

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

Katedra sociální práce

**Zuzana Růžková**

**Multidisciplinární tým jako způsob práce  
s rodinami ohrožených dětí**

*Bakalářská práce*

Praha 2010

Autor práce: **Zuzana Růžková**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Oldřich Matoušek**

Oponent práce: **PhDr. Hana Pazlarová, PhD.**

Datum obhajoby: **2010**

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

RŮŽKOVÁ, Zuzana. *Multidisciplinární tým jako způsob práce s rodinami ohrožených dětí*. Praha : Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2010. 55 s. Vedoucí bakalářské práce Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

## **Anotace**

Bakalářská práce „Multidisciplinární tým jako způsob práce s rodinami ohrožených dětí“ pojednává o sanaci (podpoře) rodin s ohroženými dětmi prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Takovýto tým se skládá z pracovníků institucí, organizací a samostatně pracujících odborníků, kteří s danou klientskou rodinou pracují, či se očekává, že pracovat budou. Práce je rozdělena na dvě části. V první, teoretické části jsou nejprve definovány základní pojmy, které se v práci vyskytují. Následuje kapitola zabývající se rodinou a jejím významem pro dítě. Dále jsou předestřena východiska multidisciplinární spolupráce spolu s jejím využitím v praxi sociální práce. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na samotný proces sanace rodiny postavené na principu podpory dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině. Poslední oddíl teoretické části představuje využívání multidisciplinární spolupráce při práci s rodinami ohrožených dětí ve vybraných evropských zemích. Druhá, výzkumná část si klade za cíl popsat proces sanace rodiny s využitím multidisciplinární spolupráce v sedmi organizacích v České republice. Text této části je založen na polostrukturovaných rozhovorech s vedoucími pracovníky v těchto organizacích a je předkládán v podobě odpovědí na předem stanovené výzkumné otázky.

## **Klíčová slova**

rodina, ohrožené dítě, sociální práce s rodinou, sanace rodiny, podpora rodiny, multidisciplinární tým, multidisciplinární spolupráce, případová konference

## **Annotation**

Bachelor thesis “Support of multiproblems families by a multidisciplinary team” deals with support (preservation) for families with children at risk through a multidisciplinary team. Such team consists of workers from institutions and organizations and of self-employed professionals who work or are supposed to work with the client family. The thesis is divided into two parts. In the first, theoretical part, the basic concepts that the thesis includes are defined. The following chapter deals with the concept of the family and its importance for the child. Furthermore, a background of multidisciplinary collaboration is presented together with its use in practice of social work. The fourth chapter focuses on the process of family support alone based on the principle of child support through the help of its family. The final section of the theoretical part presents the use of multidisciplinary cooperation when working with families of threatened children in selected European countries. The second, research part aims to describe the process of family support with the use of multidisciplinary collaboration in seven organizations in the Czech Republic. The text of this part is based on semi-structured interviews with the executives in these organizations and it is presented in the form of answers to predetermined research questions.

## **Keywords**

family, vulnerable child, social work with families, family support, family preservation, multidisciplinary team, multidisciplinary collaboration, Case Conference

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 2. srpna 2010

Zuzana Růžková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkovala svému vedoucímu práce Doc. PhDr. Oldřichu Matouškovi za jeho rady, doporučení a usměrňování mého psaní bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem pracovníkům organizací, kteří se ochotně zapojili do mého výzkumného šetření. Bez nich by výzkumná část této práce nemohla vzniknout.

# Obsah

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>2. ZÁKLADNÍ POJMY.....</b>	<b>11</b>
2.1 Rodina a ohrožené dítě.....	11
2.2.1 <i>Multidisciplinární tým</i> .....	11
2.2.2 <i>Případová konference</i> .....	12
2.3. Sanace rodiny.....	12
<b>3. VÝCHODISKA A VYUŽITÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE V SOCIÁLNÍ PRÁCI.....</b>	<b>13</b>
3.1 <i>Teoretická východisko - sociálně ekologický model</i> .....	13
3.2 <i>Rodina a psychické potřeby dítěte</i> .....	14
3.3 <i>Právní rámec multidisciplinární podpory rodiny</i> .....	15
3.4 <i>Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti</i> .....	16
3.5 <i>Využití multidisciplinární spolupráce v praxi sociální práce</i> .....	17
<b>4. SANACE RODINY PROSTŘEDNICTVÍM MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....</b>	<b>18</b>
4.1 Indikace a kontraindikace sanace rodiny.....	18
4.1.1 <i>Indikace sanace rodiny</i> .....	18
4.1.2 <i>Kontraindikace sanace rodiny</i> .....	19
4.2 Začátek sanace rodiny.....	19
4.3 Sestavení multidisciplinárního týmu.....	20
4.4 Případová konference.....	20
4.5 Plán sanace rodiny.....	21
<b>5. MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE PŘI PRÁCI S RODINAMI OHROŽENÝCH DĚTÍ VE VYBRANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH.....</b>	<b>22</b>
5.1 Francie.....	22
5.2 Velká Británie.....	25
5.3 Nizozemsko.....	28
<b>6. METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>30</b>
6.1 Účel šetření.....	30
6.2 Výzkumné otázky.....	30
6.3 Výběr subjektů (organizací) zařazených do výzkumného šetření.....	30
6.3.1 <i>Amalthea</i> .....	31
6.3.2 <i>Centrum podpory rodiny- Diakonie Rokycany</i> .....	31
6.3.3 <i>Dům tří přání</i> .....	31
6.3.4 <i>Salinger</i> .....	32
6.3.5 <i>Střep</i> .....	32
6.3.6 <i>Útočiště</i> .....	32
6.3.7 <i>Organizace X</i> .....	33
6.4 Metoda sběru dat.....	33
<b>7. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>34</b>
7.1 Okolnosti zavedení multidisciplinární spolupráce.....	34
7.1.1 <i>Počátky využívání multidisciplinární spolupráce a důvody k ní</i> .....	34
7.1.2 <i>Reakce oslovených odborníků</i> .....	35
7.1.3 <i>Inspirace multidisciplinární spolupráce</i> .....	36
7.2 Role a podoba multidisciplinární spolupráce.....	37
7.2.1 <i>Indikace multidisciplinární spolupráce</i> .....	37
7.2.2 <i>Dlouhodobost multidisciplinární spolupráce</i> .....	37
7.2.3 <i>Členové multidisciplinárního týmu</i> .....	38
7.2.4 <i>Role v multidisciplinárním týmu</i> .....	40
7.3 Průběh sanace rodiny.....	41
7.3.1 <i>Kontraindikace</i> .....	41
7.3.2 <i>Napojení klienta na službu</i> .....	42
7.3.3 <i>Struktura průběhu sanace rodiny</i> .....	42
7.3.4 <i>Multidisciplinární tým</i> .....	44
7.3.5 <i>Ukončení spolupráce</i> .....	46
7.4 Hodnocení využívání multidisciplinarity.....	47
7.4.1 <i>Přínosy a rizika multidisciplinární spolupráce</i> .....	47
7.4.2 <i>Náročnost multidisciplinárního způsobu práce</i> .....	49

7.4.3 Plány do budoucna.....	49
<b>8. ZÁVĚR.....</b>	<b>51</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA, ZÁKONY A INTERNETOVÉ ZDROJE.....</b>	<b>52</b>
Použitá literatura.....	52
Použité zákony.....	53
Použité internetové zdroje.....	53
<b>PŘÍLOHA.....</b>	<b>55</b>



# 1. Úvod

Jak je prohlášeno například ve Všeobecné deklaraci lidských práv, dětství má nárok na zvláštní péči a pomoc. A to také proto, že děti jsou zranitelné a do jisté míry bezbranné. My, chceme-li být zdravou společností, musíme o své nejslabší členy náležitě pečovat. Pro děti je nejpříznivějším prostředím pro vývoj bezpečné rodinné prostředí. Ač v historii panovaly i jiné názory, dnes je zřejmé, že rodina (myšlena v širším pojetí) je v kvalitní péči o děti naprosto nenahraditelná. Navzdory tomu má Česká republika ze všech zemí Evropy téměř nejvíce dětí v kolektivní ústavní výchově.

Nelze tvrdit, že všechny rodiny těchto dětí by byly schopny plnit své funkce a dítě vychovat. Ale zcela určitě existuje jisté procento rodin, které by s podporou, mohly péči o dítě obstojně zvládat. Nemluvě o rodinách, v nichž dítě žije, ale hrozí mu, že bude z rodiny odebráno. O podpoře těchto rodin, pro niž se v naší zemi ustálil název sanace, pojednává tato práce. Zabývám se v ní především sanací rodiny, která je uskutečňována prostřednictvím multidisciplinárního spolupráce. Při ní je pro zkvalitnění péče o děti a vyřešení problémů, jež rodině v plnohodnotné péči brání, sestaven multidisciplinární tým. Tento tým je složen z pracovníků institucí, organizací a samostatně pracujících odborníků, kteří s danou klientskou rodinou pracují, či se očekává, že pracovat budou. Jejich společně koordinovanou činností je možné docílit efektivnější podpory rodiny, která postihne mnoho oblastí, v nichž tyto rodiny (nazývané někdy mnohoproblémové či multistresové) mají problémy.

Tato práce má dvě části, první část teoretickou a druhou výzkumnou. V teoretické části jsou nejprve definovány základní pojmy používané v následujícím textu. Poté přichází kapitola zabývající se východisky multidisciplinární spolupráce a jejím využitím v praxi sociální práce. Samotný proces sanace rodiny představuje kapitola čtvrtá. V ní jsou popsány situace, při nichž se sanace jeví jako vhodný nástroj pomoci ohroženému dítěti. Ne vždy tomu tak je, proto jsou v této kapitole také zmíněny případy, při nichž je lepší sáhnout po jiném způsobu práce. Dále se tato kapitola zabývá sestavením multidisciplinárního týmu a pořádáním případových konferencí. Multidisciplinární přístup v systému péče o ohrožené děti je v některých zemích Evropy podstatně více rozšířený než u nás. Myslím si, že je přínosné nechat se zahraniční zkušeností inspirovat. A proto je závěrečná kapitola teoretické části

věnována využívání multidisciplinární spolupráce při práci s rodinami ohrožených dětí v některých evropských zemích, konkrétně ve Francii, Velké Británii a Nizozemsku.

Druhá část práce, část výzkumná se snaží popsat proces sanace rodiny s využitím multidisciplinární spolupráce, tak jak vypadá v sedmi organizacích v České republice. A v dílčích aspektech ho porovnat. Text této části je založen na polostrukturovaných rozhovorech s vedoucími pracovníky v organizacích, které se zabývají sanací rodiny na principu multidisciplinarity.

Jelikož je téma sanace rodiny s využitím multidisciplinárního týmu v našich podmínkách málo popsáno, domnívám se, že by tato práce mohla být určitým přínosem pro ty, co se jich tato problematika nějakým způsobem profesně týká.

## 2. Základní pojmy

### 2.1 Rodina a ohrožené dítě

Rodina je pojem běžně používaný v každodenním životě. Skrývá v sobě však škálu významů. Ta se s vývojem společnosti, modernizací a tzv. rozpadem tradiční rodiny stále více rozšiřuje. Matoušek (2003) rodinu definuje: „*V užším, tradičnějším pojetí skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků. V širším pojetí, jež se začíná rozšiřovat v USA a v některých státech EU, se za rodinu začíná považovat i skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti.*“ Pro potřeby této práce používám pojmu rodina s významem blíže širšímu pojetí uváděnému v Matouškově definici. Neomezují se na rodinu pouze jako společenství matky, otce a jejich vlastního dítěte či dětí. Do tohoto pojmu zahrnuji i další pečovatele, kteří hrají v životě dítěte rodičovskou roli, ať se jedná o příbuzné z širší rodiny či biologicky nepříbuzné jedince o dítě pečující v rodinném prostředí. Pojmu ohrožené dítě v této práci používám především v pojetí dítěte ohroženého odebráním z rodiny, z jeho obvyklého rodinného prostředí. A také jako dítěte ohroženého dlouhodobým setrváním v náhradní výchově.

### 2.2 Pojmy multidisciplinární spolupráce

Zde bych chtěla přiblížit dva pojmy multidisciplinární spolupráce, jež v této práci používám. Jedná se o pojem multidisciplinární tým a termín, který je v českém prostředí v současnosti stále více skloňovaný, tzv. případová konference.

#### 2.2.1 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým v praxi sociální práce je skupina odborníků spolupracujících v procesu práce s určitým klientem či skupinou klientů. Může jít jak o tým uvnitř jedné organizace, tak o tým sestavený vně organizace - tedy z pracovníků různých organizací, institucí či samostatně pracujících odborníků. Cílem multidisciplinárního týmu je podle Kodymové (2010): „*spolupracovat, vystupovat jednotně v celém procesu, dodržovat pravidla práce týmu, jasně vymezené kompetence a subordinace, dokázat mezi sebou kvalitně komunikovat a informovat ostatní o všem, co je důležité.*“

## 2.2.2 Případová konference

Případová konference je nástroj multidisciplinární spolupráce. Občanské sdružení Rozum a cit (2010) ji definuje takto: „*Případová konference je plánované a koordinované společné setkání všech, kteří představují, nebo mohou představovat, podpůrnou síť pro dítě a jeho rodinu.*“ Využívání případových konferencí se na poli práce s ohroženými dětmi v České republice stále více rozmáhá. Podrobněji se jim věnuji v kapitole 4.4.

## 2.3. Sanace rodiny

Sanace rodiny nebo také podpora rodiny je český ekvivalent anglických „family support“ či „family preservation“. Matoušek (2003) ji definuje jako: „*postupy podporující fungování rodiny, které jsou opakem postupů vyčleňujících některého člena rodiny kvůli tomu z důvodu jeho ohrožení, že někoho ohrožuje, případně kvůli tomu, že je sám někým z rodiny ohrožen.* V současnosti v západních zemích převažuje názor, promítající se i do praxe sociální práce, že sanace rodiny by měla být metodou první volby u většiny případů, kdy je sociální služba kontaktována kvůli ohrožení dítěte, popřípadě kvůli výskytu domácího násilí.“ Bechyňová (2008) tento pojem zužuje a definuje sanaci jako „*soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen.*“ Jedním ze základních znaků, které Bechyňová přisuzuje sanaci rodiny je sestavení multidisciplinárního týmu a ustanovení jeho koordinátora. Sanace je podle ní postavena na principu „*podpory dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině*“. Má tak v důsledku za cíl přispět k zachování rodiny. Ve své práci se věnuji právě sanaci rodiny, která se opírá o práci multidisciplinárního týmu.

### **3. Východiska a využití multidisciplinární spolupráce v sociální práci**

Člověk je společenská bytost s mnoha potřebami a zájmy. K jejich naplňování a uskutečňování musí často komunikovat s druhými lidmi, institucemi a dalšími subjekty. Stát, a to především stát sociální, přijímá určitou zodpovědnost za péči o blaho svých občanů, případně dalších osob nacházejících se na jeho území. Zřizuje k tomu také různé instituce například ministerstva, které mají obstarávat vždy jen část této jeho činnosti, což vede ke specializaci těchto institucí a také jejich odbornosti. Na druhé straně to s sebou přináší riziko roztržitosti práce.

Dobrým nebo spíše špatným příkladem této roztržitosti je v naší zemi systém péče o ohrožené děti. Ohroženými dětmi se u nás zabývá několik ministerstev. Například Ministerstvo zdravotnictví, pod jehož správu spadají kojenecké ústavy, Ministerstvo školství a tělovýchovy, které je zodpovědné za dětské domovy, Ministerstvo práce a sociálních věcí, jež zajišťuje sociálně-právní ochranu dětí atd. Některé země takovou situaci řeší zaváděním mezirezortních ministerstev. Příkladem je Nizozemsko, kde od roku 2007 funguje Ministerstvo pro mládež a rodiny.

Tento problém se ale zdaleka netýká jen těchto vyšších celostátních sfér. Naopak lidé, klienti jsou běžně v kontaktu s mnoha různými organizacemi a institucemi nižší úrovně - městskými úřady, nemocnicemi, školami, úřady práce, nestátními organizacemi atd. Aby bylo možné poskytovat komplexní péči a tak nastoupit na cestu opravdu efektivní pomoci je nezbytné navzájem spolupracovat, komunikovat a sdílet informace. K docílení opravdu funkční spolupráce se jeví jako nejvýhodnější postup sestavovat týmy, jež ustanovují společný směr a cíl pomoci a koordinují tak úsilí jejich jednotlivých členů. Tím se docílí jak větší efektivity, tak zrychlení spolupráce. A to může například v situaci, kdy dojde k zneužití dítěte, znamenat opravdu hodně.

#### **3.1 Teoretická východisko - sociálně ekologický model**

Pro využívání multidisciplinární spolupráce můžeme nalézt teoretické zakotvení v sociálně ekologickém modelu. Jedním z autorů, který se tímto teoretickým modelem zabýval, je Urie Bronfenbrenner. Tento americký psycholog rozlišuje 5 typů sociálních systémů, které

si lze představit jako soustředné kružnice obklopující jedince. Tyto systémy jedinec sám ovlivňuje, je jimi ovlivňován a zároveň se tyto systémy ovlivňují mezi sebou navzájem. Jsou jimi podle Matouška a Pazlarové (2008):

- Mikrosystém - tento systém zahrnuje nejbližší sociální okolí jedince, např. rodinu, školu atd.
- Mezosystém - je systém, jenž se skládá ze vztahů mezi mikrosystémy, tedy např. zahrnuje vztah školy a rodiny, rodiny a přátel jedince atd.
- Exosystém - je systém, jehož se jedinec sám aktivně neúčastní, který přesto ovlivňuje jeho život. Kovařík (2001) uvádí jako příklad sociální politiku, která je exosystémem vůči rodině.
- Makrosystém - zahrnuje normy společnosti, v níž jedinec žije. Jedná se například o normy kulturní a náboženské.
- Chronosystém - obsahuje změny uskutečňované v čase z pohledu jedince a jeho prostředí.

Z pohledu této teorie je mylné dívat se na klienta jako na izolovaného jedince, žijícího a prospívajícího bez ohledu na jeho okolí. Naopak je potřeba počítat s vlivy prostředí, a to jak negativními tak i pozitivními. V okolí klienta můžeme hledat i zdroje pomoci. Proto je důležité spolupracovat, a tím se snažit de facto harmonizovat vzájemné působení jednotlivých systémů.

### **3.2 Rodina a psychické potřeby dítěte**

Rodina, první společenství do kterého dítě obvykle přichází, má pro všechny své členy nezanedbatelný význam. Je to místo, kde jsou uspokojovány základní psychické potřeby dětí. Jak zdůrazňuje Matějček (1994) tento proces uspokojování probíhá i opačně. Děti jsou pro rodiče také zdrojem naplnění jejich psychických potřeb. Rodina tak funguje jako celek. Matějček (1994) popsal 5 psychických potřeb, které děti mají. Jsou to:

- Potřeba náležitého přísunu podnětů zvenčí  
Dítě ke svému plnohodnotnému vývoji nezbytně potřebuje dostávat podněty z okolí, vnímat je svými smysly. Tyto podněty mu v prvních obdobích života zprostředkovává především rodina.
- Potřeba „smysluplného světa“

Nestačí jen, aby bylo dítě vystavováno velkému množství podnětů. Je potřeba, aby v podnětech byl také řád a smysl. Díky tomu se z nich mohou stát zkušenosti.

- **Potřeba životní jistoty**

V naplňování této potřeby je velký prostor pro nejbližší osoby v okolí dítěte. Dítě v citových vztazích s těmito lidmi získává pocit jistoty, který mu pak napomáhá při jeho cestách i za hranice vlastní rodiny.

- **Potřeba vlastní společenské hodnoty**

Pokud dítě cítí svou vlastní hodnotu, vnímá i svou „identitu“, neboli vědomí vlastního já. Díky tomu pak může již dospělý jedinec být oporou i druhým lidem.

- **Potřeba „otevřené budoucnosti“**

Naplněním této potřeby může dítě „žít v čase“, očekávat budoucí události a těšit se na ně. Také může někam směřovat a vidět smysl svého přítomného úsilí.

### **3.3 Právní rámec multidisciplinární podpory rodiny**

Sociálně-právní ochrana, která směřuje k dítěti, musí podle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně -právní ochraně dětí mít na prvním místě na zřeteli zájem a blaho dítěte. Tento princip je zakotven již v Úmluvě o právech dítěte z roku 1989, kde se v 1. odstavci článku 3 píše:

*„Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí, ať už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány.“*

Ve většině případů je zájem dítěte vyrůstat ve své rodině. Dnes je již i mnoha výzkumy a odbornými pracemi dokázáno, že ústavní výchova s sebou přináší mnoho rizik a negativních dopadů na vývoj a psychiku dítěte. Tedy i objektivní zájem je, aby dítě vyrůstalo ve své rodině. K tomu, aby se tak mohlo dít u co největšího počtu dětí, přispívají také organizace provádějící sanaci rodiny. Tyto organizace mají od roku 2007 obvykle zaregistrovány Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi podle § 65 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zde je psáno:

(1) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nezvládají sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Z pohledu multidisciplinární spolupráce je zajímavá role diagnostických ústavů v rámci systému péče o ohrožené děti. Zákon č. 109/2002 jim ukládá mimo jiné povinnost plnit úkoly *„koordinální, směřující k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu diagnostického ústavu, k ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy a dalšími osobami, zabývajícími se péčí o děti.“*

### **3.4 Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti**

V lednu roku 2009 schválila vláda dokument „Návrh opatření k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti – základní principy“. Tento návrh je meziresortním počinem, v němž je jedním z navrhovaných opatření multidisciplinární spolupráce. Jako jejího koordinátora označuje dokument klíčového pracovníka OSPOD. Na tento materiál navázal Národní akční plán transformace a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 - 2011. Opět je zde zdůrazňována jeho meziresortní koncepce. Jako jeden z cílů si vytyčuje sjednocení postupu pracovníků při řešení konkrétní situace ohrožení dítěte. V souvislosti s tím zmiňuje i případové konference. Ohledně potřeby podpory rodin říká: *„pro podporu základních práv ohrožených dětí je třeba zajistit bezpečné prostředí ve vlastních (sanovaných a podporovaných) rodinách“*. K tomu chce transformaci přispět mimo jiné pokrytím všech regionů službami pro ohrožené dítě a rodinu.



### **3.5 Využití multidisciplinární spolupráce v praxi sociální práce**

V některých vyspělých zemích se multidisciplinární spolupráce v sociální práci buduje a legislativně ukotvuje již řadu let, o tom více v kapitole „Multidisciplinární spolupráce při práci s rodinami ohrožených dětí ve vybraných evropských zemích“. V současnosti se toto úsilí stále častěji objevuje i v České republice. Tato spolupráce mezi různými odborníky může být využívána v rozličných oblastech: při práci s osobami se zdravotním postižením, při řešení případů domácího násilí, při péči o seniory v domovech důchodců, při práci s rodinami (zejména mnohoproblémovými) a dětmi. Dále kdykoliv, kdy je do řešení situace klienta zapojen více než jeden subjekt. Týmová práce pak vede k ucelenějšímu pohledu na situaci klienta a ke komplexnější péči o něj. Díky ní také může dojít k časnější a tedy efektivnější intervenci. Využívání multidisciplinárního týmu a to především v případech, kdy je jeho členem i ten, kvůli němuž se tým schází, může mít pozitivní dopad na klientovu motivaci ke změně, na jeho víru v možnost a reálnost takové změny a také na jeho důvěru k jednotlivým pracovníkům, členům týmu.

Kromě těchto týmů sestavených kolem konkrétního klienta je možné multidisciplinární spolupráci využít v sociální oblasti i jinak. A to na vyšší, systémové úrovni. Například sestavit multidisciplinární tým mohou organizace pracující s určitou cílovou skupinou na vymezeném území za účelem koordinace návaznosti jejich služeb, vzájemné spolupráce a předávání klientů atd. To může přispět k propracovanějšímu systému a propojenější síti služeb.

## **4. Sanace rodiny prostřednictvím multidisciplinárního týmu**

V této kapitole popisují počátek a průběh sanace rodiny, při které se využívá multidisciplinární tým. Jelikož je toto téma v české literatuře málo propracované, budu se v následujícím textu opírat především o poznatky Věry Bechyňové. Ta je se svou organizací Střep v českém prostředí více méně průkopnicí sanace rodiny, jako podpory rodiny prostřednictvím multidisciplinárního týmu.

### **4.1 Indikace a kontraindikace sanace rodiny**

Nejprve je nutno vymezit v jakých případech je sanace vhodným řešením situace rodiny ohroženého dítěte a naopak, kdy je vhodnější sáhnout po jiných nástrojích.

#### **4.1.1. Indikace sanace rodiny**

Bechyňová (2008) vypočítává několik případů, kdy je možné se k sanaci rodiny uchýlit. Jedná se o situace:

- nastávajících rodičů, kteří byli sami v dětství ohroženi či zanedbáváni.
- ohroženého dítěte žijícího ve své vlastní rodině, u něhož jsou patrná zjevná rizika v jeho zdravotní, psychické a sociální situaci. Sanace rodiny se indikuje v případě, že sociální práce s rodinou nevykazuje úspěchy, nevede ke zlepšení situace dítěte, či dokonce dochází k jejímu zhoršení.
- dítěte, jež je aktuálně na základě dobrovolnosti nebo předběžného opatření umístěno do některého ze zařízení pro výkon ústavní výchovy.
- dítěte umístěného v některém ze zařízení pro výkon ústavní výchovy, kdy je cílem sanace pomoci jeho bezpečnému a smysluplnému kontaktu s rodinou. Postupně může tato práce vést k navrácení dítěte do jeho rodinného prostředí.
- dítěte, u něhož došlo k navrácení z ústavní výchovy do péče rodiny na základě změn v ní. Sanace zde může sloužit jako nástroj podpory a udržitelnosti změn i po návratu dítěte.
- dítěte, které bylo svěřeno soudním rozhodnutím do pěstounské péče na přechodnou dobu. Sanace zde má podpořit kontakt dítěte s jeho vlastní rodinou a pomoci s vylepšením podmínek v rodině, tak aby se do ní mohlo dítě opět vrátit.

#### **4.1.2 Kontraindikace sanace rodiny**

Kromě indikací sanace je nutno zmínit i situace, v nichž sanace rodiny vhodným řešením pro dítě není. Podle Bechyňové to jsou případy, kdy:

- dochází za strany rodičů ke zvlášť krutému zacházení s dítětem a znalci nedoporučují kontakt.
- je prokázána neexistence citové vazby rodičů k jejich dítěti.
- rodiče dítěte jsou závislí a léčbu své závislosti odmítají.
- rodiče mají diagnostikováno psychiatrické onemocnění a nesouhlasí, aby multidisciplinární tým spolupracoval s jejich lékařem.
- rodiče jsou částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům a zároveň nesouhlasí, aby multidisciplinární tým spolupracoval s jejich opatrovníkem.

#### **4.2 Začátek sanace rodiny**

Klienti se k organizacím, jež poskytují služby sanace rodiny (dále jen organizace), většinou dostávají přes pracovníka oddělení sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). V ideálním případě probíhá první schůzka pracovníka organizace poskytující sanaci rodiny s klientem za účasti pracovníka OSPOD. Zde by měl pracovník OSPOD označit, co je důvodem jeho doporučení sanace rodině. Další schůzky si domlouvá pracovník organizace už jen s klientem, resp. klienty. Pokud se tak nestalo již před zahájením sanace rodiny, je dobré věnovat čas zmapování a zhodnocení situace rodiny v ideálním případě prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Díky němu je možné získat objektivnější pohled na situaci rodiny a na základě toho ustanovit společný směr, kterým práce bude ubírat. O multidisciplinárním týmu více v následující kapitole.

Organizace poskytující sanaci rodiny mají obvykle podle § 65 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách registrovány sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Tím vzniká i povinnost uzavřít s klienty smlouvu o poskytování sociální služby. Zákon k tomu říká, že smlouva: „*musí být uzavřena v písemné formě, pokud alespoň jedna smluvní strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne*“. Je obvyklé, že smlouva o této dlouhodoběji poskytované službě je uzavírána písemně.

### **4.3. Sestavení multidisciplinárního týmu**

Multidisciplinární tým pracující na podpoře rodiny bývá sestaven z pracovníků organizací, institucí i odborníků samostatně pracujících, kteří jsou profesně s dítětem a jeho rodinou v kontaktu či se tento kontakt očekává. Jedná se tedy o sociální pracovníky OSPOD, kurátory mládeže, pracovníky škol (např. třídní učitele, výchovné poradce ale i ředitele či jeho zástupce), pedagogicko-psychologických poraden, speciálně pedagogických center a středisek výchovné péče. Dále pracovníky neziskových organizací, kteří s dítětem či jeho rodinou pracují, pediatry a další lékaře, jež o dítě nebo jeho rodiče pečují, psychology a psychoterapeuty. Případně soudce, soudní znalec, pracovníky probační a mediační služby, policie, pracovníky zařízení pro výkon ústavní výchovy (vychovatele či ředitele z dětského domova, výchovného ústavu atd.) a podle potřeby další.

Ke správnému fungování je víceméně nezbytné, aby byl ustanoven vedoucí, koordinátor týmu. V českém systému péče o ohrožené děti se jeví jako nejvhodnější koordinátor sociální pracovník OSPOD, který má rodinu ve své evidenci. Ten je jakýmsi středobodem celého týmu. U něj se shromažďují informace od všech členů, on má na starosti, aby se ty potřebné dostaly na správná místa. Může být i svolavatelem setkání týmu - případových konferencí či setkání přímo vést. Jako nejvhodnější se pracovník OSPOD jeví proto, že u něj se již z podstaty jeho pozice po celou dobu evidence dítěte v jeho působnosti scházejí informace a zprávy o dítěti. Také je zákonem č. 359/1999 daná povinnost státním orgánům, dalším právnickým a fyzickým osobám a pověřeným osobám sdělit na výzvu orgánu sociálně-právní ochrany potřebné údaje pro poskytnutí sociálně-právní ochrany.

### **4.4 Případová konference**

Jak již bylo řečeno na počátku práce, případová konference je nástroj multidisciplinární spolupráce. Je to setkání členů multidisciplinárního týmu, na kterém společně hledají nejlepší řešení situace ohroženého dítěte. Na případové konferenci je důležitá role vedoucího či moderátora setkání. Bez toho může mít případová konference přesně opačný výsledek, než za jakým byla svolána. Hrdinová et al. (2010) používá pro moderátora také název „facilitátor“ a jeho úlohu definuje takto: „*Facilitátor zejména dbá na to, aby každý měl své místo k vyjádření a aby se všichni postupnými kroky dostali k jasnému výsledku - pomáhá tedy řídit průběh jednání a směřovat práci ke konkrétnímu cíli.*“ Zároveň doporučuje, aby v

roli facilitátora byl někdo nezávislý, kdo se tak bude moci soustředit jen na samotný proces případové konference.

Přítomnost klientů - rodičů příp. dítěte na případové konferenci je otázka, na kterou existují odlišné odborné názory. Podle některých je nejefektivnější pozvat rodinu jen na konec setkání, jiní si naopak bez účasti klientů případovou konferenci neumějí téměř ani představit. Bechyňová (2008) zdůrazňuje, že rodiče musejí být o svolání případové konference dopředu informováni a mají právo se o své účasti na ní rozhodnout.

Výstupem z případové konference je plán sanace rodiny. O něm více v následující kapitole. Při opakovaném setkání multidisciplinárního týmu na případové konferenci se nejprve zhodnotí dosavadní práce a vývoj situace rodiny a následně se zamýšlí nad dalším postupem. Hrdinová et al. (2010) uvádí délku případové konference zhruba na dvě hodiny.

#### **4.5 Plán sanace rodiny**

Účastníci případové konference společně vytváří individuální plán sanace rodiny, který by podle Bechyňové (2008) měl obsahovat:

- *konkrétní změny v situaci dítěte a rodiny*
- *konkrétní pracovní body*
- *zodpovědnost - rodiče, dítě, ostatní zúčastnění odborníci*
- *konkrétní kroky*
- *konkrétní časové období*
- *jak, kdy a kým bude získávána zpětná vazba o jeho plnění*
- *kdo svolá další případovou konferenci*
- *kdo bude rodinu nebo dítě o obsahu individuálního plánu informovat*

Plnění tohoto plánu tedy leží na všech členech týmu a je pro úspěšnost sanace zásadní. Na dalších společných setkáních týmu se pak plán vyhodnocuje.

## **5. Multidisciplinární spolupráce při práci s rodinami ohrožených dětí ve vybraných evropských zemích**

V této kapitole popisují, jak je multidisciplinární spolupráce využívána v systémech péče o ohrožené děti tří evropských zemí - Francie, Velké Británie a Nizozemska.

### **5.1 Francie**

Podpora rodin s dětmi, a to především dětmi malými, byla tradičně jednou z priorit sociální politiky Francie. V 80. letech 20. století započala ve Francii decentralizace sociální činnosti (*action sociale*). Sociální pomoc dětem tak, až na výjimky dané zákonem, přešla do kompetencí jednotlivých departementů. Na této úrovni za ní zodpovídá volený prezident „Generální rady“. Sociální pomoc dětem je zde podle Kocánkové (2008) poskytována jak materiální cestou (dávky), tak cestou nemateriální (služby).

Služby pro děti a rodiny poskytují Centra departementu pro dětství a rodinu (*Centre Departemental de l'Enfance et de la Famille*) spadající pod autoritu Generální rady departementu. V následující části se budu zabývat službami a způsoby práce v jednom z těchto center. Vycházím přitom ze zkušeností psycholožky tohoto centra paní Šimek-Lefeuvre (2010). Centrum pro dětství a rodinu v departementu Horní Vienna se nachází ve střední Francii. Toto centrum sdružuje 11 zařízení, poskytujících péči celkově asi 200 dětem od narození až po věk 18 někdy i 21 let. V zařízeních jsou poskytovány jak krátkodobé, tak i dlouhodobější pobyty. Služby nejsou omezeny jen na pobytovou formu, centrum poskytuje i nepobytové služby v rámci podpory a doprovázení rodičovství.

Multidisciplinární přístup je v těchto zařízeních principem práce, základem sociálně výchovného a psychologického doprovázení. K jeho rozšíření došlo také proto, že se samy instituce staly otevřenější a uvědomily si důležitost komunikace s okolním světem. Jednou ze součástí centra je Rezidence pro matky a děti do 3 let. Každá maminka tu má referenční vychovatelku, tedy svou klíčovou pracovníci. Ta se věnuje individuálně přednostně jí. Během práce vede s matkou rozhovory, z nichž získává informace o její situaci, které pak prezentuje při případové konferenci. Také zde ostatním účastníkům sděluje, v čem by její klientka a dítě potřebovali pomoci. V Rezidenci pro matku a dítě se setkání všech profesionálů zařízení koná jednou týdně a probíhá po dobu tří hodin. Po

první třetině věnované záležitostem organizačního charakteru následují jedna či dvě případové konference.

Případové konference se kromě referenční vychovatelky účastní i ostatní vychovatelé, dětská sestra, dětská pečovatelka, vychovatelka malých dětí, poradkyně pro sociální a rodinnou ekonomii, pomocnice v domácnosti, vedoucí zařízení a psychologka. Členové tohoto multidisciplinárního týmu mají i své vlastní zkušenosti s matkou a dítětem a představy, jak a na čem je potřeba s nimi pracovat. Po společné diskusi jsou navrženy intervence jednotlivých pracovníků. Například pokud tým konstatuje, že matka nezvládá péči o domácnost - vaření, praní atd., je navržena intervence pomocnice v domácnosti. Ta bude matce podle předem stanoveného rozvrhu v domácnosti pomáhat. S péčí o dítě může pomoci zase dětská pečovatelka.

Pro jiné identifikované problémy je v zařízení možnost intervence dalšími odborníky a případně i navržení intervencí specialisty mimo zařízení. Na tomto multidisciplinárním setkání je tedy vytvořen plán další práce a podpory a ten je poté referenční vychovatelkou za přítomnosti vedoucího zařízení předložen matce, k tomu může být přizván i partner matky, otec dítěte. Plán je společně probírán a diskutován, matka s ním může souhlasit, nesouhlasit, či souhlasit jen částečně. Pokud matka s plánem souhlasí, smlouva se formalizuje a podepisuje matkou a vedoucím pracovníkem zařízení.

Kromě těchto případových konferencí v rámci zařízení probíhají také tzv. velké případové konference. Těch se včetně dvou až tří pracovníků (vedoucího zařízení, referenční vychovatelka, psychologka) z tohoto zařízení účastní profesionálové z různých jiných pracovišť. Velké případové konference se konají zpravidla až po interních případových konferencích, tedy v době, kdy je již ujasněna pozice zařízení k situaci konkrétní matky. Na multidisciplinární setkání pak podle situace spolupracovat přicházejí odborníci z oblasti soudnictví, zdravotnictví, školství či správy departementu a jeho zařízení sociální péče.

Psycholožka zařízení paní Simek-Lefevre (2010) jednotlivé spolupracovníky vyjmenovává: *„V oblasti soudnictví to jsou vychovatelé, sociální pracovníci, psychologové a psychiatři oddělení, které vypracovává, na žádost dětského soudce, zprávy o sociální situaci dítěte a jeho rodiny nebo provádí hloubkovější šetření a formuluje soudci návrh na výchovnou orientaci dítěte. V oblasti zdravotnictví spolupracujeme s dětskými sestrami z porodnice, z oddělení nedonošených dětí, s*

*psychology, herními terapeutky a rehabilitačními pracovníky z oddělení předčasné mediko-psychologické intervence. V případě hospitalizace rodiče v psychiatrickém zařízení se multidisciplinárních setkání účastní personál těchto zařízení, především ošetřovatelé a sociální pracovníci, ale i někteří lékaři psychiatři. Naopak dětská psychiatři jsou v multidisciplinárních setkáních velmi aktivní, sami je organizují a zvou nás do jednotlivých zařízení dětské psychiatrie. Často spolupracujeme s personálem mediko-psycho-pedagogických poraden, s psychology, psychiatry, vychovateli, sociálními pracovníky a dalšími odborníky těchto zařízení, která jsou rovněž často iniciátory případových konferencí.“*

Případové konference se svolávají obvykle bezprostředně po příjmu dítěte, dále během jeho pobytu, a především před odchodem ze zařízení. Mohou se svolávat také v situacích krize, nastanou-li. Před ukončením pobytu dítěte v ústavním zařízení a jeho návratu do domácího prostředí probíhají pravidelné návštěvy dítěte u rodičů, několika hodinové a později i víkendové. Těchto setkání dětí a rodičů v domácím prostředí se účastní sociální pracovníci či dětská sestra z místa bydliště, pozoruje a vede rozhovory s rodiči. Na multidisciplinárních setkáních se poté srovnává chování dítěte a jeho rodičů v ústavu a v domácím prostředí, zjišťuje se, v čem se podobá, v čem se liší a hledá se vysvětlení, proč tomu tak je. Na setkání se zvou i další profesionálové tak, aby po návratu dítěte do rodiny byla rodina dobře zasíťována. Rodičům se nabízejí služby poraden, diskuse s jinými maminkami, konzultace s psychologkou atd. Práce s rodinou odchodem dítěte z ústavního zařízení nekončí. Do rodiny může dále docházet pomocnice v domácnosti, být nápomocnou v hospodaření s penězi může poradkyně pro sociální a rodinnou ekonomiku. V některých případech dětský soudce ještě nařídí, aby do rodiny po určitou dobu docházel vychovatel.

V Centru departementu pro dětství a rodinu se multidisciplinární přístup usadil jako běžný způsob práce. Zapojují se do něj a společně tak podporují rodinu, jak pracovníci tohoto zařízení tak i profesionálové z jiných organizací a institucí. Vytvářejí tím kolem rodiny síť zainteresovaných a podporujících subjektů. Všichni pracovníci tak získávají možnost nových náhledů na situaci v rodině a díky tomu mohou zacílit své služby ještě efektivněji. Podle slov psychologky Centra departementu pro dětství a rodinu se z kojeneckého ústavu po půlročním pobytu a intenzivní práci s rodiči, zhruba polovina dětí vrací zpět do své rodiny.



Pokud srovnáváme situaci v systému péče o ohrožené děti a jejich rodiny ve Francii a v České republice je vidět podstatně větší míra vzájemné komunikace mezi jednotlivými francouzskými instucemi. Ta se odráží na vzájemné spolupráci v rámci multidisciplinárních setkání a případových konferencí. A trůufám si tvrdit, že se zároveň odráží i na kvalitě poskytovaných služeb rodinám a v důsledku i na vývoji situace v konkrétní rodině. Ale je také obtížné si nevšimnout, jak široká je ve Francii škála odborníků zabývajících se pomocí ohroženým dětem a rodinám. Pracovníci se tak mohou specializovat na konkrétní činnost, pracovat s rodinou na úzeji vymezeném poli a zároveň vědět, že v ostatních oblastech podpoří rodinu jiný odborník, s nímž budou díky multidisciplinární spolupráci v kontaktu. Naproti tomu v České republice a zvláště pak mimo větší města omezená paleta odborníků, kteří by nabízeli služby rodinám, limituje možnosti a efektivitu podpory rodiny.

## **5.2 Velká Británie**

Velká Británie bývá v našich odborných kruzích citována především jako vzor systému náhradní rodinné péče. Jedná se ale o zemi s obecně rozvinutým systémem sociální péče. Stojí jistě za zmínku, že Spojené království podle Bjalkovského a Frühbauera (2000) nemá jednotný způsob organizace sociálních služeb a jejich legislativní úpravu. Toto se liší v jejích jednotlivých zemích, avšak všechny čtyři země mají formy poskytovaných sociálních služeb podobné. Sociální péče ve Spojeném království spadá pod Ministerstvo zdravotnictví (Department of Health).

Jednotlivé země Velké Británie někdy na ochranu dětí, práce s nimi a jejich vzdělávání vyčleňují speciální ministerstva. Například v letech 2007-2010 existovalo v Anglii Ministerstvo pro děti, školy a rodiny (The Department for Children, Schools and Families), jež bylo zodpovědné za služby pro děti a jejich vzdělávání. Podobnou zodpovědnost převzalo v květnu roku 2010 Ministerstvo školství (Department for Education).

V roce 1989 vyšel ve Velké Británii zákon o dětech (The Children Act), v němž již byly zmínky o spolupráci jednotlivých orgánů při ochraně dětí. V oddílu 27 tohoto zákona, který nese název „Spolupráce mezi orgány“ (Co-operation Between Authorities), je výčet osob, které může místní orgán žádat o pomoc a které by mu měly vyhovět, pokud je to v souladu s jejich závazky. O dva roky později, v roce 1991 vydalo Ministerstvo zdravotnictví dokument „Pracujme společně na základě zákona o dětech, 1989“ (Working

Together under the Children Act 1989). Jednalo se o průvodce pro úpravy meziagenturní spolupráce pro ochranu dětí před zneužíváním.

Zavedení týmové spolupráce do ochrany dětí bylo podle Novotného (2005) na tomto poli svým způsobem novinkou, avšak nepodařilo se to, co se pravděpodobně očekávalo. Vytvořily se sice specializované týmy odborníků, ale pouze v rámci jednotlivých resortů. Absence mezirezortní komunikace a spolupráce měla možná svůj podíl na tragických osudech několika dětí, jež v Británii zemřely i přesto, že systém péče o děti evidoval, že jsou v nouzi. Asi nejznámější je případ Victorie Climbié. Ta byla v roce 2000 ve svých osmi letech zavražděna svou tetou a jejím partnerem. Došlo k tomu i přesto, že byla od roku 1999 pod dozorem sociální pracovnice, byla několikrát hospitalizována a také zde již existovalo podezření, že jí partner její tety sexuálně zneužívá. I tento případ stál za vydáním dokumentu „Every Child Matters“, který byl jako tzv. Zelená kniha (Green Paper) vydán vládou Spojeného království roku 2003. V tomto dokumentu se, s odvoláním na případ tragické smrti Victorie Climbié a fakt, že s ní bylo v kontaktu několik sociálních služeb, které si ale společně neutvořily představu o její situaci, ustanovují dlouhodobé vize, jež by měly vést k časnějším intervencím a efektivnější ochraně dětí.

Těmito vizemi jsou:

- 1) **Zlepšení sdílení informací** mezi agenturami; zajištění, aby všechny místní orgány měly seznam dětí v jejich oblasti, seznam služeb, s kterými byly v kontaktu a kontaktní údaje důležitých profesionálů
- 2) **Stanovení společného hodnotícího rámce.** Vláda se posune ke společnému hodnotícímu rámci napříč službami pro všechny děti. Cílem je, aby podstatné informace doprovázely dítě mezi službami, aby se tak omezila duplikace.
- 3) **Identifikování vedoucích odborníků**, kteří se ujmou vedení nad každým případem, kde jsou děti známy pro více než jednu specializovanou agenturu
- 4) **Spojení odborníků** prostřednictvím multidisciplinárních týmů odpovědných za identifikaci ohrožených dětí a pracujících s dítětem a rodinou tak, aby byly zajištěny služby šité na míru jejich potřebám
- 5) **Umístění služeb** v okolí škol
- 6) **Zajištění účinné ochrany dětí**, tím, že její postupy budou zavedeny ve všech organizacích.

V roce 2004 byl vydán nový zákon o dětech (The Children Act 2004) a spolu s ním nový dokument „Every Child Matters: Change for children“. V tomto novém zákoně o dětech je již zakotvena povinnost vytvářet dohody, jež podpoří spolupráci mezi subjekty, které vykonávají nějaké činnosti ve vztahu k dětem. Dále v dubnu roku 2006 vydala vláda dokument s názvem „Pracujme společně k ochraně dětí“ (Working Together to Safeguard Children), který byl v roce 2010 nahrazen jeho revidovaným vydáním.

Dokument „Pracujme společně k ochraně dětí“ stanovuje, jakým způsobem by měly organizace a jednotlivci společně pracovat na zabezpečení a podpoře blaha dětí a mladých lidí právě v souladu s vydanými zákony o dětech. Také pojednává o rolích a odpovědnostech jednotlivých subjektů a zmiňuje Společný hodnotící rámec (Common Assessment Framework, CAF). To je nástroj, který umožňuje včasné a účinné hodnocení dětí a mladých lidí, jež potřebují podporu od více než jednoho subjektu. Dále se dokument zabývá školením, rozvojem a supervizí meziagenturní práce. Poměrně obsírně se věnuje návodu na spravování jednotlivých případů, u nichž existují obavy o bezpečí dítěte, dává pokyny ke sdílení informací, zdůrazňuje důležitost na dítě zaměřeného přístupu. Referuje také o tzv. rodinných skupinových konferencích (Family group conference, FGC), jako o rozhodovacích a plánovacích procesech, jimiž širší rodinná skupina vytvoří plány týkající se jejich dětí. Rodina je při nich tedy základní plánovací skupinou. Takovéto konference mohou být cenné v řadě okolností, kde je takovýto plán potřebný pro budoucí blaho dítěte.

Proces zavádění multidisciplinární spolupráce do systému péče o ohrožené děti není ve Velké Británii novinkou, probíhá svým způsobem již od vydání zákona o dětech v roce 1989. Stále větší propagování toho konceptu bylo, jak již bylo řečeno, zapříčiněno také případy selhání ochrany dětí, jež vedly k několika úmrtím britských dětí a jež poukázaly na absenci spolupráce mezi zainteresovanými organizacemi. Důležité na tomto poli jsou počiny vlády, která vydává průvodce a návody, jak tyto koncepty zavádět. Spolupráce mezi organizacemi, jež pracují s dítětem a rodinou, je často zmiňovaná v různých vládních dokumentech týkajících se ochrany dětí. V současné době vyústily tyto snahy k vydání dokumentu „Working Together to Safeguard Children“, jistě tím ale tento proces pro Velkou Británii nekončí.

### 5.3 Nizozemsko

V Nizozemsku došlo podle Bjalkovského a Frühbauera (2000) během období hospodářského růstu v letech 60tých a 70tých k rychlému rozvoji sociálních služeb. V těchto dobách prosperity státu státní výdaje na sociální služby nizozemskou společnost netrápily. V 80tých letech došlo k ústupu státní role v tomto sektoru ve prospěch rozvoje regionů a deinstitucionalizace. Dnes jsou za rozvoj místních sítí sociálních služeb odpovědná regionální zastupitelstva. V Nizozemsku je silná tradice nezávislých neziskových a církevních organizací působících na poli sociálních služeb. Tyto služby jsou finančně podporovány státem, provinciemi nebo obcemi a to někdy až stoprocentně. Došlo zde také k přechodu od modelu financování organizací s danými úkoly k modelu finančního podporování jednotlivých dílčích projektů.

Za plánování a koordinaci sociálních služeb v menších městech a obcích jsou podle Bjalkovského a Frühbauera (2000) zodpovědné jednotlivé nizozemské provincie, projevují se tak ale výrazné rozdíly mezi jednotlivými regiony. V oblasti sociální péče došlo k poklesu soudržnosti systému sociálních služeb. Některé služby se věnovaly do systému zdravotního nebo sociálního zabezpečení. Některé jiné služby byly upraveny speciálními právními předpisy. Funguje zde systém center sociální práce. Tato centra jsou určena všem občanům, jimž mohou poskytnout poradenství, materiální pomoc, mediaci atd. Kromě toho se také podílejí na projektech zacílených na konkrétní daný problém.

V Nizozemsku se pro děti a mladé lidi od narození do 24 let používá termín „youth“. Do této kategorie tak spadá téměř jedna třetina nizozemské populace. Politika mládeže je v Nizozemsku sice decentralizovaná, ale za její celkovou koordinaci nese odpovědnost Ministr pro mládež a rodiny (Ministry for Youth and Families), který byl ustanoven v roce 2007. Ten je zodpovědný za rodinovou politiku, místní politiky mládeže včetně zřízení center pro mládež a rodiny, ochranu mládeže a další. V roce 2007 vydalo jeho ministerstvo Program pro mládež a rodiny s názvem „Všechny příležitosti pro každé dítě“ (Every Opportunity for Every Child), který představuje nový směr nizozemské vlády v oblasti péče o děti a jejich rodiny. Jsou zde stanoveny tři programové strategie:

1. potvrzení přirozené úlohy rodiny při výchově dětí,
2. soustředění pozornosti na preventivní opatření časnějším identifikováním problémů a jejich účinnější řešení

3. neshovívavý přístup k nežádoucím situacím, trvání na převzetí zodpovědnosti všemi, ve chvíli, kdy se objeví známky, že dítě nebo rodina je v obtížích

Taktéž je zde popsán model spolupráce organizací pracujících s jednou rodinou. Ten je zde nazýván „Jedna rodina, jeden plán“ a je vyžadován v případech, kdy rodina přijímá pomoc zároveň od dvou a více organizací. Jakmile tedy začnou rodině poskytovat pomoc dvě a více organizací, musí se tyto organizace sejít a naplánovat společnou strategii, přičemž jedna organizace bude mít na starosti celkovou koordinaci. Díky tomu získají odborníci i členové rodiny jedno konkrétní kontaktní místo, jež bude mít obecný přehled o poskytované péči. Organizace zapojené do jednoho případu se budou navzájem informovat a nebudou od rodiny požadovat vyplňování žádných dalších příjmových formulářů, dotazníků atd. Pokud bude potřeba, pomoc by měla za rodinami a dětmi přijít.

V Nizozemsku je v současnosti budována síť Center pro rodiny a mládež. Jejich hlavní činností je vylepšování, propojování a posilování již dostupné podpory dospívání dětí a rodičovství. První centra začala vznikat v roce 2008. Cílem je, aby v roce 2011 měly všechny obce nejméně jedno takovéto centrum. Podle zákona by všechna měla poskytovat prevenci, poradenství a podporu. Koncept těchto center stojí na třech základních principech: snadno dostupné, rozpoznatelné a blízké domova. Kombinuje se v nich plnění úkolů a funkcí v oblasti zdravotnictví, růstu a vzdělávání na místní úrovni.

V nizozemské legislativě neexistuje zatím zákon, který by zahrnoval všechny otázky týkající se dětí a mladých lidí. Avšak dva zákony jsou pro tuto oblast stěžejní: zákon o péči o mládež (The Youth Care Act) a zákon o sociální podpoře (The Social Support Act).

## **6. Metodika výzkumu**

V následujícím textu představuji metodiku kvalitativního výzkumného šetření zabývajícího se využíváním multidisciplinární spolupráce při sanaci rodiny v jednotlivých organizacích v České republice. Nejprve popisuji účel šetření a jednotlivé výzkumné otázky, jež se snažím šetřením zodpovědět. Následně se věnuji výběru subjektů (organizací) zařazených do tohoto šetření. A konečně pak metodě sběru dat. Výsledky výzkumu prezentuji v následující kapitole.

### **6.1 Účel šetření**

Účelem toho výzkumného šetření je:

Popsat okolnosti zavedení multidisciplinarity a porovnat procesy sanace rodiny s využitím multidisciplinární spolupráce v jednotlivých organizacích v ČR.

Zjistit, jak jednotlivé organizace využívání multidisciplinarity hodnotí.

### **6.2 Výzkumné otázky**

Stanovila jsem si 4 výzkumné otázky, jejichž zodpovězením se zabývám v kapitole následující. Výzkumnými otázkami pro toto šetření jsou otázky:

- 1) Jaké byly okolnosti zavedení multidisciplinární spolupráce do praxe v jednotlivých organizacích?
- 2) Jakou roli a podobu má multidisciplinární spolupráce v procesu sanace rodin v jednotlivých organizacích?
- 3) Jak sanace rodin s využitím multidisciplinárního týmu probíhá?
- 4) Jak jednotlivé organizace hodnotí využívání multidisciplinární spolupráce?

### **6.3 Výběr subjektů (organizací) zařazených do výzkumného šetření**

Do toho šetření jsem zahrnula organizace, jež na webových stránkách prezentují, že provádí sanaci (podporu) rodin s využitím multidisciplinarity. Cílovou skupinou těchto organizací jsou především biologické (původní) rodiny. Snažila jsem se do výzkumu zahrnout všechny organizace v České republice, jež splňují výše definovaná kritéria. Jsem si ale vědoma skutečnosti, že se mi nemuselo podařit všechny takové organizace nalézt a že tedy výběr není úplně kompletní. Celkově jsem oslovila 7 organizací se sídly v České republice.

Všechny subjekty jsem nejprve oslovila emailem. Pokud mi od některé organizace nepřišla odpověď, kontaktovala jsem ji telefonicky. Ve výsledku se podařilo do šetření zahrnout všech 7 oslovených organizací a provést s nimi výzkumné rozhovory. Většina jich souhlasila s uvedením pod jménem organizace. Dvě z nich požadovaly dodání textu k autorizaci před použitím v mé práci a jedna organizace si přála zůstat v textu v anonymitě, označuji jí tedy písmenem „X“. Všech sedm organizací má pověření k sociálně-právní ochraně dětí. V následující části subjekty krátce představím.

### **6.3.1 Amalthea**

Amalthea je občanské sdružení se sídlem v Pardubicích mající pobočky ve 4 městech Pardubického kraje. *„Posláním o.s. Amalthea je podpora rodiny jako jedinečného prostředí pro naplňování potřeb dítěte prostřednictvím poskytování sociálních služeb a dalších odborných a společenských aktivit.“* Jednou z aktivit tohoto sdružení je program Sanace rodiny, který v organizaci vznikl před dvěma lety. Jeho personální zajištění tvoří v současnosti kromě vedoucí programu 4 sociální pracovníci. Aktuálně se v programu nachází 30 klientských rodin. Výzkumný rozhovor byl proveden s vedoucí programu Sanace rodiny.

### **6.3.2 Centrum podpory rodiny- Diakonie Rokycany**

Centrum podpory rodiny je jednou ze služeb rokycanského střediska Diakonie. Své poslání definuje takto: *„Sociálně aktivizačními službami Centra podporujeme ohrožené rodiny s dětmi tak, aby žily spokojeným životem.“* Centrum funguje od roku 2007 a jeho personální zajištění tvoří 3 sociální terapeuti (zanedlouho přiberou ještě jednoho pracovníka). Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi do 18ti let z Rokycanska a Plzeňska. V současnosti je v programu 32 klientů. Výzkumný rozhovor byl proveden s vedoucí Centra podpory rodiny.

### **6.3.3 Dům tří přání**

Dům tří přání je občanské sdružení se sídlem v Praze založené v roce 2001. Posláním této organizace je *„všestranná pomoc dětem a jejich rodinám v nouzi s cílem umožnit jim bezpečný vývoj v jejich původní rodině“*. V současnosti provozují Azylový dům Přemysla Pittra pro děti a od roku 2006 i Ambulantní a terénní centrum (tento název nese až od roku 2009). V Ambulantním a terénním centru mají do přímé péče 3 celé pracovní úvazky. Téměř s každou rodinou pracují 2 pracovnice, kdy jedna z nich je klíčovou pracovnící rodiny. Celkově se zde pracuje s přibližně 30 klientskými rodinami s tím, že kapacita na jednu pracovníci je

zhruba 15-20 rodin. Výzkumný rozhovor byl proveden s vedoucí Ambulantního a terénního centra.

#### **6.3.4 Salinger**

Toto občanské sdružení nacházející se v Hradci Králové vzniklo roku 1997. Od roku 2004 zde funguje program Sanace rodiny v rámci služby Triangl. Program personálně zajišťuje 8 pracovníků. Jedná se jak o sociální pracovníky, tak psychology a psychoterapeuty. V současnosti je v programu 120 klientů - jednotlivců, což je asi 55 rodin. Výzkumný rozhovor byl proveden s vedoucím služby.

#### **6.3.5. Střep**

Střep s podtitulem České centrum pro sanaci rodiny je občanské sdružení se středisky v Praze, Berouně a Kladně. První středisko bylo otevřeno v roce 1997. V současnosti v celé organizaci pracuje 10 pracovníků. K čemu jejich práce směřuje, definují na svých stránkách takto: „*Cílem je zabránit odebrání dítěte z rodiny, nebo umožnit jeho návrat zpět domů ze zařízení pro výkon ústavní výchovy či z jiných typů rezidenčních služeb.*“ Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi od narození do 15ti let věku. Maximální kapacita jednoho pracovníka je 10 rodin. V současnosti všechny jeho střediska pracují celkově s 67 klientskými rodinami. Výzkumný rozhovor byl proveden přímo s ředitelkou organizace.

#### **6.3.6 Útočiště**

Útočiště je obecně prospěšnou společností sídlící v Chebu. Jedním z jejích projektů fungujícím od roku 2006 je Sanace rodiny. Jeho posláním je: „*Útočiště nabízí pomoc, podporu a doprovázení dětem a jejich rodinám z Chebu a blízkého okolí, které se ocitli v nepříznivé situaci.*“ Personálně projekt zajišťují 3 pracovnice. Část úvazku těchto pracovnic je realizován i v Nízkoprahovém klubu Útočiště. Kapacita projektu je 16 klientských rodin. V současnosti mají 9 rodin s podepsanou smlouvou a k tomu další rozjednané. Výzkumný rozhovor byl proveden s vedoucí pracovnící.

#### **6.3.7. Organizace X**

Tato organizace si přála vystupovat v této zprávě anonymně. Jedná se o občanské sdružení, jehož jednou z činností je od roku 2009 i podpora rodiny. Ta je vykonávána na třech jejích pracovištích ve třech různých městech. Celkově jí provádí 6 pracovníků a jedna vedoucí. Na jednu pracovníci připadá 15 klientů - jednotlivců, což jsou zhruba 4 rodiny.



Celkově pracují průměrně asi s 26ti rodinami. Výzkumný rozhovor byl proveden s vedoucí pracovnící.

#### **6.4 Metoda sběru dat**

Ke sběru dat jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů, protože ta je, dle mého mínění, pro daný účel šetření nejlepší možností. Struktura rozhovoru je přiložena na konci práce v Příloze a jako taková byla u všech rozhovorů stejná. Ve všech případech byly rozhovory provedeny s vedoucími pracovníky či pracovníci přímo v prostorách organizací. Sběr dat se uskutečnil v průběhu července roku 2010. Odpovědi pracovníků na mnou kladené otázky jsem zapisovala ručně.

## 7. Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole představuji výsledky výzkumného šetření, jehož metodiku jsem popsala v předchozí kapitole. Výsledky jsou předkládány prostřednictvím zodpovězení jednotlivých výzkumných otázek. Pro přehlednost odpovědi na jednotlivé otázky ještě člením do dalších podkapitol. V každé podkapitole nejprve krátce shrnuji odpovědi všech organizací a následně se každé organizaci jednotlivě popořadě věnuji. Delší názvy organizací a institucí a některé čteně využívané termíny nahrazuji zkratkami. Jedná se o Dům tří přání (D3P), Diakonii Rokycany - Centrum podpory rodiny (CPR), oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), probační a mediační službu (PMS), pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP), termíny případová konference (PK), multidisciplinární tým (MDT) a multidisciplinární spolupráce (MDS).

### 7.1 Okolnosti zavedení multidisciplinární spolupráce

V této podkapitole zodpovídám první výzkumnou otázku:

*Jaké byly okolnosti zavedení multidisciplinární spolupráce do praxe v jednotlivých organizacích?*

#### 7.1.1 Počátky využívání multidisciplinární spolupráce a důvody k ní

Doba, kdy se MDS začala využívat, se v oslovených organizacích liší. První organizací takto pracující byl Střep, další organizace se průběžně přidávaly. V některých je využívání MDS jen rok starou záležitostí. Důvody k započetí využívání toho způsobu práce byly v těchto organizacích především potřeba spolupráce a zefektivnění práce.

V o.s. Amalthea využívají PK a Case management od začátku programu Sanace rodiny. Jako důvod, proč MDS začali využívat, uvádějí, že bez spolupráce to nejde. PK Amalthea představovala OSPOD a dnes je již OSPOD někdy přímo vede. CPR začalo MDS využívat zhruba před rokem a to s příchodem nové vedoucí. Stalo se tak proto, aby se pomoc rodině zefektivnila. Díky spolupráci dělá každý to, co umí nejlíp. Také je potřeba dohodnout se na společném postupu, společném směru. V D3P se s OSPOD konkrétních klientských rodin spolupracovalo vždy již od počátku fungování Ambulantního a terénního centra. D3P byl přizván k PK pořádaným o.s. Rozum a cit ve Středočeském kraji, jako organizace, jenž by s danými rodinami mohl pracovat. Důvodem proč D3P chtěl využívat pořádání PK u svých

klientů je, že se dle slov vedoucí bez tohoto setkání trochu vytrácí smysl práce - chybí jednotný postup různých odborníků a sdílený plán, kam má spolupráce směřovat. Díky PK si pracovníci D3P také mohou ověřit, zda jsou oni - jako organizace - opravdu těmi, kdo v dané situaci může nejlépe pomoci.

V Salingeru MDS využívají od vzniku programu, důvodem je také potřeba skloubit zakázku OSPOD a zakázku rodiny. Střep, který k tomu byl i metodicky veden Open society institute New York, užívá MDS od počátku fungování organizace. V té době byli v podstatě první, kteří takto u nás pracovali. Útočiště používá PK od roku 2007. Počátek tohoto způsobu práce zde je nutno hledat již v roce 2005. V tomto roce, poté co se v médiích objevovaly zprávy o dětské prostituci v Chebu, vznikl tým MDT EGER, který měl problém řešit. Později se zájem zevšeobecnil a v roce 2007 se začaly pořádat PK, které mají většinu členů stabilních a jež řeší případy různých rodin. Kromě toho funguje v Chebu tým pro mládež, který řeší spíše obecnější problémy. Co se týče využívání MDS organizací X, tak zde se situace liší podle jednotlivých měst, kde má své pracoviště. V jednom městě PK fungují od roku 2009, v druhém od začátku letošního roku. Stalo se tak proto, že OSPOD začal projevovat iniciativu a i on PK vede. Naopak ve třetím městě se stále nedaří MDS navázat.

### **7.1.2 Reakce oslovených odborníků**

Organizace se na počátku musely často vypořádávat s nízkou informovaností ostatních odborníků o MDS a PK. Střep, jelikož začínal již před 13ti lety, se potýkal také s neexistencí zákona. Dvě organizace měly problém s účastí lékařů a pracovníků škol. K ochotě OSPOD k pořádání PK pomohlo také metodické doporučení MPSV. Reakce jednotlivých oslovených organizací a institucí se ale v jednotlivých oblastech ČR liší.

Amalthea má zkušenost, že z počátku pracovníci OSPOD nevěděli, co PK jsou. Chtěli PK bez klientů a tak museli pracovníci o.s.Amalthea především hodně vysvětlovat a přesvědčit OSPOD o přítomnosti klientů na PK a také přesvědčit některé školy a lékaře o účasti na nich. V CPR vnímají reakce oslovených organizací a institucí jako dobré, někdy dokonce až úlevné (středisko výchovné péče). Problém pociťují jen u lékařů a učitelů, vnímají, že k nim oni mají nerovný postoj. D3P zpočátku vnímal neochotu OSPOD k multidisciplinárním setkáním, ale poté, co MPSV na začátku roku 2010 vydalo metodické doporučení pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při PK, začaly pracovnice OSPOD

více slyšet na výzvy k multidisciplinárním setkáním. V D3P mají zkušenost, že nadpoloviční většina oslovených a zvaných odborníků považuje PK za dobrou věc a zhruba tak polovina jich dorazí. Někteří, kteří nepřijdou, alespoň pošlou OSPOD zprávu. Vedoucí v D3P vnímá, že obvykle si čas udělají spíše pracovníci organizací než samostatně pracující odborníci a tak přemýšlí, že by možná pomohlo, kdyby byli samostatní odborníci nějak finančně kompenzováni za ušlý zisk, pak by jich možná na PK doráželo více.

Salinger má zkušenost, že spolupráce s ostatními subjekty (institucemi a organizacemi) není vždy hladká a to např. s výchovnými a diagnostickými ústavy. Naproti tomu s odborníky typu speciálních pedagogů je spolupráce dobrá. Každý rok mají společný třídní výjezd, kterého se kromě pracovníků Salingeru a sociálních pracovníků OSPOD účastní také např. soudci. Díky tomu se mohou lépe navázat i neformální vztahy mezi těmito pracovníky. Zkušenosti Střepu jsou takové, že ze začátku byly reakce oslovených odmítavé, a to kvůli neinformovanosti. Jako bariéry MDS vnímali, také předsudky a neexistenci zákona, který by se tímto zabýval. Museli tedy prošlapávat ještě neprošlapané cesty. Ani pracovníci OSPOD zpočátku nechápali a měli pocit, že jim berou práci.

Naopak Útočiště, díky tomu, že již existoval zmiňovaný tým EGER, se setkala s velkou ochotou ke spolupráci. Ve městě, kde má organizace X problém navázat MDS, o to podle slov vedoucí nemají radní zájem a školy mají pocit, že by jim tak viděli pod pokličku. Vedoucí konstatuje, že tento přístup se pak odráží na klientských rodinách.

### **7.1.3 Inspirace multidisciplinární spolupráce**

Inspirace k MDS pochází v několika organizacích od sdružení Střep. Střep sám čerpal z Open society institute New York, jímž byl metodicky veden. Některé další organizace čerpaly inspiraci také ze zahraničí.

Pracovnice o.s. Amalthea si nevzpomíná, odkud přesně pocházela inspirace k jejich způsobu práce, ale říká, že to bylo určitě ze zahraničí. CPR je pod metodickým vedením Střepu. A také vycházelo z požadavků ostatních organizací či institucí. D3P využívá možnosti projektu o.s. Střep na vedení PK, díky němuž mohou získat na konkrétní PK odborníka na její vedení. Salingeru posloužily jako inspirace ke způsobu práce v jejich programu Sanace rodiny zkušenosti občanského sdružení Střep a myšlenky Virginie Satirové. Střep, jak již bylo

řečeno, čerpal z Open society institute New York. K pořádání PK, jichž se účastní Útočiště, získala know-how vedoucí PMS z Anglie.

## **7.2 Role a podoba multidisciplinární spolupráce**

Následující text se pokouší zodpovědět druhou výzkumnou otázku, která zní:

*Jakou roli a podobu má multidisciplinární spolupráce v procesu sanace rodin v jednotlivých organizacích?*

### **7.2.1 Indikace multidisciplinární spolupráce**

Dvě ze sedmi oslovených organizací využívají MDS u všech svých klientů. Další jí využívají podle potřeby a to například u složitějších případů či u klientů u nichž vidí reálnou možnost změny. Některé organizace klienty k PK pečlivě vybírají.

Amalthea využívá MDS u všech svých klientů. CPR využívají MDS vždy u tzv. „multiproblémových rodin“. Alespoň s OSPOD a školou spolupracují téměř u všech rodin. D3P nevyužívá MDS formou PK paušálně u všech klientů, spíše u složitějších případů. S pracovníky OSPOD spolupracují vždy. PK proběhnou zhruba tak u 60-70% klientů. Salinger spolupracuje s pracovníky OSPOD v případech všech klientských rodin. S dalšími subjekty a příslušníky širší rodiny se spolupráce navazuje podle průběhu sanace rodiny.

Střep využívá MDS u všech rodin, které jsou v jejich sociálně aktivizačních službách. Princip multidisciplinarity je zakotven i v samotné smlouvě. Útočiště může dát podnět, aby jejich klient byl na velké PK konané v Chebu pozván. Necítí ale potřebu činit tak u všech svých klientů. PK jsou zaměřeny na děti s výchovnými problémy. Klienti, kteří budou pozváni, se pečlivě vybírají, protože je PK náročná. Upřednostňují mladší klienty, u nichž nejsou dlouhodobé výchovné problémy, PK by měla mít spíše preventivní charakter. V organizaci X k MDS vytipovávají nejvhodnější klienty tedy ty, u nichž je reálná možnost změny.

### **7.2.2 Dlouhodobost multidisciplinární spolupráce**

U čtyř oslovených organizací se jedná o dlouhodobou MDS. U PK ke klientům dvou z oslovených organizací platí pravidlo „3krát a dost“ - u jedné klientské rodiny se PK opakuje maximálně 2krát. U poslední organizace se neopakuje PK ve všech případech.

U klientů o.s. Amalthea pracuje MDT dlouhodobě, PK se konají minimálně 2x do roka. V CPR se jedná také spíše o dlouhodobou spolupráci. Pokud není tolik potřeba, pořádá se PK

třeba 2-3 do roka, mezi setkáními se informují. V případech klientů D3P se ne vždy PK k jedné rodině opakuje, někdy se například právě díky výstupům z PK práce D3P ukončuje. U Salingeru se jedná o dlouhodobou MDS. Ve Střepu je snaha o to, aby byla MDS dlouhodobá, podle paní ředitelky nemá 1 PK smysl, jakmile někdo uhne ze společného směru, hned je to poznat. PK, kterých se Útočiště účastní, se mohou opakovat a sejít se tak k jednomu klientovi celkově maximálně 3krát. Samospráva tyto PK částečně financuje. Její stabilní členové mají k PK supervizi i vzdělávání. Stejně tak ke klientům organizace X se PK mohou pořádat 3krát.

### **7.2.3 Členové multidisciplinárního týmu**

Členy MDT, příp. účastníky PK jsou obvykle pracovníce OSPOD, pracovníci z jednotlivých organizací, lékaři, pracovníci škol, dále někdy pracovníci policie, PMS a další. Problém s účastí je nejčastěji jmenován u lékařů. U některých organizací se PK účastní i ti, co s rodinou (ještě) nepracují. Rodiče bývají na PK zvaní, v některých případech ale jen na její konec. Účast dítěte je také různá organizaci od organizace. Někde jsou děti zvány vždy, jinde záleží na tématu PK, složení účastníků či věku dítěte. U jedné organizace se děti PK neúčastní.

PK u klientů o.s. Amalthea se obvykle účastní sociální pracovníce OSPOD, pracovníci o.s. Amalthea, pracovníci škol a PPP, lékaři, pracovníci nízkoprahových klubů, psychologové a již i pracovníci PMS. Klienti se PK účastní, někdy se ale dostaví jen na její závěr. Účast dítěte je dána jeho věkem a typem záležitosti, jenž se na PK řeší. Dostavují se obvykle všichni pozvaní účastníci, občas je problém jen s účastí lékařů. Složení účastníků PK se může během konference měnit.

U klientů CPR se PK účastní pracovníci OSPOD, pediatři a ostatní lékaři, pracovníci škol, speciálně pedagogických center, středisek výchovné péče a dětských domovů, poradenští pracovníci a pracovníci z neziskového sektoru. Někdy je problém u pracovníků škol a lékařů, stává se, že nemají moc chuť a čas účastnit se PK. Tak pracovníce CPR tyto osoby navštíví a napíše zprávu. Lékaři se také někdy bojí mluvit o klientových zdravotních záležitostech a to i přesto, že k tomu mají schválení od samotného klienta. Na PK nejsou zvaní ti odborníci, jichž se problém na PK řešený netýká. Rodina je zvána vždy. V situacích, kdy není dobré, aby klienti slyšeli vše, se někdy odborníci sejdou třeba o půl hodiny dříve, aby klienty

nedegradovali nepříjemnými fakty. Starší děti jsou zvány, pokud se jich téma PK týká. Na PK jsou zváni také členové širší rodiny (babička, dědeček).

Na PK klientů D3P jsou účastníky obvykle ti, jež s rodinou již pracovali nebo by mohli pracovat. Jedná se o pracovnice OSPOD, spolupracující organizace (nejčastěji Dětské krizové centrum, o.s. Střep, Lata, Pět P) dále psychology, psychoterapeuty, psychiatry, rodinné poradny a pracovníky škol: třídní učitele, někdy i ředitele či školní psycholožku. Zváni bývají také pediatři, ale obvykle nedorazí, pošlou zprávu. Soudci se někdy obávají nařčení z podjatosti, ale občas se povede, že se na PK dostaví soudní znalci. Účast rodičů na multidisciplinárních setkáních není jasně daná. Vedoucí si myslí, že často by rodina měla dostat jednotné odborné stanovisko a vzhledem k tomu, že odborníci se někdy neshodují a potřebují si nejprve společně vyjasnit názory, nejběžnější variantou je, že se rodiče dostaví jen na konec setkání. Děti se PK neúčastní.

U klientů Salingeru jsou obvykle členy MDT: pracovníci sdružení Salinger, sociální pracovnice OSPOD, zástupci škol (učitelé, školní psychologové), pracovníci PMS, zástupci policie. Dále lékaři, kteří se účastní širších schůzek týmu, ale spolupráce s nimi je asi nejsložitější a v některých případech se setkání MDT účastní také člen samosprávy (starosta). Z rodiny se multidisciplinárních setkání účastní rodiče či rodič sám. V případech užší spolupráce, kde jsou na setkání přítomni jen ti, co s rodinou opravdu pracují, se účastní i dítě. Společná setkání se někdy konají i přímo v rodině. PMS organizuje ještě setkání týmu pro mládež, čehož se účastní pracovník PMS, pracovnice OSPOD, soudci a státní zástupci. I na těchto setkáních se řeší konkrétní klienti.

Členy MDT u klientů Střepu jsou pracovníci OSPOD, kurátoři mládeže, někdy i sociální pracovnice vyplácející dávky, pracovníci škol, nestátních neziskových organizací, pokud s rodinou pracují, pracovníci Střepu, soudci, pediatři a pracovníci policie. Pokud dítě pobývá v zařízení pro výkon ústavní výchovy, je členem týmu kmenový pracovník z dětského domova, případně i jeho ředitel, psycholog atd. Na setkání MDT nejsou zváni ti, co s rodinou nepracují. U pediatrů, někdy soudců a členů policie se stává, že jsou na setkání zváni, ale nedorazí. Ne vždy se setkání účastní rodina. Musí se rozhodnout, zda se účastnit chce. Podle ředitelky Střepu by jí někdy mohla účast na setkání ublížit - když třeba 20 minut slyší o tom,

co se jí nedaří, pak není motivována něco dělat. Nejefektivnější je podle ní pozvat rodinu na posledních 20 minut setkání.

Na PK, jichž se účastní Útočiště a jež mají své stabilní členy, se scházejí: vedoucí OSPOD (ta to má přímo ve své náplni práce), kurátor mládeže, pracovník Služby kriminální policie zabývající se mládeží, jeden pracovník Útočiště (ten, co s rodinou pracuje), pracovnice PPP (jedná se o stabilní členku, tedy ne vždy je to ta, co s rodinou přímo pracuje) a pracovník PMS. Nestabilní členem je pracovník školy (mění se podle školy dítěte) - třídní učitel, výchovný poradce. Rodiče i dítě jsou na PK zváni vždy. Účastníci PK se sejdou již před samotnou konferencí a mluví o situaci rodiny, rodina sama dorazí až na konferenci.

Setkání MDT ohledně klientů organizace X se účastní v jednom městě: pracovník Městské policie a Policie ČR, pracovnice OSPOD, kurátor a zástupce prevence kriminality. V druhém městě, kde se MDT využívají, jsou účastníci stejní až na zástupce prevence kriminality, ten není členem týmů, naopak navíc se účastní pracovník PMS. Dále zde probíhají setkání case managementu, těch se účastní pracovníci škol, výchovní poradci a pracovníci organizace X. Rodiče se jak setkání MDT, tak case managementu také účastní. Jen ve třetím městě je problém pro taková setkání získat např. zástupce škol a policie.

#### **7.2.4 Role v multidisciplinárním týmu**

Na PK u některých organizací jsou jasně vymezené role, především role toho, kdo PK vede. Bývá to pracovník z dané organizace nebo pracovnice OSPOD, dále pracovníci z jiné organizace či instituce. V některých organizacích záleží na okolnostech či na dohodě. Kromě vedoucího jsou u některých MDS vymezeny role koordinátora, moderátora, zapisovatele či podporovatele.

PK u klientů o.s.Amalthea se dají rozdělit na dva typy. Menší PK, jichž se účastní pracovnice OSPOD, pracovníci o.s.Amalthea a klient, vede klíčový pracovník z o.s.Amalthea. Větších PK se účastní 2 pracovníci o.s.Amalthea, kdy jeden PK vede a druhý je v roli podporovatele rodiny. Některé PK vedou pracovníci o.s.Amalthea a pracovnice OSPOD je organizuje, některé již přímo vedou pracovnice OSPOD. PK klientů CPR vždy vede ten, na němž se společně účastníci dohodnou. Odvíjí se to také podle toho, koho klient oslovil. CPR je koordinátorem PK. Zapisovatelem může být pracovník z CPR, pokud jsou na PK přítomni



2, pak druhý má roli „podporovatele“ (v případě potřeby se například může jít s matkou projít).

V D3P se odvíjí vymezení rolí během PK na okolnostech. PK může vést vedoucí OSPOD, pracovnice Střepu, pracovnice D3P, která s rodinou nepracuje atd. Co se týče organizace Salinger, tak zde pokud není potřeba formalizovaný přístup během PK, vedoucí služby jedná raději podle konkrétní situace. Podle toho, kdo ji svolává, jsou poté určeny případné role během PK, také se z ní dělá zápis.

Při setkáních MDT u klientů Střepu jsou svolavateli těchto setkání pracovníci Střepu, moderátorem je jejich pracovník, který není do případu zaangażovaný. Koordinátorem je OSPOD a iniciátorem někdy bývá Magistrát hl. m. Prahy. PK, jichž se účastní Útočiště, moderuje a koordinuje vedoucí PMS. Rodinu informuje vždy jen jeden z týmu. PK trvá zhruba 1,5 hodiny. Na multidisciplinárních setkáních konaných ohledně klientů organizace X nejsou vymezeny role. Setkání vede pracovnice OSPOD nebo pracovníci z organizace X.

### **7.3 Průběh sanace rodiny**

V následujícím textu se zabývám odpovědí na třetí výzkumnou otázku:

*Jak sanace rodin s využitím multidisciplinárního týmu probíhá?*

#### **7.3.1 Kontraindikace**

Kontraindikací k využívání služeb je ve většině oslovených organizací neléčená závislost, v některých případech i neléčené duševní onemocnění. Jako bariéra ke vstupu do služeb je u některých organizací také kruté zacházení v rodině.

Kontraindikací k využívání služeb o.s.Amalthea jsou závislosti, ale nestriktně - klienti nesmí být pod vlivem během konzultací. Také se někdy pracovníci při mapování rozhodnou, že klienta do služby nevezmou například z důvodu, že u dítěte umístěného v ústavní výchově si nemyslí, že by bylo vhodné, aby se vrátilo do své rodiny. CPR předává klienty do jiné služby, pokud je prokázané týrání dítěte. Kontraindikací je zde závislost, která by bránila přijímat službu. Kontraindikací k využívání služeb D3P je významná neochota spolupracovat, závislost na straně dítěte a také když dítě potřebuje spíše dlouhodobou terapii - v takovém případě může být provedeno například jen mapování a práce v D3P tím končí.

V Salingeru je kontraindikací neléčená závislost, neléčené duševní onemocnění a také nedořešené týrání dětí. Střep nevezme do svých služeb rodinu, pokud je její dítě starší 15ti let

a také pokud mu nehrozí umístění do ústavní výchovy. Dále rodinu, kde dochází ke zvlášť krutému zacházení či která se nezdržuje v působnosti organizace. Útočiště má kontraindikací závislost, pokud ji klient nechce léčit. Stejně tak neléčené duševní onemocnění. Dále je bariérou k využívání služeb, pokud klienti nechtěli, aby práce probíhala v jejich domácnosti a také pokud u nich dochází k zvlášť krutému zacházení. U organizace X je kontraindikací také závislost, pokud ji klient léčit nechce.

### **7.3.2 Napojení klienta na službu**

Do všech oslovených organizací se klienti dostávají na prvním místě od sociálních pracovníků OSPOD. Někteří přichází i sami, z terénu, či na doporučení známých, jiných klientů. Dalším rodinám službu doporučí jiná organizace či instituce.

Většina klientů se do služeb o.s.Amalthea dostává přes OSPOD-asi 80%. Někteří přichází sami, či je jim služba doporučena jinou organizací. Do služeb CPR se také většina klientů dostává přes OSPOD, někdy přichází klienti i na doporučení jiného klienta. Do D3P se klienti dostávají opět většinou přes OSPOD. V některých případech i přes linku důvěry nebo jiné krizové pracoviště či díky referencím od známých. Do programu Salingeru se klienti dostávají většinou na doporučení OSPOD, dále pak z terénu. Do služeb Střepu klienti přicházejí od OSPOD, přes opatrovnické senáty-soudy, kurátory, spolupracující org. a některé dětské domovy. Z terénu přicházejí málokdy. Ke službám Útočiště se klienti dostávají také přes OSPOD, dále pak z PK, pokud již v době PK nejsou klienty Útočiště. Někdy přicházejí i sami, či na doporučení (např. školy). Do služeb organizace X klienti opět přicházejí od OSPOD, dále od škol, PMS, speciálně pedagogického centra a střediska výchovné péče.

### **7.3.3 Struktura průběhu sanace rodiny**

Průběh sanace rodiny má v organizacích určitou danou strukturu, určité fáze, to se ale obvykle přizpůsobuje konkrétní situaci klientů. V některých organizacích stojí na počátku fáze tzv. mapování či kontraktování, která trvá zhruba po 4 setkání s klienty. Smlouva se uzavírá ve třech organizacích na dobu jednoho roku, v dalších na 3 nebo 6 měsíců. Obvykle je možné smlouvu prodloužit. Celková průměrná délka sanace u jedné rodiny je u organizací různá, pohybuje se od několika měsíců až po 1-2 roky. Ve většině organizací se jedná o terénní službu probíhající v přirozeném prostředí rodiny.

V o.s.Amalthea stojí na počátku fáze mapování potřeb (asi 3-5 schůzek). Na základě mapování pak proběhne PK a dále 1 x za půl roku dochází k vyhodnocování. Klienti na počátku spolupráce podepisují souhlas s evidencí a s předáváním informací. S klienty se uzavře ústní smlouva, jež je po asi 5 setkáních převedena do smlouvy písemné. Ta se uzavírá většinou na 1 rok. Pokud je po uplynutí této doby důvod je možné smlouvu prodloužit. Rodiny ve službě zůstávají průměrně rok. Vždy se hodnotí důvody, proč je potřeba rodinu dále sanovat. Jedná se o terénní službu, která tedy probíhá v domácnostech klientů. 1. schůzka pracovníků o.s.Amalthea proběhne v rodině za účasti pracovnice OSPOD. Ta řekne před rodinou nahlas, co je její zakázka směrem k rodině. Schůzky s klienty probíhají 1 x týdně, poté podle potřeb klientů 1 x za 14 dní. Ke konci spolupráce třeba jen po 1 měsíci.

CPR má na počátku spolupráce fázi tzv. kontraktování (první 4 setkání). Pokud dojde k dohodě, zhodnotí se situace klienta a sepíše se s ním smlouva s cílem spolupráce, zakázka OSPOD se uvádí až v plánu práce. Smlouva se uzavírá na dobu určitou a to většinou na 1 rok. Celkově trvá práce s jednou rodinou průměrně 12-18 měsíců. Služba je převážně terénní, probíhá v domácnostech, někdy klienti dochází do ambulance. Frekvence schůzek se odvíjí od typu klienta, minimálně probíhá 1x za měsíc, maximálně 3x týdně. Během práce s rodinou využívají i projekční techniky, které jsou vybírány konkrétní rodině na míru.

V D3P stojí na počátku fáze mapování, ta probíhá zhruba 2-3 měsíce (4 setkání), někdy je i delší. Během mapování jsou na schůzky přizváni i další členové rodiny. Po této fázi proběhne vyhodnocovací schůzka s pracovníkem OSPOD, po níž následuje zpravidla jedna ze tří možných akcí: podepsání kontraktu s rodinou o dlouhodobější spolupráci, uspořádání PK nebo ukončení spolupráce, kdy je rodina předána k jiné organizaci nebo je fáze mapování pro rodinu dostačující a další intervence není potřeba. Zakázka se stanovuje v kontraktu, pro rodinu je zde na výběr několik možných oblastí zakázky, ale pracovnice rodinu také vybízí, aby si cíl spolupráce formulovala sama. Kontrakt se uzavírá na časově omezenou dobu a to obvykle na tři měsíce. Po této době následuje vyhodnocovací schůzka s pracovníkem OSPOD. S rodinami, které podepsaly kontrakt, se pracuje průměrně 6 měsíců. V současnosti v D3P výrazně převažuje ambulantní způsob práce nad terénním (stalo se tak po personální změně v organizaci a také kvůli financím). V budoucnu by rádi každou klientskou rodinu alespoň jednou navštívili v jejím domácím prostředí. Schůzky s klienty se konají podle

potřeby, nejčastěji 1x za 14 dní a mohou být jak oddělené (jen s některými členy rodiny), tak společné.

Počátek spolupráce s klienty v Salingeru vypadá obvykle tak, že pracovníky ohledně svého klienta osloví pracovnice OSPOD. Pokud se tak stane, sejde se pracovník Salingeru s ní a následně i s rodinou samou. Pracovník rodině představí služby programu Sanace rodiny za účasti pracovnice OSPOD. Dalších schůzek se pak mohou účastnit podle uvážení i další odborníci. Práce s rodinou se ještě může rozdělit do individuální práce s jednotlivci. S klienty se podepisuje smlouva, jež se uzavírá na 1 rok, průběžně se s klienty vyhodnocuje a následně je možné ji prodloužit. Dále se tvoří se individuální plány a stanovuje zakázka. Ta se během procesu mění. Pracuje se ve dvojici, většinou práce probíhá v přirozeném prostředí rodiny - v domácnostech klientů, ve škole atd. Ale záleží na potřebě v konkrétních situacích. Schůzky s rodinou se konají podle potřeby, 1x za 14 dní, u složitějších případů i jednou za týden. Funguje zde také práce ve skupině, jíž se účastní asi 10 rodičů, většinou matek. Spolupráce s jednou klientskou rodinou probíhá zhruba 1-2 roky.

Ve Střepu se uzavírá smlouva s cílem spolupráce na dobu určitou - půl roku. S jednou rodinou se průměrně pracuje 1,5 roku. Služba je terénní. Schůzky s klienty se konají průměrně 1x za 10 dní, někdy častěji, někdy méně často. První schůzka s klienty v Útočišti je pouze informativní, smlouva se podepisuje až později, do ní se píše stanovený cíl spolupráce. Smlouva se uzavírá na půl roku - může se ale prodloužit. Průměrně trvá práce s jednou rodinou 1 rok. Pracovníci organizace X se sejdou s budoucími klienty u instituce, jež služby organizace klientům doporučila, a představí se jim. Pak následují schůzky s klienty, přičemž do 4. schůzky musí být sepsán kontrakt. Doba spolupráce se stanovuje zhruba na 3 měsíce. Přičemž u asi 35-40% trvá práce déle - půl roku a více. Téměř celá práce probíhá v domácnostech klientů. Schůzky se konají 1x za týden, ale je to individuální.

### **7.3.4 Multidisciplinární tým**

Doba a místo, kam se MDT svolá na PK je v organizacích odlišná. Pokud se MDT schází pravidelně, děje se tak s intervalem od 1 měsíce až po půl roku. Na PK se obvykle vytváří plán práce s rodinou. Sdílení informací je v některých organizacích ošetřeno tak, že klient dopředu podepisuje s tímto souhlas, jinde podepisují všichni nebo jen někteří účastníci PK mlčenlivost či jsou pozváni pouze na její část.

V o.s. Amalthea se PK konají po 2-3 měsících spolupráce s rodinou a to na pracovišti účastníka PK, u kterého je možnost účasti nejsložitější, který má nejméně času. Na PK se vytváří plán péče. Opět se PK svolává po půl roce. Pokud je potřeba může se ale svolat i dříve - např. za 3 měsíce. Klienti se předem seznamují se složením PK. I kvůli ochraně osobních informací klientů jsou někteří účastníci PK přítomni jen na některou její část. MDT v CPR se většinou utvoří již na počátku práce. Místo, kam se svolává, se odvíjí od toho, co se aktuálně na jeho schůzce bude řešit. MDT vytváří plán práce, odborníci si mezi sebou rozdělí úkoly a v CPR si ještě utváří strukturu a jednotlivé kroky práce. V rámci týmu CPR se pak schází každý týden a řeší úkol z MDT. Tým se schází podle situace ale průměrně určitě 2-3x do roka. Klient dává souhlas ke kontaktování institucí a dalších osob, podepisuje výčet organizací a institucí, s nimiž se spolupracuje.

U klientů D3P se PK svolává ve chvíli, kdy je to potřeba, např. po mapování nebo hned v jeho průběhu či pokud nastane nějaký milník - konec spolupráce, změna v životě klientů atd. D3P požádá OSPOD, aby PK svolal, a ta pak probíhá na OSPOD či Magistrátu hl. města Prahy - jedná se o neutrální půdu. Z PK vždy vzejdou výstupy nejbližších kroků - kdo je má za úkol, do kdy atd. Frekvence navazující PK je individuální. Rodina na 1. setkání podepisuje informovaný souhlas s poskytováním informací s OSPOD a případně i s dalšími odbornými pracovníky, pokud již v té době je známo, že s rodinou pracují. Na PK se většinou podepisuje mlčenlivost, někdy ji podepisují jen třeba pracovníci škol (tzn. ti, kteří nejsou k mlčenlivosti vázáni zákonem). U klientů Salingeru se společná setkání MDT někdy konají i přímo v rodině klientů. MDT vytváří plán práce s rodinou, který je doplňován podle konkrétních situací. Sdílení informací probíhá s vědomím rodiny, ta souhlas k tomu s vysvětlením podepisuje.

Ve Střepu dochází k setkáním MDT ve chvíli, kdy vědí, jaký je cíl spolupráce. Setkání pak probíhá především v prostorách Střepu, ale také na OSPOD, v prostorách Magistrátu hl. města Prahy či v dětském domově. Klienti musí s pořádáním PK souhlasit, bez toho nemá Střep právo PK pořádat. MDT vytváří plán práce a stanovují se úkoly na příště. Tým se schází nejméně po dvou měsících, někdy i po třech. Je potřeba se společně dohodnout na komunikaci mezi PK. Mlčenlivost podepisují třeba pracovníci škol nebo se pozvou jen na část PK. V

dotacích ke smlouvě dostávají rodiče informaci, s kým bude Střep spolupracovat, komu bude psát zprávy atd.

PK, jichž se účastní Útočiště a jež jsou svolávány i kvůli některým jeho klientům, se konají v průběhu čtvrt roku a to - 1., 2. a 3. měsíc. Setkání probíhají na pracovišti PMS, ale místo se bude zřejmě přesouvat do prostor Útočiště. Z PK se vyhotovuje zápis, individuální plán, jak se bude dále postupovat. Ten dostane rodina i všichni ostatní účastníci a také ho všichni včetně dítěte i se svými úkoly podepisují. Na počátku PK podepisují všichni mlčenlivost. Kromě PK se ještě konají zhruba 1x za měsíc setkání týmu pro mládež, kde se také řeší, které rodiny by bylo dobré zařadit do projektu Sanace rodiny. Čas, kdy dojde ke svolání PK, je u klientů organizace X různý. Od OSPOD vzejde podnět k ní často, až když se něco hasí. Setkání probíhají na OSPOD. Na PK (case managementech) se plán práce vytváří. Svolávají se 1x za 2, 3 měsíce, stejně jako setkání MDT.

### **7.3.5 Ukončení spolupráce**

Spolupráce je klienty je ukončována v případě, kdy se naplní cíl spolupráce. Případně kdy rodina už nevidí prostor pro další cíl. Rodina sama může spolupráci ukončit, má-li o to zájem. Pracovníci organizací spolupráci také obvykle ukončují v případě, kdy rodina delší dobu nespolupracuje.

V o.s. Amalthea je spolupráce s rodinou ukončena ve chvíli, kdy se naplní stanovený cíl spolupráce, resp. jednotlivé zakázky. V CPR končí práce ukončením dohody, kdy klient došel svého cíle. Klient ale může kdykoli spolupráci sám ukončit. Ze stran CPR by spolupráce mohla být ukončena, pokud by klient nebyl opakovaně doma. V D3P je sanace rodiny ukončena následujícími způsoby. Buď rodina sama chce spolupráci ukončit a sdělí to nebo to nesdělí. V takovéto situaci se rodině volá, píšou SMS a pokud ani na to rodina nereaguje, kontaktuje se telefonicky OSPOD. Třetí situací, která vede k ukončení práce, je naplnění cíle sanace. Pak může navazovat ještě následná péče jinde, či se rodina jakoby vrací zpět klíčovému pracovníkovi OSPOD (rodině se říká, že když bude v budoucnu potřebovat, ať se obrací na OSPOD). V Salingeru je sanace rodiny ukončena, když se naplní cíle práce či když rodina nespolupracuje.

Střep práci ukončuje ve chvíli, kdy se dojde k cíli spolupráce a rodina již nevidí prostor pro další cíl. Také, pokud se rodina rozhodne, může spolupráci sama ukončit. V

případě, že rodina není mnohokrát doma, píšou jí pracovnice dopis, pokud ani na to nereaguje, posílají dopis o ukončení spolupráce. Sanace rodiny v Útočišti se ukončuje ve chvíli, kdy je naplněn cíl práce či uplyne doba, na kterou byla smlouva uzavřena a rodina již nechce v práci pokračovat. Rodina také může kdykoli práci sama ukončit. Pracovníci Útočiště spolupráci ukončují také v případě, když rodina 2 měsíce nereaguje. Práce v organizaci X je ukončena v případě, že je zakázka hotová a klient již žádnou další nemá. Pracovníci organizace X práci ukončují také v případě, kdy klient nespolupracuje, neomlouvá se atd.

## **7.4 Hodnocení využívání multidisciplinarity**

V této poslední kapitole výzkumné části se věnuji tomu, jak oslovení pracovníci hodnotí využívání MDS a zda ho chtějí rozšiřovat. Zodpovídám výzkumnou otázku č. 4:

*Jak jednotlivé organizace hodnotí využívání multidisciplinární spolupráce?*

### **7.4.1 Přínosy a rizika multidisciplinární spolupráce**

Přínosů MDS jmenují vedoucí vždy několik. Často se opakuje, že sanace je díky ní efektivnější, všichni jsou vzájemně informovanější, situace je transparentnější. Účastníci mají možnost vidět pohledy na situaci klientů z více stran a také se MDS práce koordinuje - na stejné věci tak nepracuje najednou více odborníků. Rizika vidí oslovení v případě, kdy je PK špatně vedena či kdy se odborníci chovají neprofesionálně.

Vedoucí programu Sanace rodiny v o.s. Amalthea považuje za přínosy MDS, že klient: je účasten jako rovnocenný partner, má informace hned - odstraní se tak „šumy“ v komunikaci, klient přestává cítit odborníky jako nepřátele, je to podpora jeho motivace. Díky spolupráci se nestává, že na stejné věci pracuje více lidí a také nezůstávají v práci s rodinou prázdná místa. Dojde tak ke zrychlení sanace, zkrácení práce a ubrání práce i jiným. Klienti pak lépe fungují a také to ostatní subjekty vede k držení slibů - podepsaly je v zápise z PK. Při špatném vedení ale může klient odcházet psychicky dotčený. Důležité je vést při PK neodbornou komunikaci. Vedoucí v CPR vidí jako přínos MDS možnost obsloužit více klientů a to i lépe - každý dělá tu část práce, kterou nejlépe umí. Díky MDS dochází ke zrovnocnění rolí, rychlejší, efektivnější a odbornější práci, komplexnějším řešením. Pracovníci tak získávají informace z více stran a situací. Klient možná také vnímá jako bezpečnější, když například pracovník pověřený sociálně-právní ochranou neví o jeho dlužích, protože se s nimi

může obrátit na jiné osoby. Co se týče negativ, mohlo by být pro klienta nebezpečné, kdyby se někdo v týmu choval neprofesionálně.

Vedoucí v D3P za přínos využívání multidisciplinarity považuje možnost vyhodnotit situaci rodiny z pohledu všech, co se s rodinou potkávali, potkávají. Také je díky ní možné v dané situaci nalézt pro dítě nejlepší způsob podpory (ve skupině je to efektivnější) a vytvořit plán práce s rodinou, který bude i pro rodinu nej přijatelnější a podpůrný. Vedoucí služby v Salingeru vidí jako přínos vzájemnou informovanost, odstranění bariér, vzájemné poznání, zlevnění práce - každý pracuje na něčem. Dalším přínosem je sjednocování práce, rodina také díky tomu nemá pocit, že se pracuje „za jejími zády“ a může se více vyjadřovat k různým věcem. Rizikem je, že v neodůvodněných případech je to časově a finančně náročný způsob práce.

Podle ředitelky Střepu dá MDS do pomáhání strukturu, systém a jasný řád. Také se tím vnáší bezpečí. Dochází k eliminaci hádek a fantazií. Vede k průhlednosti a transparentnosti. Nebezpečí vidí ředitelka v situaci, kdy se chce rodina účastnit celé PK a odborníci přitom nejsou schopni dát zpětnou vazbu důstojným způsobem. Také je nebezpečné, pokud se zápis z PK vydá jako veřejný zdroj. Podle ředitelky se mají zveřejnit jen výstupy, protože někteří odborníci, pokud si přečtou celý zápis, mohou zareagovat špatně a neadekvátně.

Vedoucí projektu v Útočišti vidí jako přínos PK vznik úzkých vztahů - odborníci se díky nim dobře znají. Dále možnost předání informací, k některým z nich by se pracovník ani nedostal. Také je podle slov vedoucí dobré vidět, jak dítě komunikuje s rodiči a autoritami. Díky PK se získá objektivní náhled a transparentnost (a to i v rodině). Podporuje také profesní růst, díky PK může pracovník vidět pohledy jiných organizací. A rodina vidí hodně osob, co jí můžou pomoci, získá tak také kontakty. Jako riziko toho způsobu práce si vedoucí uvědomuje, že se rodiče mohou zaleknout, kolik je na PK lidí. Důležité je vše dobře vysvětlit. Také je tento způsob práce náročný na čas. Vedoucí v organizaci X vidí MDS jako nejefektivnější způsob práce v sanaci rodiny a to především pro klienta. Díky ní se podle vedoucí neztrácí se v problémech, ostatní mu řeknou, co má udělat, co je výsledkem. Práce probíhá po malých krocích, klient vidí, že i oni mají úkoly, vidí, že v tom není sám. V důsledku je tato práce efektivní i pro stát - zmírní se vývoj kriminality. Nebezpečné podle



vedoucí je, když na PK není moderátor, pak se může stát, že všichni křičí a není to tak pro rodinu podpůrné.

#### **7.4.2 Náročnost multidisciplinárního způsobu práce**

Využívání MDS je považováno za ulehčení celkové práce v sanaci rodiny. I když v některých organizacích připouštějí, že sama PK náročná je, může v důsledku čas ušetřit. Podle vedoucí programu v o.s.Amalthea MDS v konečném efektu v celé sanaci peníze a čas šetří, ale sama PK je náročná. Ve výsledku multidisciplinarita podle slov vedoucí práci ulehčuje. Pro vedoucí CPR je MDS přímo náplň jejich služby a vnímá ji jako ulehčení práce. Vedoucí v D3P v důsledku multidisciplinární způsob práce nevnímá jako časově a finančně náročný. Postupně se kontaktovat s odborníky zabere času více. A vnímá ho tak jako ulehčení práce.

Podle vedoucího služby v Salingeru není multidisciplinární přístup časově a finančně náročný způsob práce, když se dělá dobře, ale v neodůvodněných případech to podle jeho slov náročný způsob práce je. Myslí si, že někdy je efektivnějším způsobem práce individuální. Ředitelka Střepu ho nevnímá jako časově a finančně náročný, naopak je to podle ní efektivní způsob práce, ale tato práce sama o sobě náročná je. Také si myslí, že když se vnese řád a systém může to těžkou práci ulehčit. Vedoucí Útočiště vnímá multidisciplinární způsob práce jako časově a finančně náročný. Ale objektivněji je to ulehčení práce, které přináší možnost zkrácení pomoci rodině. Také je to určitě efektivnější způsob práce. Naproti tomu vedoucí v organizaci X ho jako časově a finančně náročný způsob nevnímá. Vnímá ho jako ulehčení práce.

#### **7.4.3 Plány do budoucna**

Každá z organizací má jiné plány do budoucna a tedy i jiné potřeby k nim. O.s.Amalthea chce překlopit pořádání PK na OSPOD, k čemuž potřebuje jejich ochotu. CPR by chtělo své služby rozšířit o dobrovolníky, kteří by tak mohli doprovázet rodinu např. k lékaři, na úřady atd. Potřebuje k tomu ale legislativně vyřešit dobrovolnictví v jejich organizaci. V D3P jsou se současným stavem využívání MDS spokojeni, jen by rádi více uskutečňovali následné opakované svolávání PK. Salinger chce rozšiřovat působnost programu Sanace rodiny, již dnes expanduje do dalších lokalit v Královéhradeckém kraji. Vedoucí služby vnímá také potřebu rozšířit využívání PK a Bálintovských skupin. Střep má snahu předávat zkušenosti dál, mají kurz na realizování PK a v současnosti vytváří metodiky

pro nadaci Sirius. Útočiště si chce vzít PK pod sebe, jako nezisková organizace tak bude mít víc možností k získání peněz na jejich financování. Organizace X chce zkusit v září MDS i ve městě, kde se to zatím nedaří, alespoň v menším měřítku.

## 8. Závěr

Tato práce se věnovala sanaci rodiny probíhající prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Na začátku jsem se snažila popsat východiska, která vedou k využívání multidisciplinarity při péči o ohrožené děti. Představila jsem v rámci nich sociálně ekologický model, který chápe jedince, jako bytost interagující s okolním světem, která je ději ve svém okolí ovlivňována a která je zároveň sama ovlivňuje. Což dává prostor pro podporu jedince, klienta z mnoha směrů.

Alespoň rámcově jsem předestřela, jak se k problematice multidisciplinární sanace staví náš právní řád. Ukázalo se, že toto téma není v naší legislativě příliš ukotveno, ač je situace pravděpodobně lepší než dříve. Dále jsem se zabývala chystanou transformací systému péče o ohrožené děti u nás, v níž je tematika multidisciplinární spolupráce také propracována. Zmínila jsem se také o možnostech využívání multidisciplinárního týmu v dalších oblastech sociální práce. Ve čtvrté kapitole jsem popsala určité aspekty průběhu sanace rodiny. Pozornost jsem věnovala také stále více využívaným případovým konferencím a plánu péče, který z nich vychází. Protože si myslím, že je přínosné poznat, jak něco, s čím v naší zemi teprve začínáme, funguje jinde, zabývala jsem se v páté kapitole situací v zahraničí. Například ve Francii je využívání multidisciplinární spolupráce v systému péče o ohrožené děti poměrně běžnou záležitostí. Domnívám se, že v některých aspektech bychom se jejich příkladem mohli nechat inspirovat.

Ve výzkumné části práce jsem se snažila zodpovědět předem stanovené výzkumné otázky, jež se týkaly využívání multidisciplinární spolupráce a průběhu procesu sanace rodiny v neziskových organizacích. Do tohoto šetření bylo zahrnuto celkem sedm organizací z různých částí České republiky a vznikl tak přehled toho, jak v těchto organizacích sanace rodiny s využitím multidisciplinárního týmu vypadá. Pokoušela jsem se také aspekty průběhu tohoto procesu v jednotlivých organizacích porovnat.

Z výsledků práce multidisciplinárně sanujících organizací je zřejmé, že tato činnost má neoddiskutovatelný smysl. A když je multidisciplinární přístup v naší zemi stále trochu novinkou, optimisticky se domnívám, že se v rámci péče o ohrožené děti dá i díky chystané transformaci očekávat jeho větší rozšíření.

## Použitá literatura, zákony a internetové zdroje

### **Použitá literatura**

BECHYŇOVÁ, Věra; KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny : Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 152 s.

BJALKOVSKI, Christo, FRÜHBAUER, Ondřej. *Sociální služby v zemích Evropské unie*. Praha : VÚPSV, 2000. 37 s.

ECHE, Raphaële. Role dětského soudce dle francouzského práva. In *Dítě mezi rodinou a institucemi*. Praha : Střep o.s., 2007. s. 9-18.

HRDINOVÁ, Andrea, et al. *Na jedné lodi : aneb jak uspořádat případovou konferenci v oblasti péče o ohrožené děti*. Praha : Občanské sdružení Rozum a cit, 2010. 49 s.

MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha : Portál, 1994. 98 s.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. 288 s.

KODYMOVÁ, Pavla. *Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce*. (přednáška) Praha : FF UK, 29.1.2010.

KOVAŘÍK, J. Sociálněekologický model a fenomenologická tradice. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. s. 248-260.

SIMEK-LEFEUVRE, Ivanka. *Případové konference v práci s ohroženými dětmi a jejich rodinami : Zkušenosti z Francie*. (Příspěvek na konferenci) Praha : Rozum a cit o.s., 3.6.2010.

## **Použité zákony**

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte.

The Children Act 1989

The Children Act 2004

## **Použité internetové zdroje**

*Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011.* Dostupný z WWW:

<[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7710/Narodni\\_akcni\\_plan.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7710/Narodni_akcni_plan.pdf)>.

KOCÁNKOVÁ, Gabriela. *Systém sociálních služeb ve Francii v komparaci s ČR.* Brno, 2008. 78 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Dostupné z WWW: <[http://is.muni.cz/th/137689/esf\\_m/DIPLOMOVA\\_PRACE.pdf?lang=en](http://is.muni.cz/th/137689/esf_m/DIPLOMOVA_PRACE.pdf?lang=en)>.

MATOUŠEK, Oldřich; PAZLAROVÁ, Hana. *Individuální plánování u dětí z dětských domovů.* [online]. 2008, [cit. 2010-07-30]. Dostupný z WWW:

<<http://www.clovekhledacloveka.cz/res/data/000181.pdf>>.

NOVOTNÝ, Zdeněk. Evropa a my. In BRUTHANSOVÁ, Daniela; ČERVENKOVÁ, Anna; PECHANOVÁ, Marie. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku.* Praha : VÚPSV, 2005. Kapitola 4.1, s. 16-22. Dostupné z WWW: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_177.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf)>.

Every Child Matters. 2003. 102 s. Dostupné z WWW: <<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/about/background/background/>>.

A special ministry for Youth and Families: How does it work?. Ministry for Youth and Families, 2008. Dostupné z WWW: <<http://english.jeugdengazin.nl/english/>>.

Youth and Family programme : Every Opportunity for Every Child. Ministry for Youth and Families, 2007. Dostupné z WWW: <<http://english.jeugdengazin.nl/english/>>.

Working Together to Safeguard Children. 2010. 390 s. Dostupné z WWW: <<http://publications.education.gov.uk/eOrderingDownload/00305-2010DOM-EN.PDF>>.

### **Internetové stránky**

<http://www.amalthea.pardubice.cz/>

<http://rokycany.diakoniecece.cz/sluzby/centrum-podpory-rodiny>

<http://www.dumtriprani.cz/>

<http://www.strep.cz/>

<http://www.utociste-cheb.cz/>

# Příloha

## STRUKTURA VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

**Organizace:**

**Pověření k SPO:**

**Dotazovaný pracovník:**

- 
1. Kdy vznikla Vaše organizace, popřípadě Váš program podpory (sanace) rodiny?
  2. Jaké má tento program personální zajištění?
  3. Kolik máte v současnosti klientů?

### **Okolnosti zavedení multidisciplinární spolupráce**

4. Kdy se tento způsob práce začal ve Vaší organizaci využívat?
5. Proč se tak stalo?
6. Jaké byly na počátku či jaké jsou dnes reakce oslovených odborníků (organizací, institucí)?
7. Posloužila Vám nějaká zahraniční nebo tuzemská zkušenost jako inspirace?
8. Vzpomínáte si, jestli jste na počátku vnímali nějaké bariéry? Pokud ano, jaké?

### **Role a podoba multidisciplinární spolupráce**

9. Je multidisciplinární spolupráce využívána u všech klientů? Pokud ne, tak v jakých případech?
10. Jedná se o dlouhodobou spolupráci nebo jen o jednorázovou případovou konferenci? Pokud se jedná jen o jednorázové setkání tak, kdy k němu dochází?
11. Kdo jsou obvykle členové multidisciplinárního týmu, příp. kdo jsou obvykle účastníci případové konference?
12. Účastní se multidisciplinárních setkání i rodiče a dítě? Pokud ano, účastní se celých schůzek?
13. Jsou někteří odborníci, jež na společná setkání zvete, ale oni obvykle nedorazí?
14. Jsou v týmu, resp. během případových konferencí některé jasně vymezené role (vedoucí, koordinátor, facilitátor, organizátor, iniciátor atd.)? Pokud ano, kdo je vykonává?

### **Průběh sanace (podpory) rodiny**

15. Jsou nějaká kontraindikace využívání Vašich služeb podpory rodiny na straně klientů? Pokud ano, jaké?

16. Jak se k Vám klienti většinou dostávají?
17. Má průběh podpory (sanace) rodiny ve Vaší organizaci jasně danou strukturu?
18. Co stojí na jejím počátku? Sepisuje se nějaký kontrakt? Stanovuje se zakázka?
19. Plánuje se již na počátku průběh práce? Stanovuje se nějaká vymezená doba práce?
20. Dochází klienti do organizace nebo práce probíhá v jejich domácnostech?
21. Jak často se konají schůzky s klienty?
22. Kdy a kam se svolává MDT?
23. Vytváří MDT plán práce?
24. Jak často se MDT schází?
25. Jak probíhá sdílení informací, jak je ošetřeno? Podepisují jednotliví účastníci při setkáních mlčenlivost?
26. Kdy je práce ukončena?

#### **Hodnocení využívání multidisciplinarity**

27. Co vnímáte jako přínosy z tohoto způsobu práce? Pro klienty, pro organizace, pro OSPOD atd.
28. Vnímáte ho jako časově a finančně náročný způsob práce?
29. Vnímáte ho jako ulehčení nebo znáročnění práce?
30. Vidí nějaké negativní důsledky tohoto způsobu práce?
31. Chcete rozšiřovat využívání tohoto způsobu práce? Co byste k tomu potřebovali?