 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí mimo jiné zahrnuje zaměření sociálně-právní ochrany na působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny.

Z výše uvedených příkladů legislativního rámce je zřejmé, že přístupy k ochraně dětí a rodiny jsou jasně vymezeny a ukotveny v právním řádu. Co tedy deklarované přístupy na ochranu dětí a případ rodiny D. vypovídají o systému sociálně-právní ochrany dětí, který je odborným řešitelem situací, kdy se rodiny a děti ocitají v obtížných životních situacích?

Analyzovaný případ jednoznačně reprezentuje příklad rozpolcenosti systému sociálně-právní ochrany, který v realitě osciluje mezi „lidsko-právním“ nastavením legislativního prostředí a dennodenní praxí v mnoha ohledech zatíženou historickým vývojem sociálně-právní ochrany dětí jako mocenského systému bez jasných etických pravidel a zodpovědností pracovníků a pracovníků. Celý systém se současně sžívá se systémem sociálních služeb, který již téměř pět let přináší do oblasti pomáhajících profesí jasně deklarovaný a odborně podmiňovaný přístup zaměřený na klienta a jeho práva na přirozený život, který se co nejbližší podobá životu jeho běžných vrstevníků.

I přes tuto rozpolcenost a zatíženost systému je to právě systém sociálně-právní ochrany dětí, který je garantován státem a jako takový má silný „mandát“ vstupovat do rodin a působit v zájmu dětí. Co se tedy v systému odehrávalo, že došlo k tak závažným událostem v rodině D.? Případ byl analyzován zejména z hledisek a přístupů sociální práce s rodinou, psychologických a medicínských aspektů a legislativních možností. Ze všech současných a dřívějších zjištění je zřejmé, že problém spočívá v tom, že **rodiče přes určitou dobrou vůli a ochotu spolupracovat nemají dostatek rodičovských kompetencí**. V rodině se nahromadilo mnoho rizikových faktorů: věk rodičů, prostředí původní rodiny, počet dětí, D. je nechtěné a nevítané dítě apod. Při hlubším prozkoumání je zřejmé, že v případě rodiny D. se významnou měrou jedná též o transgenerační přenos nežádoucích vzorců v rodinné komunikaci, zejména ve výchově dětí.

Rodina D. byla z mnoha důvodů z hlediska rodičovských kompetencí riziková. Nedostatečné rodičovské kompetence jsou patrné od doby péče o první dítě, přesto je rodině poskytován pouze sociální dohled, nikoli systematická sociální práce s rodinou.

Šetření OSPOD nesleduje interakci rodičů s dětmi, nikde v záznamech z šetření v rodině není popis, zda si s dětmi hrají, učí se s nimi, vedou je k hygienickým návykům, pravidlům společenského chování, chodí s nimi ven, zda děti mají kamarády a rozvíjí se u nich sociální dovednosti. Hodnocení péče rodičů o děti se věnují téměř výhradně tomu, zda je v bytě uklizeno a zda děti mají co jíst. Tento zájem OSPOD mohl podporovat u rodičů pouze rozvoj sledovaných dovedností, ve kterých byli schopni obstát poměrně dobře. Je pravděpodobné, že sledováním a podporováním dalších rodičovských kompetencí by mohlo dojít i k dalšímu rozvoji schopností rodičů.

Podcenění snížených rodičovských kompetencí ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí se zásadním způsobem projevilo prohlubováním problematického chování k D. ze strany rodičů.

Na základě dostupných informací o průběhu a rozvoji týrajícího chování v rodině lze jako základní prvky modelu rozvoje patologického chování spatřovat jednak osobnostní charakteristiky, zejména ve smyslu nižších psychosociálních kompetencí, nižšího intelektu a agresivními a impulsivními charakteristikami. Tyto osobnostní charakteristiky jsou sami o sobě prediktorem nižších rodičovských kompetencí.

Z kriminální psychologie víme, že nejlepším predikátorem budoucího chování je minulé chování. Jestliže rodiče své děti týrali fyzicky a zneužívali pohlavně, pak tento fakt nejlépe předpovídá, že to budou dělat zase. Chování D. v době odebrání se velmi podobalo chování jeho bratrů J. a M. v době odebrání. Jinými slovy na výchově rodičů se toho za deset let mnoho nezměnilo. Nejnápadnějším vývojem zde bylo, že **rodiče se postupně naučili dissimulovat. Věděli, co sociální pracovníci nerady vidí, co mají říkat na veřejnosti atd.**

Nicméně dalším zásadním prvkem v modelu rozvoje patologického rodičovského chování v tomto konkrétním případě je ekologické hledisko (ve smyslu celého sociálního kontextu, ve kterém se rodina pohybuje) zohledňující osobní, rodinné, sociální a komunitní faktory, které mohou způsobit či ovlivnit zanedbávání dětí. Vzhledem k tomu, že jde o dlouhodobě se vyvíjející případ, je možné vyhodnotit i roli

širší komunity, v níž rodina žila. V celospolečenském kontextu rodiče sice mají odpovědnost za péči o děti, ale společnost (stát) současně garantuje ochranu dětí.

Z psychologického vyšetření zmíněného i ve zprávě se konstatuje, že výchovná způsobilost obou rodičů je snížena pro nižší úroveň osobnostní zralosti, tak pro neadekvátní úroveň znalostí výchovných technik a postojů. To v praxi znamená, že pokud je v rodině klid a tito lidé mají na výchovu jednoduché, zvládnutelné děti, tak se jako rodiče chovají vcelku adekvátně. Například doma je uklizeno, o děti se materiálně dobře starají ap. Nicméně situace se dramaticky změní, jakmile se rodina dostane do frustrace, zátěže či obecně řečeno pod prožitkovou nulu. Zde začínají rodiče jednat impulzivně a opakují intuitivní výchovná klišé, stylem: S klukem je problém, tak ho seřežu, aby si to dobře pamatoval. Co nejde zvládnout křikem, jde zvládnout ještě větším křikem a rákoskou. Jednodušší lidé pak nezkouší různé výchovné styly, protože je prostě neznají, jen zvyšují intenzitu těch technik, které kdysi v mírné podobě fungovaly. Jinými slovy: mírný pohlavek fungoval v mírných problémech, ergo intuitivně očekávají, že každý pořádný problém se zvládne výpraskem řemenem.

Terapie jednodušších lidí je složitá proto, že tito lidé neumějí popisovat svůj život slovy, natož abstrahovat. Jsou názorní a konkrétní. Když jim sociální pracovnice či psycholog něco říká, tak mu rozumějí jen částečně. Bojí se zeptat, aby nevypadali jako hloupí, tak všechno odkývají. Neumějí též popsat sociální a psychické jevy slovy a interpretují chování dítěte ve slovech, kterým rozumějí - tedy že dítě zlobí, neposlouchá ap.

U profesionálů vzniká takto pocit, že je všechno v pořádku, že klient spolupracuje, ale tento souhlas se neprojeví změnou chování. Navíc tato rodina dostávala doporučení stylu: "Chodte s dětmi více na procházky."

Typické jsou pro případ zdánlivě protichůdné informace ze stejné doby. Z vyšetření v nemocnici nevyplývá, že by dítě bylo týrané. Šetření u sousedů však naznačuje podivnou komunikaci matky s dětmi, někdy je slyšet i facka a dětský pláč. Šetření v bytě jsou většinou shledána v pořádku, je tam uklizeno, děti jsou čistě oblečené. OSPOD tak opakovaně zaznamenává matoucí kontrast, který je pro celý příklad

velmi typický: **je celá řada signálů o špatném zacházení s D., ale standardní metoda, tak jak je OSPOD používána prakticky všude v České republice – šetření v domácnosti zaměřující se na to, jak je v domácnosti uklizeno a navařeno - vždy pracovnice paradoxně uklidní, že je vše v pořádku, protože je uklizeno, děti si hrají (ne s matkou nebo s otcem) a vypadají spokojeně.** Po celou dobu případu dominoval deficitní model práce s rodinou a byly ignorovány oblasti úspěchu/efektivity v rámci rodiny, ze kterých bylo možno vycházet v případě intervencí. Přitom právě práce se silnými stránkami rodiny je důležitou součástí při řešení obtížné situace v rodině.

Významnou otázkou je vliv informací o zdravotním stavu dětí na chování matky. Nedostatečné pochopení odborných informací matkou, zejména týkající se výživy D., mohlo vést k tomu, že **nadměrné úsilí matky o splnění jejích představ o správné výživě se změnilo v nástroj týrání.** Zdravotní problémy D. související s výživou se projevily již ve 12 měsících věku, kdy přestává růst, v 16 měsících nepřibírá na váze, dále je pod normou, v 7 letech nastává výrazný pokles váhy. Pro matku mohlo jít o stresující situaci, kdy šetření sociální péče je zaměřeno především na kvalitu stravy a úklidu. Z řady údajů je patrné, že matka se touto otázkou zabývala, o problémech s jídlem byli informováni jak členové rodiny (bratr M. vypověděl, že D. má občas zažívací potíže), tak sousedi (matka se sousedce zmínila, že D. hodně jí a pak je mu špatně).

Nikde však není zmínka o systematické práci s matkou (rodinou) ze strany lékařů, otázkou zůstává, zda byly vůbec problémy s jídlem matkou lékařům sděleny. Neposkytování těchto informací matkou mohlo být dáno zkušeností z návštěv OSPOD, které se zaměřovaly na stav výživy dětí, matka mohla tyto problémy zpočátku vnímat jako své selhání nebo se obávat, že je tak bude hodnotit okolí. Vzhledem k hyperaktivitě a impulzivitě D. je pravděpodobné, že se tyto symptomy projevily i v rovině jídla. Děti s hyperaktivitou mají od časného věku problémy s navázáním kontaktu s pečující osobou, jejich signály týkající se nepohody, včetně pocitů hladu a sytosti, jsou obtížně srozumitelné pro okolí. Tyto obtíže obvykle vedou u rodičů k pocitům nejistoty, selhávání v rodičovské roli a často i neadekvátním emočním reakcím.

Z lékařských zpráv není patrné systematické komplexní zhodnocení stavu výživy D. v souvislosti s dalšími zdravotními obtížemi (hyperaktivita), není ani zřejmá spolupráce s OSPOD v této oblasti. Některé údaje o zdravotním stavu nejsou podpořené lékařskou zprávou a činí dojem, že šlo pouze o interpretace matky, např. údaj v anamnéze z psychologického vyšetření ze dne 30. 6. 2010, kde je uvedeno, že D. užívá medikaci pro posílení funkce jater, má předepsanou dietu. Závěr posudku uvádí přítomnost výrazné poruchy chování, která vzniká na kombinovaném podkladě poruchy pozornosti a aktivity (ADHD) a výchovného zanedbání v prostředí primární rodiny a nutnost poskytnutí podpůrných opatření, bez kterých D. nebude schopný efektivního vzdělávání v prostředí běžné rodiny. Porucha pozornosti a aktivity (ADHD) zasahuje do všech oblastí života dítěte, nejen do oblasti vzdělávání, podpůrná opatření rodina potřebuje i v oblasti výchovy a režimu včetně jídla a spánku, volnočasových aktivit a cíleného rozvoje sociálních dovedností dítěte.

K podobnému selhání rodiny došlo už ve výchově prvního syna M., který je také hyperaktivní, a byl přijatý k hospitalizaci v 11/1999 s váhou 10,30 kg, astenický, dehydratovaný, žíznivý, hladový. Této hospitalizaci předcházelo šetření OSPOD dne 12. 5. 1999, kdy nebyly zjištěny připomínky k péči o děti.

D. se narodil s porodní hmotností 3010 g/48 cm (normální porodní hmotnost), byl měsíc v kojeneckém ústavu, protože matka uvažovala o adopci. Časná ústavní výchova významně narušuje navázání kvalitního vztahu s pečující osobou, zejména navázání komunikace matky s novorozencem a rozpoznávání požadavků dítěte. Podobný deficit v komunikaci však mají děti s ADHD, u D. se zřejmě uplatnily oba tyto rizikové vlivy. I z tohoto důvodu mohla být pro matku další péče o dítě obtížná.

Dne 6. 3. 2004 byl D. v 1 a ¼ roce hospitalizovaný pro dušnost a horečku s váhou 8750g/71 cm, bylo provedeno vyšetření na malabsorpci, která nebyla potvrzena (údaj ze znaleckého posudku ze dne 14. 5. 2010). Na šetření OSPOD 20. 2. 2006 matka uvedla, že D. má dle lékařky určitý druh bulimie, matka mu musela omezit jídlo. Ani k tomuto údaji nebyla vyžádána žádná informace od praktické lékařky. Krátce poté byl D. přijatý k hospitalizaci (FN Brno 30. 5. – 5. 6. 2006) s výraznou podváhou (3,5letý chlapec, hmotnost 11,9 kg/85 cm).

Zaostávání somatického vývoje mělo být od prvních příznaků pečlivě monitorováno ze strany pediatra a měla být zahájena cílená práce s rodiči ve spolupráci s OSPOD. Kromě toho měl chlapec být již v předškolním věku vyšetřen pro příznaky ADHD dětským psychiatrem, kde mohla být přínosná adekvátní péče a léčba.

Psychiatrický posudek z 20. 7. 2003 rodiče hodnotí jako nezralé, poučené trestem, dále se uvádí, že péče o mladší děti pro ně bude složitá a je nutné jí sledovat, výchovná způsobilost rodičů je snižena. Znalecký posudek z 21. 12. 2010 konstatuje, že afektivní reaktivitu rodičů lze psychoterapeutickým vedením a za kontrolní asistence institucí (OSPOD) upravit do podoby více adaptivní a ovládané. V tomto smyslu mohla být vedena práce s rodinou od prvních známek selhávání jejich péče o děti, pravděpodobně se na selhání podílela i absence vhodných služeb a nedostatek systémových opatření, která by rodinu nutila doporučenou péči přijmout. V případě doporučení práce ve Středisku sociální pomoci dětem v ulici Hapalova byla spolupráce rodiny pouze částečná. **Za systémový nedostatek lze pokládat i oddělení systému sociální a zdravotní péče, které brání včasnému předávání zásadních informací o zdravotním stavu a větší provázanosti zejména v péči o týrané děti, které se svými obtížemi nachází na pomezí těchto resortů.** Kromě toho stále přetrvává historický koncept pojetí poruch chování a ADHD jako sociálního a vzdělávacího problému a je podceňována možnost léčby těchto psychiatrických poruch.

Ze strany OSPOD byla nedostatečná možnost kontroly, zda rodiče dodržují doporučená léčebná opatření a zajišťují preventivní péči. Na tomto stavu se podílí i skutečnost, že **sociální pracovníci mají omezenou možnost ověřit si údaje o zdravotním stavu dítěte**, s výjimkou případu týrání. V případě D. však podezření na týrání nebylo potvrzeno. Stejně tak lékař nemá možnost sdělit sociálním pracovnícím údaje o zdravotním stavu, pokud nepovažuje nedodržování doporučených léčebných opatření za tak závažné, že je lze hodnotit jako zanedbání péče o dítě. Při propuštění D. z nemocnice byla matce doporučena další vyšetření, ale z dokumentace není patrné, zda tato vyšetření absolvovala a s jakým výsledkem. Doporučení a řádné vysvětlení potřebných vyšetření a léčebných opatření by mělo být úkolem lékaře, v případě rodiny se sníženými kompetencemi je však nutný

dohled sociální péče nad jejich zajištěním a dodržováním. K tomu je nezbytné umožnit komunikaci mezi lékařem a sociálním pracovníkem.

Další ze standardních chyb rozšířených v praxi OSPOD v celé zemi, která se výrazně podepsala i na tomto případě, je přílišné spoléhání na to, že věc se „správně posoudí“ v rámci trestního řízení. Lze v tom spatřovat i určitý obecnější alibismus orgánů sociálně-právní ochrany. Při jakémkoliv podezření na špatné zacházení se věc oznamuje policii a zahajují úkony v rámci trestního řízení, a je-li případ policií odložen, má se za to, že je vše v pořádku.

Přitom samotný OSPOD má řadu zákonných možností, jak vyvíjet tlak na rodinu a stupňovat své působení i za použití represivních opatření, pokud je odůvodněno jejich působení (i třeba v dlouhodobém časovém horizontu) ve smyslu pozitivního přínosu pro dítě a rodinu. Podle § 12 zákona o sociálně-právní ochraně dětí může OSPOD ve správním řízení rodičům nařídit, aby využili služeb zařízení odborného poradenství, tato zařízení jsou definována v § 40 jako zařízení, které mj. poskytuje nebo zprostředkovává rodičům nebo jiným osobám odpovědným za výchovu dětí rady ve věcech výchovy a výživy dětí a v dalších otázkách týkajících se jejich rodinných, sociálních a mezigeneračních problémů vyplývajících z péče o děti. Pokud jde o výchovná opatření, zákon o sociálně-právní ochraně dětí v § 13 uvádí, že OSPOD může sám učinit opatření uvedená v zákoně o rodině (napomenutí, projednání závad ve výchově, dohled, uložení omezení dítěti) a dále je oprávněn či dokonce povinen podat soudu návrh na ta výchovná opatření, která může uložit pouze soud (§ 14). Ustanovení § 59 a § 59a upravují přestupky, kterých se může dopustit fyzická osoba v oblasti péče o dítě, např. lze postihnout jednání, kdy osoba v úmyslu ponížit lidskou důstojnost dítěte použije vůči němu nepřiměřené opatření. V přestupkovém řízení lze také postihnout rodiče, který nesplní uloženou povinnost využít pomoc odborného poradenského zařízení.

Ze zákonného vymezení je zřejmé, že rovina trestního práva a rodinného práva, respektive sociálně právní ochrany, nejsou totožné, i když se mohou částečně překrývat nebo protínat. Sociálně právní ochrana je autonomní systém, který má v ideální podobě vlastní nástroje ochrany dítěte, a to jak diagnostické, tak nápravné. Trestní právo je nástrojem oprávněné státní represe vůči pachateli

jednání, které je popsáno v zákoně a vykazuje kvalifikovanou intenzitu nebezpečnosti pro chráněné společenské zájmy.

Dospějí-li pracovníci OSPOD k závěru, že mohl být spáchán trestný čin, je samozřejmě jejich povinností orgány činné v trestním řízení uvědomit. Úkolem sociálně právní ochrany nicméně není primárně „vyhledávání týraných dětí“, ale pomáhat rodičům, aby se stali lepšími rodiči, a rodina tak byla pro děti dobrým (lepší) místem. Trestní právo je a mělo by být prostředkem posledním (ultima ratio). Velikou roli navíc hrají rozdíly v procesní rovině. Právě proto, že trestní stíhání je nástrojem státní represe, zakotvuje ústavněprávní pořádek i jednoduché právo veliké množství pojmů proti jeho zneužití, na prvním místě právo na obhajobu a zásadu presumpce nevinoty. To znamená, že obviněný může být odsouzen jen tehdy, je-li mu vina prokázána bez důvodných pochybností, ve spravedlivém řízení a za použití procesně použitelných důkazů, které měl možnost konfrontovat. Za této situace je patrné, že trestní věc může skončit odložením, zastavením trestního stíhání nebo zproštěním obžaloby z mnoha rozličných důvodů, aniž by tím bylo postaveno najisto, že se obviněný nedopustil jednání, na které je povinen OSPOD reagovat.

V daném případě byla trestní věc v roce 2009 odložena především proto, že sám D. či jeho sourozenci týrání popřeli. Policejní orgán provedl důkaz procesně relevantním způsobem, ten však nevedl ke zjištění skutečnosti, která by odůvodňovala byť jen zahájení trestního stíhání, policejnímu orgánu proto nezbylo, než od stíhání upustit. **Pro OSPOD toto ale nemělo být důkazem opaku.**

Expresivní pojem týrání, který je běžně chápán jako vědomé a záměrné ubližování druhému, prostě nekorespondoval s osobní zkušeností sociálních pracovníků z jednotlivých šetření. Rodina D., zejména paní D., se snažila zlepšit a být dobrou matkou, ale dařilo se jí to pouze ve vnějších aspektech. Dařilo se jí relativně úspěšně zajišťovat péči o domácnost, úklid, vaření, ošacení dětí apod., ale byla dosti bezradná, v otázkách výchovy a v péči o emoční potřeby dětí, což několikrát sociálním pracovníkům přímo sama sdělovala, de facto si tím opakovaně říkala o pomoc v této oblasti, i když výslovně o pomoc psychologa si řekla jen jednou. Podceněna byla také schopnost rodiny zajistit lékařskou péči. A právě v těchto

sférách byla rodina D. ponechána, až na jednu výjimku, bez adekvátní odborné pomoci. Toto zjištění koresponduje i s tím, že účinné metody hodnocení ohroženého dítěte a rodiny, které efektivně zjistí vývojové potřeby dítěte, schopnost rodičů na tyto potřeby řádně reagovat a faktory širší rodiny a prostředí, v praxi nejsou používány. Je téměř nepochybné, že v otázce péče o děti a vztahu k nim, zejména když D. rozhodně nebyl bezproblémové dítě, nemohli rodiče bez pomoci profesionálů učinit výraznější pokrok. Sociální práce a soudní dohled plnily pouze kontrolní funkci zaměřenou na více či méně na vnější aspekty jako je pořádek v bytě, nepůsobily ke změně chování, ve vztahových záležitostech, I tato kontrolní funkce však prakticky ustala po odchodu sociální pracovnice M. K. Zejména **po nástupu sociální pracovnice L. P. došlo k úplnému zastavení přímé práce s rodinou. Od 24. 10. 2008 do 15. 3. 2010 neproběhla žádná návštěva OSPOD v rodině.**

V této době dochází k výraznému socio-ekonomickému zhoršení situace rodiny, rodina se několikrát stěhuje a poprvé se ze systému státní sociální podpory propadá do systému pomoci v hmotné nouzi.

To vše způsobilo v dlouhodobém horizontu nevyhodnocení skutečných rizik, jimiž byly nedostatečné rodičovské dovednosti. Přitom sociální práce zná nástroje, jak posilovat a rozvíjet tyto dovednosti. Patří mezi zejména aktivní doprovázení, asistence, tréninkové a nácvikové aktivity, odlehčovací služby, videotrénink interakcí, případně terapeutické nástroje (rodinná terapie). Takové služby nejsou rovnoměrně zastoupeny na území České republiky a pracovníci OSPOD nejsou školeni a vzděláváni v tom, aby potřebu těchto služeb rozpoznali a tyto služby rodičům doporučili nebo dokonce, není-li to možné jinak, nařídili a zabezpečili jejich dostupnost.

Z šetření na OSPOD Brno-Střed je také více než patrné, že celá oblast týkající se péče o ohrožené děti je mimořádně silně personálně poddimenzovaná. Optimální stav by předpokládal vyšší počet kvalifikovaných pracovníků/pracovnic na jednotlivých odděleních, tak aby se počty případů svěřených jedné pracovníci nepočítaly na stovky, ale na desítky.

Na vzniku situace se podepsalo jistě i to, že v Brně neexistuje dostatečná síť terénních terapeutických služeb pro rodiny. Je-li již od počátku existence zákona o sociální-právní ochraně dětí jedním ze tří hlavních úkolů sociálně-právní ochrany „působení k obnovení narušených funkcí rodiny“, je povinností státu zajistit nástroje k takovému působení, tedy postarat se o to, aby ve všech částech republiky existovala dostatečně hustá síť rozmanitých služeb pro rodiny včetně finančně dostupného bydlení. Rodině byla nabídnuta pouze služba poradenství ze strany SSPD, kterou využili jen částečně, subjektivní názor matky, že službu nepotřebuje, se nepodařilo překonat, služba se navíc zdála být pro rodinu D. nepřiměřeně vysokoprahová a náročná

Významným faktorem, který není možné při hodnocení pominout, je poměrně vysoká společenská tolerance k fyzickému trestání dětí. V případě týraného D. byly fyzické tresty v rodině přičítány koloritu rodiny, kde oba rodiče jsou jednodušší, tvrdí, a jejich výchova je méně podnětná a trestající.

Rodina D. byla po celou dobu vystavena systému péče, který se sice hlásí k Úmluvě a podle čl. 3 odst. 3 zabezpečí, aby instituce, služby a zařízení odpovědné za péči a ochranu dětí odpovídaly standardům stanoveným kompetentními úřady, zejména v oblastech bezpečnosti a ochrany zdraví, počtu a vhodnosti svého personálu, jakož i kompetentního dozoru, ale prakticky žádná takováto opatření nerealizuje.

Je nutné podotknout, že systém chybí dále a traumatizuje D. dalšími zásahy jako je umístění do dětského domova, následně do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. OSPOD není schopen zabezpečit pěstounskou rodinu, která bude vykonávat citlivou profesionální a bezpečnou péči zahrnující i kontakt s vlastní rodinou D., která navždy bude součástí jeho identity.

III. Závěry a doporučení:

Z rozboru situace vyplývá, že celý tento případ lze zhodnotit jako systémové selhání, ve kterém hrály významnou roli pochybení jednotlivců z řad pomáhajících profesionálů. Není ovšem možné jednoznačně určit jediného viníka, který způsobil propad rodiny, nezvratitelnou situaci rozpadu rodinného systému a těžké následky pro děti, které je budou provázet celý život.

Analýza případu prokázala následující skutečnosti:

- I přes velké množství informací shromažďovaných k případu v průběhu dlouhých deseti let nikdy nedošlo ke zhodnocení situace rodiny, určení rodičovské kapacity rodiny ani zjištění míry ohrožení dětí.
- OSPOD nikdy neshledal případ jako závažný nebo složitý.
- Závažným pochybením ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí byla skutečnost, že ztratily dítě z dohledu a na místo toho se soustředily na rutinní činnosti, na posuzování rodičů bez vztahu k dítěti.
- I v případě správného vyhodnocení potřeb rodiny však v daném čase (již v roce 2000 po prvním trestním stíhání nebo v jeho rámci) neexistovaly služby, které by mohly být rodině pro řešení její situace nabídnuty. Současně ale tato skutečnost neopravňovala orgány sociálně-právní ochrany dětí k nečinnosti. Vzhledem ke snížené rodičovské kapacitě a zkušenostech péče o děti narozené v této rodině dříve měly orgány sociálně-právní ochrany dětí vyhodnotit již dávno péči rodičů jako ohrožující.
- Případ prokázal, že v sociálně-právní ochraně dětí neexistuje systematická sociální práce ve vztahu k celému rodinnému systému. V daném případě byly děti posuzovány odděleně, nebyly činěny návazné kroky, které by vycházely z již předchozích intervencí. Dominantní charakteristikou činnosti orgánů

sociálně-právní ochrany je neochota a strach k jasnému a včasnému řešení podloženému faktickými zjištěními.

Doporučení:

Pro ty, kdo pracují s D. a jeho rodinou:

D. a jeho sourozenci si zaslouží profesionální aktivní přístup, který mu pomůže vyrůstat v bezpečí a vyrovnat se s minulými událostmi.

D. se jako týrané dítě bude s touto skutečností potýkat a bude na ni reagovat. Je nutné pečlivě sledovat, jak se bude jeho chování vyvíjet v čase. Klíčovým momentem pro D. je utváření si identity, která úzce souvisí s jeho původem a tedy jeho rodiči. Po odloučení od rodičů je nutné si dát především pozor, aby nikdo nevytvářel u D. identitu: "Jsem (zlé) dítě zlých rodičů." S dobou odloučení od rodičů se vzpomínky D. budou polarizovat (kterým směrem není možné nyní určit). Buď bude biologické rodiče idealizovat, nebo démonizovat. Je nutné pracovat s oběma situacemi. Kdo má toto dělat a kde má D. vyrůstat? Dnes jsou jeho rodiče zatím nepravomocně odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody na 6 a 6,5 roku a D. putuje ze zařízení do zařízení. Objektivně by byla pro jeho vývoj nejlepší profesionální pěstounská rodina, která bude i v budoucnu schopna udržet kontakt s rodiči. Již teď je zřejmé, že se setkáme s odpovědí kompetentních úřadů, že taková rodina prostě neexistuje. Není to však jen opět spolehnutí se na bohaté kapacity ústavních zařízení, které jsou okamžitě k dispozici? Naléhavým doporučením k tomuto případu tak je, aby krajské úřady v celé zemi zaměřili pozornost na pěstouny, se kterými v minulosti pracovali a o kterých vědí, že mají již odrostlé děti (vlastní i svěřené) a jejichž výchova byla kvalitní. Ty by měli být seznámeni s celou problematikou, kterou s sebou případ nese, a mít možnost se o péči o D. a jeho sestru „přihlásit.“ Stát by měl potom zprostředkovat D. tu nejprofesionálnější rodinu, která bude rozumět jeho situaci a chování a bude aktivně hledat pomoc, když ji bude potřebovat nejen D., ale rodina jako celek.

Pro ty, co pracují s rodinami a dětmi a pro ty, kdo vytvářejí systém péče o ohrožené děti a rodiny

Přijmout neprodleně zákonnou úpravu zakotvující vyhodnocení situace dítěte a rodiny, vytvořit potřebné metodiky a proškolit v těchto dovednostech všechny sociální pracovníky.

Stanovit závazné postupy práce pro sociálně-právní ochranu dětí, které se zaměří na včasnost řešení.

Vytvořit efektivní systém předávání informací mezi všemi subjekty, které přicházejí do styku s dítětem a orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Vytvořit podmínky pro vznik a fungování služeb pro přímou práci v rodinách, zejména služeb zaměřených na trénink a posilování rodičovských kompetencí.

Provést celkovou koncepční změnu systému péče o ohrožené děti, zejména s ohledem na přístupy k dítěti a zabezpečení práv dětí dle Úmluvy OSN o právech dítěte. Pro naplnění státem garantované ochrany dětí je zapotřebí, aby se přístupy všech relevantních subjektů v systému a jejich činnosti soustředily výlučně na nejlepší zájem dětí.

Přístupy a činnosti musí:

- 1. být plně zaměřeny na dítě**
- 2. respektovat potřeby a vývoj dítěte**
- 3. sledovat dlouhodobý zájem dítěte, podporovat jeho jedinečnost a vývoj**
- 4. umožnit rovné příležitosti pro všechny děti bez ohledu na jejich pohlaví, schopnosti, rasu, etnikum, okolnosti nebo věk**
- 5. zahrnovat do řešení situace děti a rodiny, stejně tak jako celé jejich sociální okolí**
- 6. stavět na silných stránkách rodin a dětí a identifikovat problémová místa**
- 7. fungovat integrovaně a ve spolupráci všech zúčastněných subjektů**
- 8. být trvalým a interaktivním procesem – nikoliv jednorázovou událostí**
- 9. poskytovat a revidovat opatření a poskytované služby**
- 10. být vždy založeny na objektivně zjištěných skutečnostech a důkazech**