Děti se zdravotním postižením v ústavní péči

v roce 2024

8000DŮVODŮ

Červen 2025

Poděkování

Velké poděkování patří Ministerstvu práce a sociálních věcí a Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, která zajistila sběr dat, bez nichž by tato zpráva nemohla vzniknout, a všem pracovníkům zařízení, kteří věnovali svůj čas vyplňování dotazníků.

Tato zpráva byla připravena Nadací J&T v rámci iniciativy 8000důvodů
ve spolupráci s MPSV.

Obsah

Úvod 4
Vymezení hlavních pojmů 6
1 Většina z dětí se zdravotním postižením v ústavní péči stále nemůže žít jako ostatní 8
2 DOZP stále hrají hlavní roli v náhradní péči o děti se zdravotním postižením 19
3 Proč některé děti se zdravotním postižením končí v ústavní péči 23
Hlavní zjištění a doporučení 32
Seznam tabulek a grafů 42
Přílohy 44

Úvod

Většina dětí se zdravotním postižením v Česku vyrůstá doma v rodině. Přibližně 500 dětí se zdravotním postižením ovšem podle výzkumu z roku 2020 nežilo ani ve své, ani v náhradní rodině, ale **ve státní péči, která měla z naprosté většiny charakter ústavní péče.**[1]

Přestože základní zásadou pro poskytování sociálních služeb je podle zákona o sociálních službách to, že služby „musejí zachovávat lidskou důstojnost osob … a posilovat jejich sociální začleňování", náhradní péče o děti poskytovaná ve velkokapacitních ústavních zařízeních výrazně snižuje možnosti pro začleňování dětí se zdravotním postižením do společnosti. Zejména pokud jde o zařízení v malých obcích, kde pro ně nejsou odpovídající školy.

Podle novelizovaného znění zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy (č. 109/2002 Sb.) by měla být náhradní péče o děti zajišťovaná v dětských domovech, což je z hlediska počtu dětí nejvýznamnější druh zařízení ústavní péče o děti v ČR (v dětských domovech žije více než čtyři tisíce dětí) „… způsobem, který se v nejvyšší možné míře podobá běžnému rodinnému životu. Pokud je to možné, péče zajišťovaná dětskými domovy probíhá v samostatných rodinných skupinách v bytech, v bytových domech anebo v rodinných domech v běžné zástavbě. Klade se důraz na nejvyšší možné začlenění dětí do společnosti." **Stejná měřítka musí ČR uplatňovat i v náhradní péči o děti se zdravotním postižením**, kterých je nejvíce v domovech pro osoby se zdravotním postižením, **jinak by šlo o diskriminaci dětí se zdravotním postižením.**

Zároveň byla přijata novela zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), která vnesla do zákona podmínky pro poskytování služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) dětem: „**Sociální služby podle věty první se poskytují dětem za podmínky, že děti nejsou ubytovány v pokojích současně s dospělými ani s nimi nesdílejí společné prostory pro volnočasové aktivity a společné prostory pro výkon hygieny a stravování, nejde-li o rodiče a jeho dítě**." Podle odůvodnění této změny není soužití dětí a dospělých v domovech pro osoby se zdravotním postižením vhodné pro dětské klienty vzhledem k jejich vývoji i k možným rizikům, která v rámci tohoto soužití hrozí.

Cílem této výzkumné zprávy je poskytnout aktuální informace o tom, kolik dětí se zdravotním postižením vyrůstá v Česku v ústavech a poskytnout odpovědi i

[1] Výzkumnou zprávu „DĚTI v DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM v ROCE 2020". Dostupné z https://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2021/05/Lumos_deti_v_DOZP_2020.pdf

na další otázky: v jakém typu ústavu děti žijí? Jaké jsou jejich potřeby? Z jakých důvodů končí mimo rodinu? Jaká část z nich žije v zařízení rodinného typu v bytech v komunitě? Jak probíhá jejich vzdělávání? Jak jsou na tom, pokud jde o ústavní péči o děti se zdravotním postižením, jednotlivé kraje?

Ve zprávě jsou nejprve (po vymezení hlavních pojmů) představena hlavní zjištění k deinstitucionalizaci péče o děti se zdravotním postižením, následně data k roli DOZP oproti jiným typům zařízení a v poslední kapitole relevantní data k otázce, kdy, jak a proč se dostávají děti se zdravotním postižením do ústavní péče.

Tato výzkumná zpráva poskytuje doposud nejdetailnější vhled do situace dětí se zdravotním postižením v ústavní péči v Česku. Díky vynikající spolupráci jednotlivých zařízení, Ministerstva práce a sociálních věcí i Ministerstva školství byly poprvé získány kompletní informace o všech dětech se zdravotním postižením v DOZP i informace o dětech s postižením ve školských ústavech.

Box 1 Zdroje dat

Tato zpráva je založena na datech z následujících šetření realizovaných MPSV a MŠMT:

1. **Zjišťování vybraných údajů o dětech v dětských domovech pro děti do tří let věku, které realizovalo MPSV v květnu 2024.**

   Základní informace o průběhu šetření:

   - bylo dosaženo 100 % návratnosti (data poskytla všechna zařízení),
   - byla sbírána anonymní data za jednotlivé děti (umožňuje pokročilé statistiky),
   - podrobné výsledky z tohoto šetření jsou k dispozici ve Zprávě o dětských domovech pro děti do tří let za rok 2024.

2. **Zjišťování vybraných údajů o dětech v domovech pro osoby se zdravotním postižením, které realizovalo MPSV na podzim 2024.**

   Základní informace o průběhu šetření:

   - bylo dosaženo 100 % návratnosti (data poskytly všechny DOZP, které měly v péči alespoň jedno dítě do 18 let),
   - byla sbírána anonymní data za jednotlivé děti (umožňuje pokročilé statistiky),
   - podrobné výsledky z tohoto šetření jsou prezentovány v této zprávě.

3. **Mimořádné šetření mezi školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy, realizované MŠMT v červnu 2024.**

   Základní informace o průběhu šetření:

   - bylo dosaženo 100 % návratnosti mezi školskými zařízeními, která měla podle výkazu Z-14 v péči aspoň jedno dítě s těžkým mentálním postižením, a 94 % návratnosti mezi zařízeními, která měla v péči aspoň jedno dítě se středně těžkým mentálním postižením (vyplnilo 48 z 51 těchto zařízení); dotazník vyplnila i téměř všechna zařízení s dětmi se smyslovým nebo tělesným postižením; celkem vyplnilo dotazník 172 z 202 zařízení, nevyplnila víceméně jen zařízení, která nemají v péči žádné dítě se zdravotním postižením,
   - byly sebrány souhrnné statistiky za jednotlivá zařízení (neumožňuje pokročilé statistiky, podrobné výsledky představí MŠMT ve zvláštní zprávě).

Vymezení hlavních pojmů[2]

Pobytová služba komunitního typu

Pro účely tohoto šetření je za pobytovou komunitní službu považována služba, která je poskytována v bytech (viz níže pro vymezení bytu). na základě zkušeností z uskutečněných procesů deinstitucionalizace jsou vymezeny podmínky pro poskytování (pobytové) služby komunitního typu jako

- adekvátní v případě, kdy v bytě je do tří míst/lůžek,
- akceptovatelné v případě, kdy v bytě je čtyři až šest míst/lůžek,
- nevyhovující v případě, kdy je v bytě (resp. budově) sedm a více míst/lůžek.

Byt, dům v komunitě

Bytem se rozumí bytová jednotka s vlastním vchodem, ložnicemi a vlastním standardním příslušenstvím, tj. koupelnou, záchodem, kuchyní (či kuchyňským koutem) a obývacím pokojem. Pokud se hovoří o bytech či domech v komunitě, jsou myšleny byty v bytových domech nebo rodinné domy v běžné zástavbě.

Deinstitucionalizace

Deinstitucionalizace je cesta od života v ústavech k normálnímu životu pro lidi s postižením/znevýhodněním a k novým způsobům podpory. Jde proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o lidi se zdravotním postižením v podporu poskytovanou formou komunitních služeb. Cílem je přestat omezovat práva lidí se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů, rozvoji komunitních sociálních služeb terénních, ambulantních a pobytových a k zpřístupňování veřejných služeb lidem se znevýhodněním. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na individuální potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začlenění.

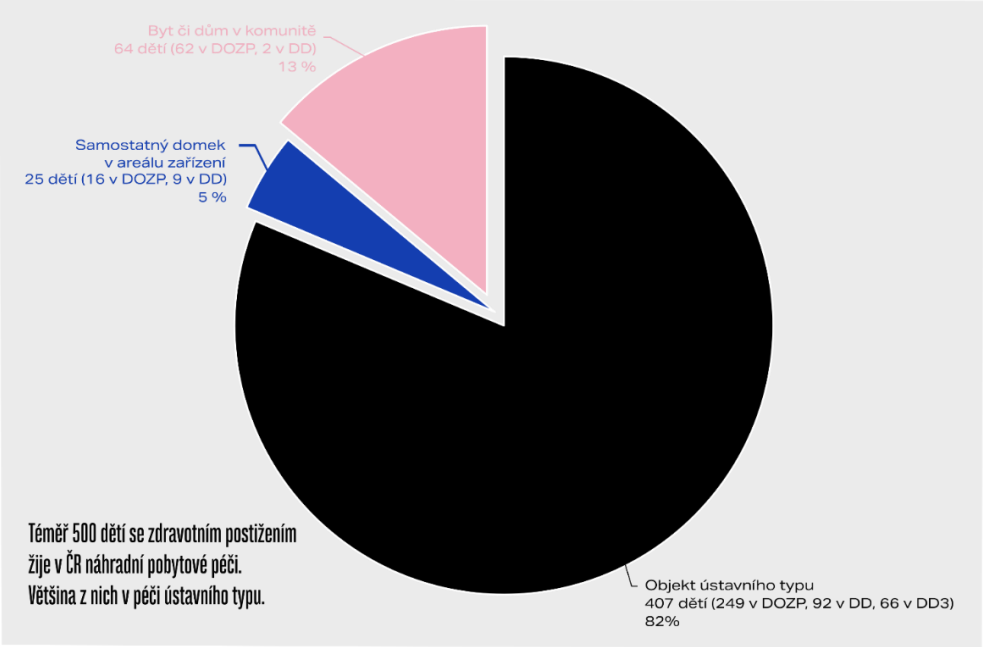
[2] Převzato (ve zkrácené podobě) z výzkumné zprávy Žít jako ostatní. Dostupné z: https://jdicz.eu/zit-jako-ostatni-jdi-a-spmp-2021/

1 Většina dětí se zdravotním postižením v ústavní péči stále nemůže žít jako ostatní

Ve většině Česka stále převažuje pobytová péče ústavního typu

Více než 80 % dětí se zdravotním postižením v Česku, umístěných v pobytové péči mimo rodinu, stále žije v objektech ústavního typu, jak je vidět v grafu 1. v bytech, v bytových či rodinných domech v komunitě (v běžné zástavbě) žilo v roce 2024 celkem 64 dětí se zdravotním postižením umístěných v náhradní pobytové péči. Šlo prakticky jen o děti v sociální službě domov pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP). Děti se zdravotním postižením umístěné ve školských ústavech (primárně dětských domovech, dále DD) a dětských domovech pro děti do tří let věku, spadajících pod resort zdravotnictví, vyrůstaly téměř výhradně v objektech ústavního typu.

Graf 1: Děti se zdravotním postižením v ústavní péči v Česku podle toho, kde žijí (všechny druhy ústavů)



V domovech pro osoby se zdravotním postižením děti stále žijí v ústavech spolu s dospělými klienty

Jak je vidět z tabulky 1, na podzim 2024 mělo v péči alespoň jedno dítě do 18 let celkem 45 DOZP s celkovou lůžkovou kapacitou 2 526 lůžek. Pro polovinu z nich platilo, že měly v péči do pěti dětí. Více než dvacet dětí měla v péči jen dvě zařízení (šlo o jediná dvě DOZP v ČR, kde převažovali dětští klienti nad dospělými). Děti tedy v DOZP zpravidla představují jen malou část z klientů DOZP. To samo o sobě nemusí být nijak problematické, pokud jsou děti sice klienty velkého DOZP, kde převažují dospělí uživatelé, ale vyrůstají v samostatné transformované domácnosti v komunitě. Pro většinu z dětí vyrůstajících v DOZP nicméně platí, že nežijí v bytech či domech v komunitě, ale v objektech ústavního typu spolu s dospělými (viz předposlední sloupec tabulky 1).

Tabulka 1: Vybrané údaje za DOZP, které měly v roce 2024 v péči alespoň 1 dítě do 18 let (podle počtu dětí přítomných v zařízení)

Počet dětí v zařízení	Počet zařízení (DOZP)	Celková lůžková kapacita zařízení	Celkem dětí ve všech zařízeních	z toho dětí v objektech ústavního typu (s dospělými)	Průměrný počet dětí v zařízení
do 5 dětí v zařízení	22	1 224	63	52	3
5 až 9 dětí v zařízení	12	718	87	48	7
10 až 19 dětí v zařízení	9	496	125	110	14
20 a více dětí v zařízení	2	88	52	39	26
Celkem DOZP s alespoň 1 dítětem	45	2 526	327	249	7

K přesunu náhradní péče o děti zajišťované DOZP do komunity došlo pouze ve čtyřech ze čtrnácti krajů ČR

Od roku 2020 došlo v případě DOZP ke zvýšení počtu dětí v komunitě ze 40 na 62.[3] Jak je ovšem vidět z tabulky 2, na podzim 2024 platilo, že:

1. **v deseti ze čtrnácti krajů ČR vyrůstaly v době sběru dat děti umístěné do DOZP výhradně v objektech ústavního typu,**
2. **v Pardubickém kraji** již **žádné** děti se zdravotním postižením umístěné v DOZP nemusely žít v objektech **ústavního** typu a do komunity byla přesunuta i většina z péče o děti v **Prahou** zřizovaných DOZP,
3. v bytech či domech v komunitě vyrůstalo 32 % z dětí v DOZP v Karlovarském kraji a 21 % dětí v DOZP v Ústeckém kraji.

Tabulka 2: Počet dětí v DOZP podle toho, v jakém typu budovy je poskytována péče podle kraje; stav na podzim 2024; děti v budovách mohou žít spolu s dospělými

Kraj	Kde (v jaké budově) je poskytována péče? (pouze DOZP)			
	V objektu ústavního typu	V samostatném domku v areálu zařízení	V bytě či domě v komunitě	Celkem dětí
Prahou zřizovaná zařízení (většina je umístěna mimo Prahu)	6	1	27	34
Středočeský kraj	36	0	1	37
Jihočeský kraj	11	0	0	11
Plzeňský kraj	26	1	0	27
Karlovarský kraj	4	9	6	19
Ústecký kraj	59	4	17	80
Liberecký kraj	22	0	0	22
Královéhradecký kraj	6	0	0	6
Pardubický kraj	0	0	11	11
Kraj Vysočina	14	0	0	14
Jihomoravský kraj	10	0	0	10
Olomoucký kraj	14	0	0	14
Zlínský kraj	10	1	0	11
Moravskoslezský kraj	31	0	0	31
Celkem (ČR)	249	16	62	327

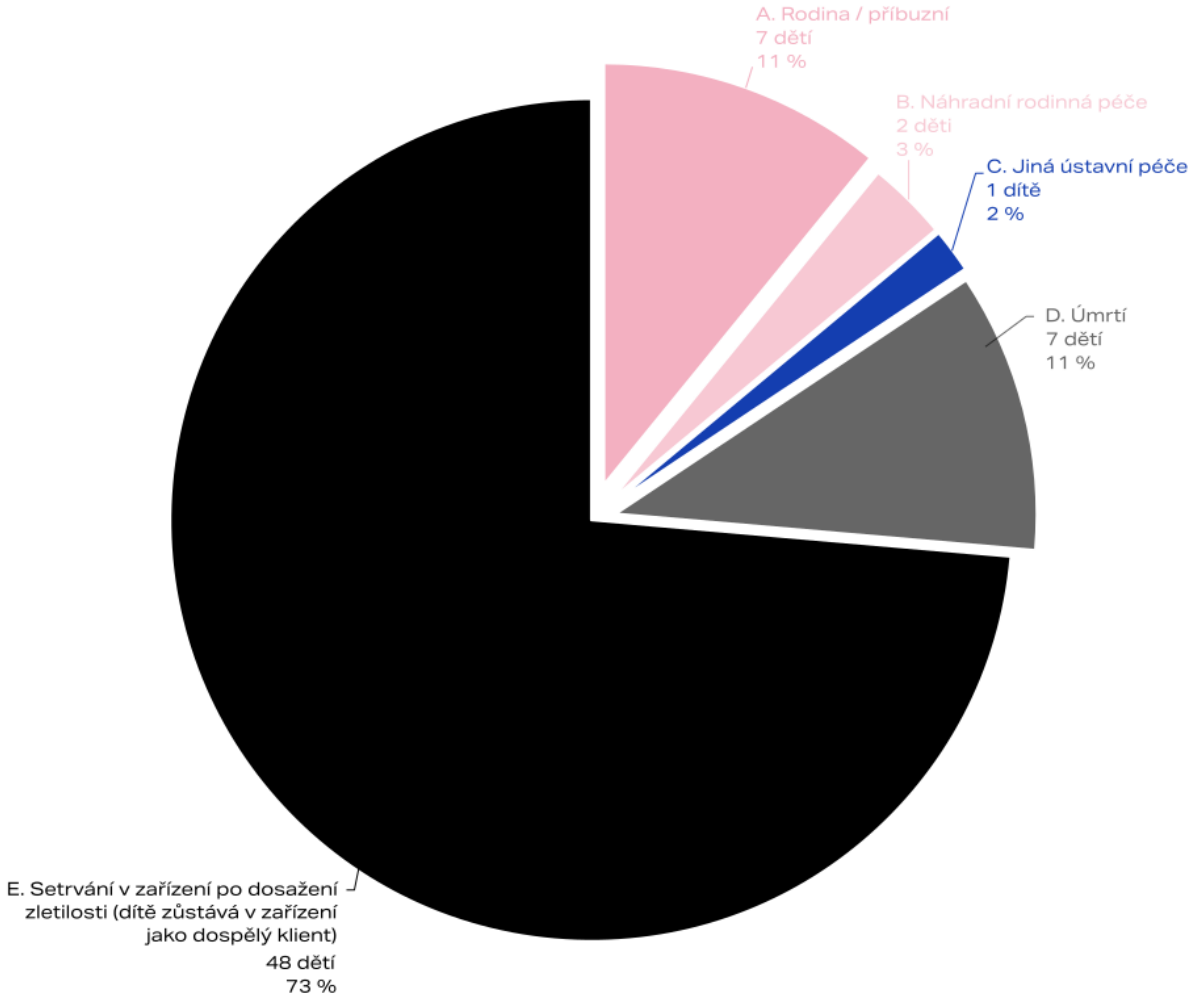
[3] Viz Výzkumnou zprávu „DĚTI v DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM v ROCE 2020“. Dostupné z https://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2021/05/Lumos_deti_v_DOZP_2020.pdf

Většina dětí umístěných do DOZP setrvává v ústavní službě i po dosažení zletilosti

Pro většinu dětí, které se dostanou do DOZP, je zařízení, do něhož jsou umístěny, „konečnou stanicí". Jak je vidět z grafu 2, do původní nebo náhradní rodiny se z DOZP pečujících o děti dostávalo v posledních pěti letech v průměru devět dětí ročně, většina z umístěných dětí zůstává v zařízení i po dosažení zletilosti jako dospělí klienti.

To, zda má služba, kde děti žijí, charakter služby komunitního nebo ústavního typu, je tedy velmi důležité, protože to velmi pravděpodobně[4] bude určující pro to, jestli budou v dospělosti žít jako ostatní, nebo nadále pobývat v ústavu.

Graf 2: Průměrný roční počet dětí, které v letech 2019 až 2024 odešly z DOZP nebo zemřely nebo v rámci pobytu v DOZP dosáhly zletilosti a v zařízení zůstaly



[4] Ze sebraných dat není možné říci, u kolika z dětských uživatelů dochází po dosažení zletilosti k přesunu z ústavních služeb do služeb komunitního typu (např. do chráněného bydlení, které v ČR zpravidla splňuje kritéria služby komunitního typu – viz výzkumnou zprávu Žít jako ostatní).

Co brání tomu, aby děti s postižením vyrůstaly v komunitní pobytové službě?

Přesun péče do komunity je možný i v případě dětí s těžkým zdravotním postižením

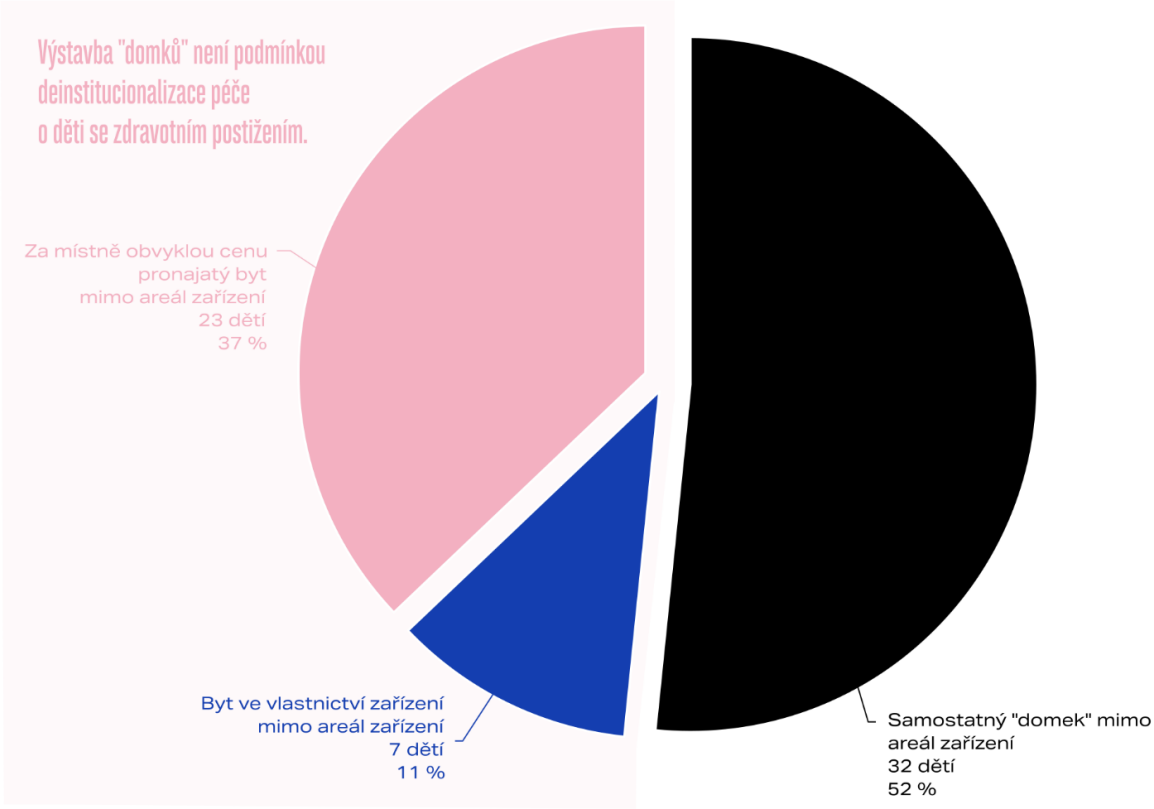
Ze sebraných dat **nevyplývá**, že by v bytech či domech v komunitě (v rámci DOZP) žily jen děti s méně závažným postižením. v transformovaných domácnostech vyrůstalo na podzim 2024 celkem **18 dětí s nejvíce závažným zdravotním postižením po**dle souhrnné klasifikace uplatněné v této zprávě (spadajících do kategorií 3 a 4 souhrnné závažnosti zdravotního postižení).[5] Z šetření je tedy zřejmé, že **vysoká míra podpory není překážkou deinstitucionalizace.**

Výstavba nových domků není podmínkou deinstitucionalizace

Polovina z 62 dětí se zdravotním postižením v DOZP žijících v komunitě bydlí v bytech, z toho většina v bytech pronajatých za místně obvyklou cenu, jak je vidět z grafu 3.

[5] Šlo o sedm dětí se zdravotním postižením, u nichž jsou spojené vysoké nároky na pečující osoby, a jedenáct dětí s těžkým zdravotním postižením. Viz přílohu 2 pro detailní vysvětlení souhrnné klasifikace závažnosti zdravotního postižení, se kterou se primárně pracuje v této zprávě.

Graf 3: Děti se zdravotním postižením v DOZP v bytech a domech v komunitě podle formy bydlení

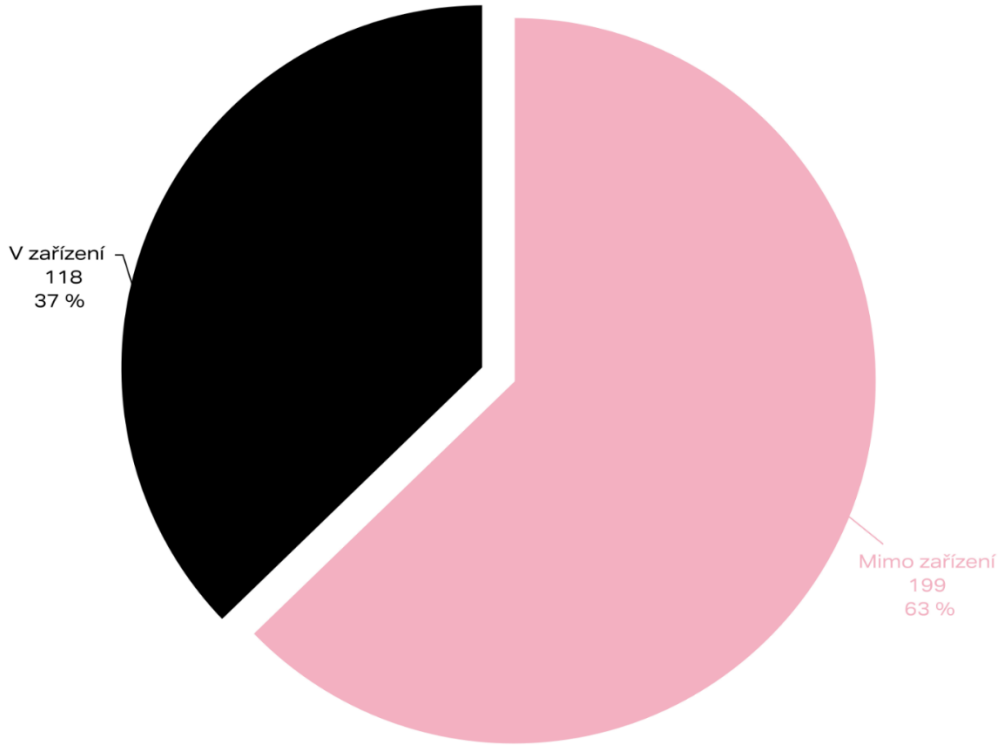


Vzdělávání dětí v zařízení stále není výjimkou

Větší část dětí se vzdělává již mimo zařízení

Přestože mezi lety 2020 a 2024 došlo ke zvýšení podílu dětí vzdělávajících se mimo zařízení z 49 % na 63 %, přímo v zařízení se stále vzdělávalo 37 % dětí umístěných v DOZP, jak je vidět z grafu 4.

Graf 4: Kde probíhá vzdělávání dětí umístěných v DOZP



Vážné zdravotní postižení není překážkou vzdělávání mimo zařízení

Mimo zařízení se vzdělávalo i 48 % dětí s těžkým zdravotním postižením (spadajících do kategorie 4 podle souhrnné závažnosti zdravotního postižení).[6] Šlo o 68 dětí.

Zda se budou děti vzdělávat mimo ústav, závisí více na umístění zařízení než na závažnosti zdravotního postižení.[7] Zatímco v případě zařízení umístěných v malých obcích do deseti tisíc obyvatel se vzdělávalo mimo zařízení 56 % dětí, u obcí nad deset tisíc obyvatel to bylo 72 %. Není to překvapivé vzhledem k tomu, že v malých obcích do deseti tisíc obyvatel je jen minimum speciálních základních škol, které navštěvuje většina dětí

[6] Viz kapitolu X.
[7] Neplatilo, že ve větších obcích by bylo méně dětí s těžkým zdravotním postižením. Podíl byl stejný jako v menších obcích.

umístěných v DOZP, a proto, aby se děti mohly vzdělávat mimo ústav, je nezbytné organizovat dopravu, zatímco ve větších obcích je místně dostupná speciální škola.

Většina dětí se vzdělává každý den, mezi kraji jsou rozdíly

Většina (73 %) dětí v DOZP se vzdělává každý školní den. Dětí vzdělávajících se jen jednou týdně byly 4 % (14 dětí). Děti s těžkým zdravotním postižením se nicméně vzdělávaly méně často, každý školní den se vzdělávalo 52 % z nich.

Určité rozdíly v četnosti výuky byly mezi jednotlivými kraji, jak je vidět z tabulky 3.

Významnější rozdíl v tom, jak často se děti vzdělávají, byl mezi zařízeními v malých obcích do dvou tisíc obyvatel, kde se každý den vzdělávalo 68 % dětí, a zařízeními v městech nad třicet tisíc obyvatel, kde se každý den vzdělávalo 88 % dětí. Zřejmě opět hraje roli dobrá dostupnost speciálních škol ve větších městech a naopak to, že v případě zařízení v malých obcích častěji probíhá vzdělávání přímo v zařízení, do kterého učitelé nedojíždějí vždy každý den.

Tabulka 3: Jak často se vzdělávají děti v DOZP – podle kraje

Kraj	Četnost výuky				
	jednou týdně	dvakrát týdně	třikrát až čtyřikrát týdně	každý školní den	Celkem
Prahou zřizovaná zařízení (většina je mimo Prahu)	6 %	6 %	6 %	81 %	100 %
Středočeský kraj	11 %	3 %	3 %	83 %	100 %
Jihočeský kraj			18 %	82 %	100 %
Plzeňský kraj			27 %	73 %	100 %
Karlovarský kraj	11 %	11 %	6 %	72 %	100 %
Ústecký kraj	1 %	13 %	35 %	51 %	100 %
Liberecký kraj	5 %	5 %		90 %	100 %
Královéhradecký kraj			25 %	75 %	100 %
Pardubický kraj	20 %			80 %	100 %
Kraj Vysočina			15 %	85 %	100 %
Jihomoravský kraj			60 %	40 %	100 %
Olomoucký kraj	11 %		11 %	78 %	100 %
Zlínský kraj			20 %	80 %	100 %
Moravskoslezský kraj	3 %	7 %		90 %	100 %
Celkem (ČR)	5 %	6 %	17 %	74 %	100 %

Velká část dětí se zdravotním postižením žije v ústavech v malých obcích, což snižuje možnosti začlenění mezi jiné děti

Jak podrobně vysvětluje důvodová zpráva k novelizaci zákona o ústavní a ochranné výchově,[8] pro začlenění dětí vyrůstajících v ústavní péči mezi ostatní děti a do společnosti všeobecně platí, že zařízení ústavní péče by se měla nacházet v obcích s minimálně deseti tisíc obyvateli.

V případě dětí se zdravotním postižením je to obzvláště důležité, protože jak bylo zmíněno, v obcích do deseti tisíc obyvatel se jen málokdy nacházejí speciální školy, což má negativní dopady na vzdělávání dětí (jak bylo popsáno výše, děti žijící v ústavech v malých obcích se méně často dostávají do školy mimo zdi ústavu a také se vzdělávají méně často). s umístěním zařízení ve větší obci je spojena i lepší nabídka zájmového vzdělávání nebo i možnost přiblížení péče komunitě skrze pronájem bytu (těch se v malých obcích nabízí k pronájmu minimum). Malé počty obyvatel obcí navíc omezují sociální začlenění dětí s postižením, protože tvoří výraznou početní skupinu obyvatel obce, převyšující běžné procento osob s postižením v populaci a klade na obyvatele zvýšené nároky na respektující přístup, běžné vztahy s vrstevníky i dospělými… Možnosti sociálního začlenění limitují omezené příležitosti pro běžné kontakty a interakce s obyvateli obce. To je v dětském věku zásadní negativum v socializaci dítěte, které si nese do dospělého věku (vznik, udržování a rozvíjení vztahů, potřeba vzoru k nápodobě…)

Přesto v malých obcích do deseti tisíc obyvatel žije téměř 60 % z dětí v DOZP, jak je vidět z grafu 5.

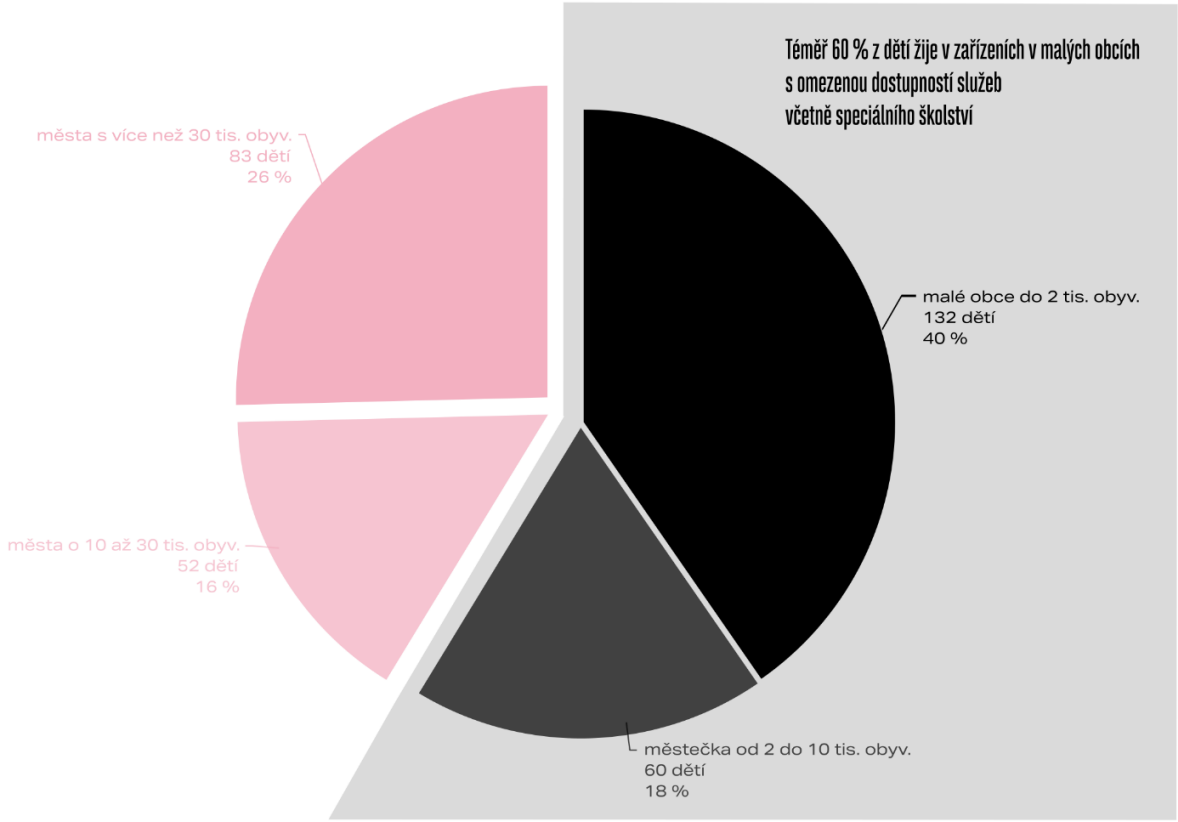
Box 2 Nešťastná kombinace: zařízení v malé obci se špatnou dostupností pro rodiče

Pro některá DOZP platí to, že se nachází v malé obci (s čímž jsou spojeny všechny nevýhody popsané výše) a současně je tato obec špatně dopravně dostupná, což zhoršuje možnosti rodičů udržovat kontakt s dětmi. Jak je vidět z kapitoly 3, pro významnou část z dětí v DOZP platí, že jde o děti z rodin, které se nachází v obtížné sociální situaci, špatná dostupnost zařízení veřejnou dopravou může tedy být významnou překážkou pro udržování kontaktu rodičů s dětmi.

Extrémní je situace v případě zařízení zřizovaných Hlavním městem Praha. Většina z lůžkové kapacity DOZP pečujících o děti se nachází mimo území Prahy, a to v malých z Prahy vzdálených a veřejnou dopravou špatně dostupných obcích (to platí např. pro Odlochovice i pro Horní Poustevnu, kde žije významná část z dětí v Prahou zřizovaných DOZP).

[8] Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=244176

Graf 5: Děti v DOZP podle velikosti obce, v níž se nachází zařízení, ve kterém žijí



V mnoha krajích je podíl dětí v DOZP nacházejících se v malých obcích ještě vyšší, jak je vidět z tabulky 4. Podíl dětí v DOZP žijících v malých obcích do dvou tisíc obyvatel je v řadě krajů mnohonásobně vyšší než podíl dětí vyrůstajících v malých obcích do dvou tisíc obyvatel ve všeobecné dětské populaci, který činí 27 %.[9]

[9] Vlastní kalkulace na základě otevřených dat ČSÚ.

Tabulka 4: Děti v DOZP v krajích ČR podle velikosti obce, kde se zařízení nachází

Kraj	Velikost obce, kde je umístěno zařízení				
	malé obce do 2 tis. obyv.	města od 2 do 10 tis. obyv.	města o 10 až 30 tis. obyv.	města s více než 30 tis. obyv.	Celkem
Prahou zřizovaná zařízení (většina je mimo Prahu)	77 %			24 %	100 %
Středočeský kraj	60 %	16 %	22 %	3 %	100 %
Jihočeský kraj	36 %	46 %	18 %		100 %
Plzeňský kraj	70 %			30 %	100 %
Karlovarský kraj		21 %	32 %	47 %	100 %
Ústecký kraj	56 %		33 %	11 %	100 %
Liberecký kraj		82 %		18 %	100 %
Královéhradecký kraj	33 %		67 %		100 %
Pardubický kraj		100 %			100 %
Kraj Vysočina	100 %				100 %
Jihomoravský kraj		60 %		40 %	100 %
Olomoucký kraj			36 %	64 %	100 %
Zlínský kraj		91 %	9 %		100 %
Moravskoslezský kraj				100 %	100 %
Celkem (ČR)	40 %	18 %	16 %	25 %	100 %

* Prahou zřizovaná zařízení (většina z nich je umístěna mimo Prahu).

2. DOZP stále hrají hlavní roli v náhradní péči o děti se zdravotním postižením

Počty dětí se zdravotním postižením v jednotlivých typech ústavů

Jedním z cílů této analýzy uskutečněné ve spolupráci iniciativy 8000důvodů s MPSV a MŠMT bylo rozkrýt, jaká část dětí se zdravotním postižením v ústavní péči v Česku se nachází v domovech pro osoby se zdravotním postižením a jaká část ve zdravotnických dětských domovech a školských dětských domovech (případně dalších typech školských ústavů). Jak zdravotnické dětské domovy, tak školské ústavy v posledních letech totiž opakovaně poukazují na rostoucí podíl dětí se zdravotním postižením, které mají v náhradní péči.

Proto byla sbírána data o dětech se zdravotním postižením ve všech typech ústavů napříč resorty.

Dětské domovy pro děti do tří let

Výsledky ze zjišťování uskutečněného v květnu 2024 v dětských domovech pro děti do tří let věku jsou podrobně popsány ve Zprávě o dětských domovech pro děti do tří let za rok 2024. Identifikace zdravotního postižení, se kterým jsou spojené zvýšené nároky na péči, není v případě malých dětí (které jsou všechny závislé na péči) jednoduchá. Přesto se podařilo na základě dostupných dat **identifikovat 66 dětí, které v květnu 2024 pobývaly v dětských domovech pro děti do tří let** věku, a s ohledem na jejich omezení v oblasti komunikace, mobility a závislosti na péči v sebeobsluze a stravování šlo pravděpodobně o děti se zdravotním postižením. v této zprávě bylo těchto 66 dětí zahrnuto mezi děti se zdravotním postižením v ústavní péči.[10]

[10] Část z nich byla přesunuta do DOZP, to se nicméně stalo až později než na podzim 2024, nemělo by tedy dojít k dvojímu započítání jednoho dítěte.

Těchto 66 dětí bylo přítomno v 16 dětských domovech pro děti do tří let věku, ve většině z těchto zařízení byly přítomné jednotky dětí se zdravotním postižením, jak vyplývá z dat prezentovaných v tabulce 5. Sběr dat probíhal v roce 2024, proto jsou do této zprávy zahrnuty i děti z dětských domovů pro děti do tří let, jejichž provoz byl ze zákona ukončen k 1. 1. 2025. Část dětí z těchto zařízení ale byla přesunuta do DD nebo DOZP nebo si příspěvková organizace doposud poskytující služby DD3 registrovala službu DOZP či DD.

Školské ústavy

V případě školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy bylo realizováno MŠMT mimořádné šetření zaměřené na děti se zdravotním postižením v červnu 2024. Z dat z tohoto šetření nebylo možné zcela přesně určit počet dětí se zdravotním postižením ve školských ústavech tak jako v případě DOZP.[11] na základě dostupných dat můžeme nicméně říci, že v zařízeních se nacházelo **přibližně 100 dětí** se zdravotním postižením, se kterým jsou spojené zvýšené nároky na péči.

Jak je vidět z diskuze prezentované v příloze 3, žádné z dětí se zdravotním postižením ve školských ústavech pravděpodobně nespadá do kategorie 4 „těžké zdravotní postižení" podle v této zprávě uplatněné souhrnné klasifikace závažnosti zdravotního postižení. Jen část z těchto dětí spadala do kategorie 3 „zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující osoby". Struktura dětí se zdravotním postižením ve školských ústavech se tedy lišila od DOZP, kde sice také neměly všechny děti těžké zdravotní postižení, ale téměř dvě třetiny z dětí spadaly do kategorie 3 nebo 4. **Ve 25 školských ústavech, kde bylo přítomno alespoň jedno dítě se zdravotním postižením, byly děti s méně závažným zdravotním postižením než v DOZP.**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V DOZP bylo v době sběru dat na podzim 2024 přítomno celkem 327 dětí se zdravotním postižením do 18 let věku. Pro řadu z 45 DOZP, kde pobývalo alespoň jedno dítě, platilo, že zde byly jednotky dětí, ale v některých zařízeních vyrůstaly i desítky dětí.[12]

[11] Nebyla k dispozici data za jednotlivé děti, s jejichž pomocí by bylo možné identifikovat počet dětí, u kterých byly přítomné různé kombinace omezení v komunikaci, mobilitě, závislosti na péči a dalších indikátorů, které jsou podrobně popsány v příloze 3.
[12] v rámci sociálních služeb byla zjišťována data o dětech v DOZP, v domovech se zvláštním režimem je služba dětem poskytována jen výjimečně, z naprosté většiny jde o dospívající s poruchou autistického spektra, ve většině případů o malokapacitní skupiny.

Tabulka 5: Počet dětí se zdravotním postižením v různých typech zařízení ústavní péče a počty zařízení, která měla v péči alespoň jedno dítě se zdravotním postižením – podle kraje

Kraj umístění zařízení	Celkový přibližný počet dětí se zdravotním postižením v ústavní péči	Počet dětí podle typu zařízení			Celkový počet zařízení	Počet zařízení		
		DOZP	Školské ústavy**	Dětské domovy pro děti do 3 let věku***		DOZP	Školské ústavy**	Dětské domovy pro děti do 3 let věku****
Praha*	44	34	2	8	8	6	1	1
Středočeský kraj	60	37	12	11	12	5	4	3
Jihočeský kraj	23	11	11	1	5	3	2	
Plzeňský kraj	42	27	9	6	5	2	2	1
Karlovarský kraj	28	19	6	3	6	3	2	1
Ústecký kraj	89	80	0	9	8	7	0	1
Liberecký kraj	25	22	2	1	4	2	1	1
Královéhradecký kraj	20	6	12	2	4	2	2	
Pardubický kraj	15	11	1	3	5	2	1	2
Kraj Vysočina	16	14	0	2	2	1	0	1
Jihomoravský kraj	49	10	32	7	7	3	1	3
Olomoucký kraj	16	14	2	0	6	4	2	
Zlínský kraj	22	11	8	3	4	2	2	
Moravskoslezský kraj	47	31	6	10	10	3	5	2
Celkem (ČR)	496	327	103	66	86	45	25	16

* Zařízení zřizovaná Prahou nacházející se mimo Prahu.

** Přibližný údaj viz diskuzi v Příloze 3.

*** Děti s příslušným OSPOD v daném kraji.

**** Počet zařízení v roce 2024, služba dětský domov pro děti do tří let věku od 1. 1. 2025 odstraněna ze zákona o zdravotních službách.

Použití metod, postupů, technik či nástrojů specifické podpory dětí se zdravotním postižením

Všechna zařízení byla dotazována kromě údajů o dětech i na využívání vybraných metod, postupů, technik či nástrojů, které jsou relevantní v rámci péče o děti se zdravotním postižením.

Bylo zjišťováno, v případě kolika dětí je daná metoda (postup, technika…) využívána a kolik pracovníků danou metodu (postup, techniku…) využívá.

Ukázalo se, že **využívání metod, postupů, technik či nástrojů, které jsou relevantní v rámci péče o děti se zdravotním postižením, je výrazně častější v případě DOZP než školských ústavů,** které mají v této oblasti zatím jen omezené zkušenosti (např. s obrázkovým komunikačním systémem jen tři školská zařízení), jak je vidět z tabulky 6.

V případě některých metod (postupů, technik…) uváděly poměrně vysoké počty dětí i pracovníků dětské domovy pro děti do tří let věku. Existuje zde tedy možný potenciál pro uplatnění části pracovníků těchto zařízení ve službě DOZP v případech, kdy je to relevantní.

Tabulka 6: Využívání vybraných metod, postupů, technik či nástrojů, které jsou relevantní v rámci péči o děti se zdravotním postižením jednotlivými typy zařízení

Metody/ techniky/ nástroje	DOZP			Školské ústavy		
	Dětí	Pracovníků	Zařízení	Dětí	Pracovníků	Zařízení
obrázkový komunikační systém (VOKS)	86	195	24	15	30	3
znaky, gesta	153	468	33	40	97	9
zařízení s hlasovým výstupem	28	71	6	4	1	3
bazální stimulce	218	337	38	10	16	1
iniciační dotek	154	377	29	38	47	4
snoezelen	175	251	27	49	34	5
deeskalační techniky	58	223	16	69	192	11

3 Proč některé děti se zdravotním postižením končí v ústavní péči

Zdravotní postižení samo o sobě není důvodem pro institucionalizaci dětí. Rodiny v Česku se starají o desítky tisíc dětí se zdravotním postižením.

Zdravotní postižení, byť sebevážnější, není samo o sobě indikací toho, že by dítě muselo (či mělo) být umístěno do ústavní péče.

Rodiny v Česku pečují o více než 33 tisíc dětí se zdravotním postižením, čerpajících příspěvek na péči. Z toho 11,5 tisíce jsou děti s vysokými nároky na péči, pobírající příspěvek na péči v III. a IV. stupni.[13]

Náhradní rodiče (nejčastěji pěstouni) se starají o dalších téměř 800 dětí se zdravotním postižením, které pobírají příspěvek na péči.[14]

Ne všechny děti v ústavech mají závažné zdravotní postižení

Neplatí, že by se do DOZP dostávaly pouze děti s nejtěžším zdravotním postižením, obvyklá není výživa PEG ani časté hospitalizace, jak je vidět z výsledků z šetření prezentovaných níže.

[13] Viz Statistickou ročenku z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2023.
[14] Viz Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2023.

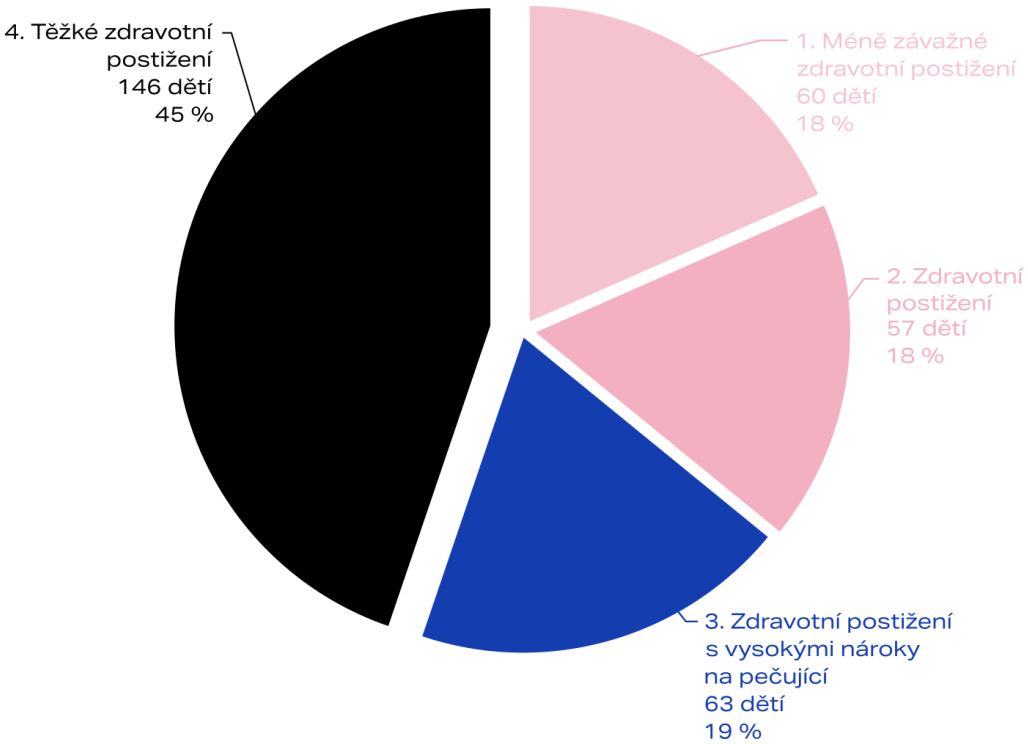
Těžké zdravotní postižení měla necelá polovina dětí

Ze sebraných dat vyplývá, že zdaleka ne všechny děti se zdravotním postižením mají závažné zdravotní postižení s velmi vysokými nároky na péči.

Pro děti v DOZP, v jejichž případě bylo možné počty dětí v členění podle souhrnné klasifikace závažnosti zdravotního postižení kvantifikovat,[15] platí, že **těžké zdravotní postižení mělo 45 % dětí** a dalších 19 % dětí mělo zdravotní postižení, s nímž byly spojené vysoké nároky na pečující. Pro 36 % dětí platilo, že spadaly do jedné ze dvou kategorií dětí se zdravotním postižením, se kterým nejsou spojené vysoké nároky na pečující (viz přílohu 2 pro podrobný popis metodiky uplatněné v této zprávě pro zařazování dětí do čtyř uplatněných souhrnných kategorií závažnosti zdravotního postižení).

To, že ne všechny děti v DOZP měly těžké zdravotní postižení, můžeme usuzovat i z toho, že příspěvek na péči ve IV. stupni mělo 66 % dětí v DOZP.

Graf 6: Děti v DOZP podle souhrnné závažnosti zdravotního postižení



[15] v případě školských ústavů nebylo možné s ohledem na charakter sebraných dat (nebyla k dispozici individuální data za jednotlivé děti) počet dětí přesně kvantifikovat, z dat je ovšem zřejmé, že dítě s těžkým zdravotním postižením (kategorie 4) zde pravděpodobně nebylo žádné, dětí v kategoriích 2 a 3 přibližně 100. u zdravotnických dětských domovů nebylo možné provést přesnou kvantifikaci s ohledem na nižší věk dětí, kdy se obtížně určuje vyšší než obvyklá závislost na péči.

Box 3 Shrnutí uplatněné souhrnné klasifikace závažnosti zdravotního postižení

Souhrnná závažnost zdravotního postižení byla klasifikována na základě kombinace závažnosti postižení v jednotlivých dimenzích následujícím způsobem
(viz přílohu 2 pro podrobnosti):

1. Mezi děti s **méně závažným zdravotním postižením** byly počítány mobilní a verbální děti s příspěvkem na péči **samostatně** či s podporou zvládající stravování a sebeobsluhu **bez** výrazných projevů náročného **chování** s lehkým až středně těžkým mentálním postižením.

2. Mezi děti **se zdravotním postižením** byly počítány mobilní a verbální děti s příspěvkem na péči **samostatně** či s podporou zvládající stravování a sebeobsluhu s **některým z projevů náročného chování**

   nebo

   mobilní a verbální děti **bez projevů náročného chování závislé na péči**.

3. Mezi děti se **zdravotním postižením s vysokými nároky na pečující osoby** byly počítány:

   mobilní a verbální děti, které ale byly závislé na péči s některými z projevů náročného chování,

   nebo

   mobilní, ale neverbální děti, pro které platilo, že byly buď závislé na péči, nebo s některým z projevů náročného chování (nikoli ovšem obojí současně).

4. Mezi děti s **těžkým zdravotním postižením** byly počítány:

   mobilní, ale neverbální děti, pro které platilo, že byly **současně závislé na péči i s náročným chováním,**

   nebo

   mobilní, ale neverbální děti, u kterých zařízení uvedlo **hluboké mentální postižení** (nehledě na ostatní indikátory, protože závislost na péči byla v těchto případech vždy vysoká),

   nebo

   současně nemobilní a neverbální děti (pro všechny z nich platilo, že jsou velmi závislé na péči a zpravidla mají hluboké mentální postižení).

   Pozn.: Verbální děti – děti komunikující verbálně

Využívání PEG (či jiné techniky) nebylo časté

Výživa s pomocí PEG[16] či stomie nejsou samy o sobě indikací pro umístění dítěte do ústavní péče. **Pomocí PEG jsou běžně vyživováni lidé (včetně dětí) žijící v domácím prostředí.**[17] Jde pouze o indikátor zvýšených nároků na péči.

Vyživováno s pomocí PEG bylo celkem 50 dětí pobývajících v DOZP, tedy 15 % dětí. Ve většině krajů šlo o jednotky dětí, jak je vidět z tabulky 7.

Kyslíkové zařízení využívaly dvě děti, u jednoho dítěte byla uvedena tracheostomie, u jednoho dítěte jiná stomie.

Tabulka 7: Počet dětí vyživovaných s pomocí PEG v DOZP

Kraj umístění zařízení	Využívání PEG		
	Ne	Ano	Celkem
Praha	32	2	34
Středočeský kraj	34	3	37
Jihočeský kraj	11	0	11
Plzeňský kraj	20	7	27
Karlovarský kraj	17	2	19
Ústecký kraj	72	8	80
Liberecký kraj	21	1	22
Královéhradecký kraj	4	2	6
Pardubický kraj	10	1	11
Kraj Vysočina	11	3	14
Jihomoravský kraj	6	4	10
Olomoucký kraj	7	7	14
Zlínský kraj	7	4	11
Moravskoslezský kraj	25	6	31
Celkem (ČR)	277	50	327

[16] Zavedení tenké hadičky (sondy) do žaludku v průběhu gastroskopie a vyvedení ven přes břišní stěnu, čímž se zajišťuje alternativní přístup pro podávání výživy v případech, při nichž je výživa ústy nedostatečná nebo zcela nemožná.

[17] Viz příručku pro rodinné příslušníky https://www.fresenius-kabi.com/cz/documents/M%C5%AFj%C5%BDivotSPEGem_2019.pdf.

Časté hospitalizace se vyskytovaly výjimečně

Zařízení byla dotázána na průměrný roční počet hospitalizací. v průměru jednu hospitalizaci ročně uvedla zařízení v případě 22 (7 %) dětí, dvě a více hospitalizací ročně uvedla zařízení v případě 12 (4 %) dětí.

Existují dvě hlavní trajektorie, jak a proč se děti se zdravotním postižením dostávají do ústavní péče

S jistou mírou zjednodušení můžeme říci, že existují dvě hlavní trajektorie, kdy, jak a proč končí děti se zdravotním postižením v Česku v ústavní péči.

Děti se zdravotním postižením vyrůstající v ústavní péči můžeme rozdělit na dvě přibližně stejně velké skupiny:

1. děti, pro které platí, že:
    - byly (zpravidla soudem) umístěny mimo svou rodinu již v raném věku (do sedmi let),
    - před umístěním do DOZP pobývaly v jiném typu ústavu (nejčastěji bývalém kojeneckém ústavu),
    - v tom, že vyrůstají mimo svou rodinu, hrají významnou roli i další důvody (obtíže na straně rodiny) než jen zvýšené nároky na péči spojené se zdravotním postižením (ne všechny tyto děti mají těžké zdravotní postižení).
2. děti, které se dostávají do ústavní péče (zpravidla na základě smlouvy s rodiči) v pozdějším věku (v jedenácti a více letech) z rodin, které o ně do té doby zvládaly pečovat, ale dále už to nedokážou.

První trajektorie: Umístění dítěte se zdravotním postižením do ústavní péče kvůli kombinaci zvýšených nároků na péči a sociálních důvodů

Jak je vidět z tabulky 8, v případě poloviny z dětí v DOZP byly zařízení známy i jiné důvody pro umístění než zvýšené nároky na péči. Platilo to i pro děti s těžkým zdravotním postižením. v případě dětí s méně závažným postižením věděla zařízení o dalších (sociálních) důvodech častěji.

K umístění dětí se zdravotním postižením do ústavní péče tedy došlo často důsledkem kombinace faktorů. Podíl dětí, v jejichž případě hrály roli i jiné důvody než zvýšené nároky na péči v důsledku zdravotního postižení, bude velmi

pravděpodobně vyšší, než je uvedeno v Tabulce 8, protože zařízení nevědí ve všech případech o tom, jaké všechny faktory na straně rodiny hrály roli v umístění.

Tabulka 8. Počet dětí v DOZP podle závažnosti zdravotního postižení a toho, zda zařízení byly známé i jiné důvody umístění (na straně rodiny, sociální důvody) než zvýšené nároky na péči

Závažnost zdravotního postižení	Jsou zařízení známy i jiné důvody umístění než zvýšené nároky na péči plynoucí ze zdravotního postižení dítěte?		
	ne	ano	celkem
1. Méně závažné zdravotní postižení	42 %	58 %	100 %
2. Zdravotní postižení	32 %	68 %	100 %
3. Zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující	52 %	48 %	100 %
4. Těžké zdravotní postižení	61 %	39 %	100 %
Celkem	51 %	49 %	100 %

To, že DOZP neplní pouze roli náhradní péče o děti se závažným zdravotním postižením, můžeme usuzovat i z vysokého podílu dětí jiného než většinového původu (nejčastěji romského). Ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy je podíl dětí romského původu 50 až 70 %.[18] Podíl dětí romského původu v DOZP je nižší, nicméně stále jde zde podíl romských dětí, který činí (včetně dětí smíšeného původu) 23 %, což je přibližně osmkrát vyšší, než by odpovídalo jejich podílu v dětské populaci, který činí přibližně 3 %.[19]
Jiným způsobem to indikuje, že v umísťování dětí do DOZP taktéž hrají roli sociální důvody, protože romská populace v ČR čelí sociálnímu vyloučení, diskriminaci na trhu s bydlením[20] a dalším těžkostem, které ztěžují naplňování potřeb dětí.

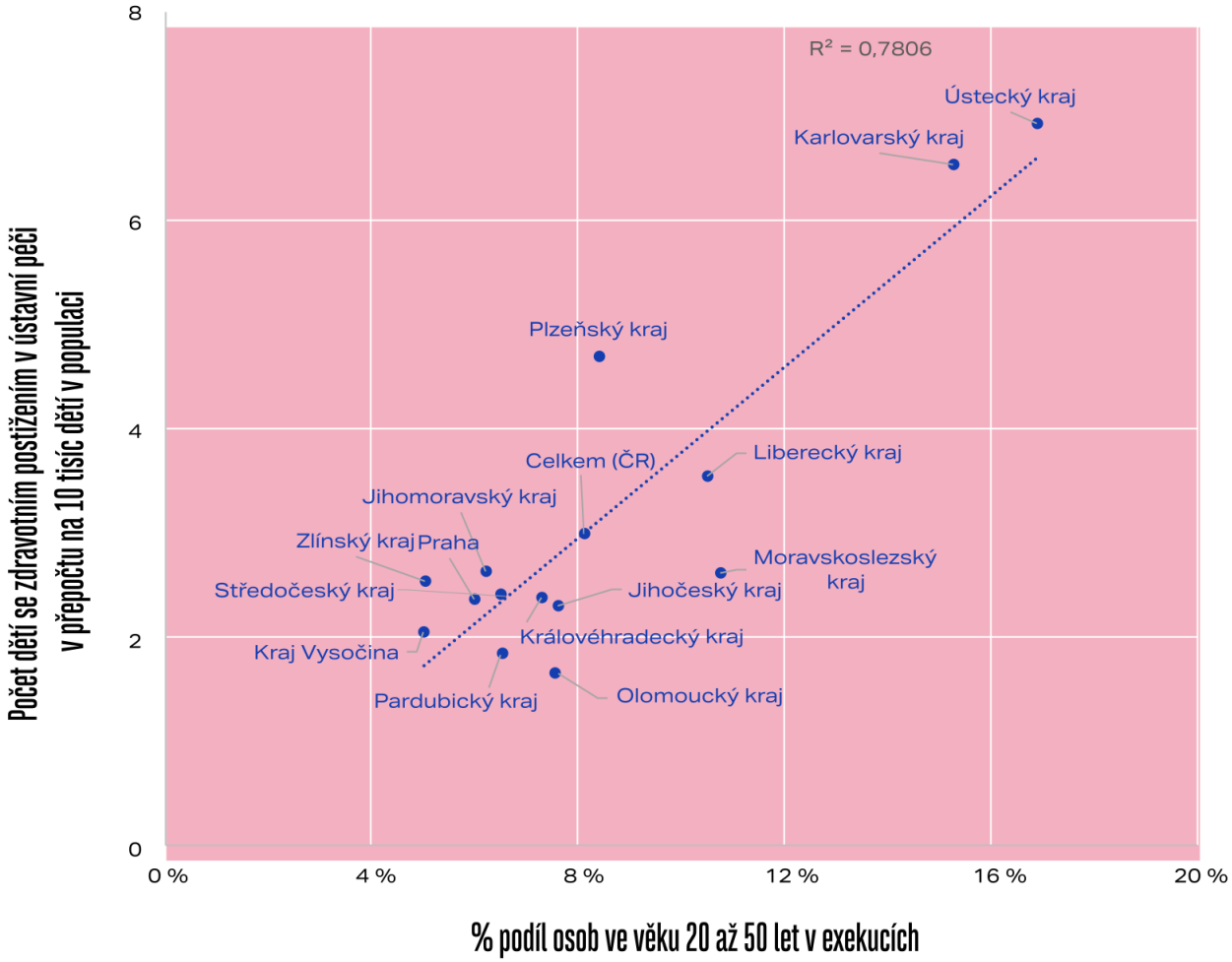
[18] Viz Závěrečnou zprávu z mimořádného sběru dat mezi školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy 2023.
[19] na základě kvalifikovaných odhadů podílu romských dětí v základním školství realizovaných MŠMT.
[20] Viz například zprávu veřejného ochránce práv dostupnou zde: https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/12430.

Tabulka 9: Děti v DOZP podle původu

Kraj umístění zařízení	Původ dítěte				
	většinová etnicita	romský původ	smíšený původ (jeden rodič romského původu)	jiný	Celkem
Praha	73 %	24 %	3 %		100 %
Středočeský kraj	68 %	24 %	3 %	5 %	100 %
Jihočeský kraj	91 %		9 %		100 %
Plzeňský kraj	93 %	7 %			100 %
Karlovarský kraj	58 %	42 %			100 %
Ústecký kraj	73 %	24 %	3 %		100 %
Liberecký kraj	68 %	32 %			100 %
Královéhradecký kraj	67 %	33 %			100 %
Pardubický kraj	91 %	9 %			100 %
Kraj Vysočina	72 %	21 %		7 %	100 %
Jihomoravský kraj	90 %	10 %			100 %
Olomoucký kraj	79 %	21 %			100 %
Zlínský kraj	64 %	9 %		27 %	100 %
Moravskoslezský kraj	84 %	10 %	3 %	3 %	100 %
Celkem (ČR)	75 %	21 %	2 %	2 %	100 %

Jak je vidět z grafu 7, počet dětí se zdravotním postižením v ústavní péči v přepočtu na deset tisíc dětí v populaci velmi silně souvisí také s podílem obyvatel v exekucích (je výrazně vyšší v Ústeckém a Karlovarském kraji, kde se nachází výrazně více obyvatel v exekucích než ve zbytku ČR).

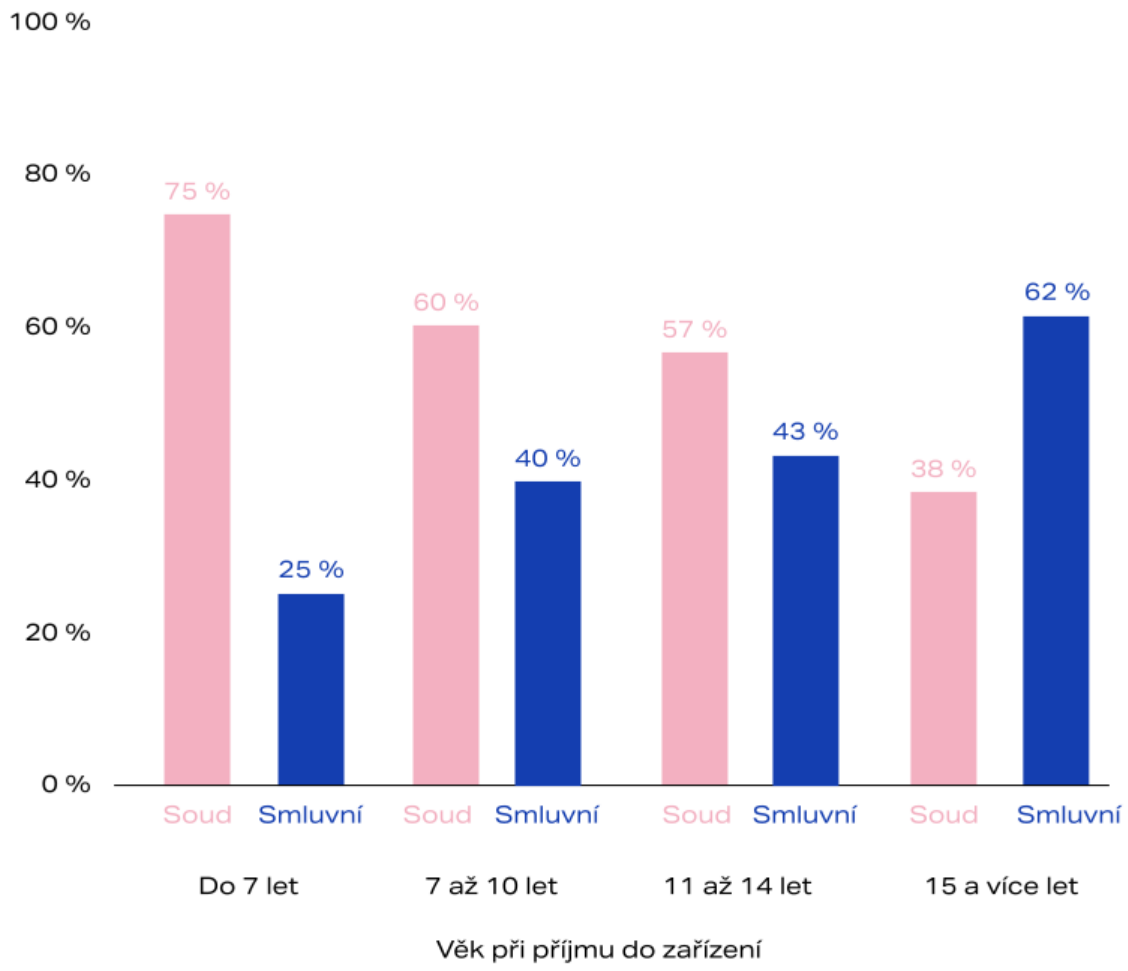
Graf 7: Souvislost mezi podílem dětí se zdravotním postižením v ústavní péči (všechny typy ústavů) a podílem obyvatel v exekucích



Druhá trajektorie: Smluvní pobyty zahájené v pozdějším věku

Jak je vidět z grafu 8, zatímco v případě dětí přijatých do DOZP do sedmi let věku jednoznačně převažují soudně nařízené pobyty (jde o děti dostávající se do zařízení v rámci výše popsané první trajektorie), čím později je dítě přijato do zařízení, tím vyšší je pravděpodobnost, že půjde o pobyt na základě smlouvy se zákonným zástupcem, tedy o příjmy z rodin, které se do 11 až 15 let o dítě zvládaly postarat, ale déle už to (bez adekvátní podpory) nedokážou.

Graf 8: Děti v DOZP podle věku při příjmu zařízení a právního titulu



Hlavní zjištění a doporučení

V ústavní péči v Česku stále vyrůstá přibližně **500 dětí se zdravotním postižením.**

Hlavní zjištění a doporučení vyplývající z detailního sběru dat o těchto dětech lze rozdělit do dvou sekcí:

A. Zjištění a doporučení týkající se prevence umísťování dětí se zdravotním postižením do ústavní péče

B. Zjištění a doporučení týkající se transformace péče

A. Prevence umísťování dětí se zdravotním postižením do pobytové péče

Hlavní zjištění k prevenci umísťování

1. Neplatí, že by v ústavech končily děti s nejtěžším zdravotním postižením

Zdravotní postižení, byť sebevážnější, není samo o sobě indikací toho, že by dítě muselo (či mělo) být umístěno do ústavní péče. Rodiny v Česku pečují o 11,5 tisíce dětí se zdravotním postižením s vysokými nároky na péči, pobírající příspěvek na péči v III. a IV. stupni.

Z dat navíc vyplynulo, že zdaleka ne všechny děti se zdravotním postižením v ústavní péči mají těžké zdravotní postižení, častá není výživa PEG ani opakované hospitalizace.

2. V umístění dítěte se zdravotním postižením do ústavní péče často hrají roli i další důvody než jen zvýšené nároky na péči

V případě poloviny dětí v DOZP byly zařízení známy i jiné důvody pro umístění než zvýšené nároky na péči. Platilo to i pro děti s těžkým zdravotním postižením. a to zařízení mnohdy o situaci rodiny nemají příliš informací.

Na deset tisíc dětí přepočtený počet dětí se zdravotním postižením v ústavní péči velmi silně souvisí s podílem obyvatel v exekucích (je výrazně vyšší v Ústeckém

a Karlovarském kraji, kde se nachází výrazně více obyvatel v exekucích než ve zbytku ČR).

3. Existují dvě hlavní trajektorie, kdy, jak a proč se děti se zdravotním postižením do ústavní péče dostávají

S jistou mírou zjednodušení můžeme říci, že existují dvě hlavní trajektorie, kdy jak a proč končí děti se zdravotním postižením v Česku v ústavní péči.

Děti se zdravotním postižením vyrůstající v ústavní péči můžeme rozdělit na dvě přibližně stejně velké skupiny:

1. Na děti, které byly umístěny mimo svou rodinu zpravidla již v raném věku (do 7 let), před umístěním do DOZP pobývaly v jiném typu ústavu (nejčastěji bývalém kojeneckém ústavu) a v tom, že vyrůstají mimo svou rodinu hrají významnou roli i další důvody (obtíže na straně rodiny) než jen zvýšené nároky na péči spojené se zdravotním postižením (ne všechny tyto děti mají těžké zdravotní postižení),
2. Na děti, které se dostávají do ústavní péče v pozdějším věku (v 11 a více letech) z rodin, které o ně do té doby zvládaly pečovat, ale dále už to nedokážou.

Hlavní doporučení k prevenci umísťování dětí

1. Posílit krajské sítě komunitních sociálních služeb – terénních a ambulantních a dalších podpůrných služeb a programů pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením

Z dat vyplývá, že pro to, aby nedocházelo k umísťování dětí se zdravotním postižením do ústavní péče, je klíčová podpora rodin pečujících o dítě se zdravotním postižením skrze **odlehčovací služby** v pobytové i terénní formě. K tomu dospěla i rozsáhlá analýza organizace Péče bez překážek, která ve svém závěru uvádí: „Řešení stávající situace vidíme především v rozšíření sítě sociálních a odlehčovacích služeb…“[21]

Důležité je ovšem i zajištění adekvátních kapacit **rané péče**, která je aktuálně schopná zajistit podporu jen přibližně 20 % rodin s dítětem se zdravotním postižením nebo vývojovým opožděním. v některých krajích je to jen 12 až 15 %, jak je zřejmé z dat prezentovaných ve Zprávě o stavu péče o ohrožené děti v ČR v roce 2023.

Současně je důležité, aby pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením byla dostupná osobní asistence, a to nejen finančně, ale důležitá je i místní a časová

Box 4 Raná péče v Česku

1. Raná péče je klíčovou veřejnou službou pro rodiny s dětmi do sedmi let se zdravotním postižením či vývojovým opožděním. I díky rané péči nedochází k umísťování malých dětí se zdravotním postižením do ústavní péče z rodin, které nemají současně jiné problémy (a potřebují komplexní intenzivní podporu).
2. Potenciální cílová skupina rané péče čítá celkem 3,1 % ze všech dětí do 7 let v ČR, tedy přibližně 28 tisíc dětí.
3. Raná péče v ČR je schopna zajistit podporu přibližně 5 tisícům rodin, tedy pouze necelým 20 % ze své cílové skupiny rodin, které mají dítě se zdravotním postižením (či vývojovým opožděním).
4. Panují značné rozdíly mezi kraji i v kapacitách rané péče.
   Zatímco v Karlovarském kraji mají služby rané péče kapacitu podpořit téměř polovinu z potřebné populace, v Praze je to téměř čtyřikrát méně, pouze 12 %.

[21] Viz analýzu organizace Péče bez překážek Význam a dostupnost odlehčovacích služeb pohledem pečujících o děti s postižením.

dostupnost (např. možnost využít služby o víkendu) a aby byly k dispozici adekvátní kapacity denních stacionářů. Rodiče také uvádějí nedostupnost dalších služeb, jako je terénní rehabilitace či ergoterapie.

2. Zřídit fond na dofinancování dočasné intenzivní podpory pro vybrané rodiny, které mají dítě se zdravotním postižením a současně se nacházejí v obtížné životní situaci

Z dat prezentovaných v této zprávě jednoznačně vyplynulo, že minimálně pro polovinu dětí se zdravotním postižením, které končí v ústavní péči, platí, že jde o děti z rodin, jež trápí i různé další problémy. Důvodem umístění tak nejsou pouze zvýšené nároky na péči o dítě se zdravotním postižením, ale kombinace nároků na péči o dítě se zdravotním postižením s další zátěží rodiny.

I v těchto případech je možné umístění dítěte do ústavu předejít. Jak vyplynulo z Výzkumné zprávy analyzující účinnost dočasné intenzivní podpory rodin s ohroženými dětmi,[22] sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) dokážou napomoci významnému zlepšení v naplňování potřeb dětí a předcházet odebírání dětí z rodin, pokud na to mají dostatečnou kapacitu. Skrze kombinovanou podporu formou SAS a rané péče je možné snížit počet dětí se zdravotním postižením přijímaných do ústavní péče v krajích jako Ústecký nebo Karlovarský kraj, kde je umísťováno výrazně více dětí se zdravotním postižením do ústavní péče (než jinde), právě protože zde rodiny s dítětem se zdravotním postižením současně čelící dalším problémům nedostávají adekvátní podporu.

Krajům, jež zpravidla provozují ústavy pečující o děti se zdravotním postižením a které nesou část z vysokých nákladů na ústavní péči o děti, nic nebrání v tom, aby např. zřídily nový „fond" (balík finančních prostředků) za účelem dofinancování dočasné intenzivní podpory pro vybrané rodiny, kde hrozí umístění dítěte se zdravotním postižením do ústavní péče.

3. Využít příležitosti pro posílení podpory rodiny s dětmi se zdravotním postižením spojené s ukončením činnosti dětských domovů pro děti do tří let věku

Zrušení služby dětský domov pro děti do tří let věku (bývalých kojeneckých ústavů) od 1. 1. 2025 představuje ve většině krajů ČR velkou příležitost, jak zajistit finance na realizaci doporučení č. 1 a č. 2, tj. posílení odlehčovacích a dalších podpůrných služeb a zřízení fondu na dofinancování dočasné intenzivní podpory vybraných rodin. a v několika málo krajích, které transformují tato zařízení v odlehčovací sociální služby jako například v Libereckém kraji, se tak děje.

[22] Viz analýzu Dočasná intenzivní podpora rodiny. Klíčový nástroj prevence odebírání dětí z rodin.

Řada krajů ještě v roce 2024 dotovala bývalé kojenecké ústavy ze svého rozpočtu částkou mezi 30 až 90 mil. Kč ročně (viz tabulku 10).

Zřizovatelé (většinou kraje) by měli **zajistit, aby nebyly desítky milionů Kč ročně**, které byly doposud v krajích využívány na péči o ohrožené děti zajišťovanou dětskými domovy pro děti do tří let věku, **přesměrovány do jiných oblastí, ale byly nadále využívány ve prospěch ohrožených dětí**.

I pokud kraje (a statutární města Brno, Plzeň a Ostrava, které zřizují tři bývalé kojenecké ústavy) **přesměrují jen malou část z dotací doposud vynakládaných na provoz bývalých kojeneckých ústavů** ve prospěch podpůrných sociálních služeb (zejména odlehčovacích a sociálně aktivizačních služeb), **umožní to významné posílení prevence** umísťování dětí se zdravotním postižením do ústavní péče.

Tabulka 10: Výnosy z transferů (primárně dotace od zřizovatelů) bývalých kojeneckých ústavů (dětských domovů pro děti do tří let věku) v roce 2024

Kraj	Název zařízení	Zřizovatel	Výnosy z transferů (primárně dotace od zřizovatele) v roce 2024
Praha	Dětské centrum při FTN Krč	Ministerstvo zdravotnictví	neznámo*
Středočeský kraj	Dětské centrum Kladno	kraj	40,48 mil. Kč
Středočeský kraj	Dětské centrum Kolín	kraj	40,18 mil. Kč
Středočeský kraj	Dětské centrum Milovice	kraj	33,97 mil. Kč
Plzeňský kraj	Dětský domov Trnová	kraj	32,13 mil. Kč
Plzeňský kraj	Dětské centrum Plzeň	Město Plzeň	75,05 mil. Kč
Karlovarský kraj	Krajský dětský domov pro děti do 3 let Karlovy Vary	kraj	33,55 mil. Kč
Ústecký kraj	Kojenecké ústavy Ústeckého kraje Most	kraj	53,83 mil. Kč
Liberecký kraj	Dětské centrum Liberec	kraj	41,32 mil. Kč
Královéhradecký kraj	Dětské centrum Dvůr Králové nad Labem	kraj	neznámo*
Pardubický kraj	Dětské centrum Veská	kraj	60,68 mil. Kč
Pardubický kraj	Dětské centrum Svitavy	kraj	35,57 mil. Kč
Kraj Vysočina	Dětské centrum Jihlava	kraj	28,92 mil. Kč
Kraj Vysočina	Trojlístek – centrum pro děti a rodinu Kamenice nad Lipou	kraj	29,53 mil. Kč
Jihomoravský kraj	Chovánek – dětské centrum rodinného typu	Město Brno	29,45 mil. Kč
Jihomoravský kraj	Krůček Kyjov – centrum zdravotních služeb pro děti	kraj	19,00 mil. Kč
Jihomoravský kraj	LILA Domov pro postižené děti Otnice	kraj	66,24 mil. Kč
Olomoucký kraj	Dětské centrum Ostrůvek	kraj	49,62 mil. Kč
Moravskoslezský kraj	Dětské centrum Domeček	Město Ostrava	46,73 mil. Kč
Moravskoslezský kraj	Zámek Dolní Životice, pracoviště Dětské centrum Čtyřlístek	kraj	neznámo*

* Zařízení součástí větší příspěvkové organizace, není k dispozici oddělený rozpočet.

4 Posílit cílené vyhledávání pěstounů pro děti se zdravotním postižením

Téměř 800 dětí se zdravotním postižením (s příspěvkem na péči) vyrůstá v Česku v péči náhradních rodičů (zpravidla pěstounů). Vyhledat pěstouny pro děti se zdravotním postižením není jednoduché. Možné to nicméně je. Je proto nezbytné a zásadní posílit cílené vyhledávání pěstounů pro děti se zdravotním postižením s ohledem na to, jak málo dětí se každoročně dostává z DOZP do náhradní péče (v průměru jen dvě děti ročně v celém Česku).

B. Transformace pobytové náhradní péče o děti se zdravotním postižením

Hlavní zjištění k transformaci péče

1. 80 % dětí se zdravotním postižením žijících v pobytových zařízeních vyrůstá v náhradní péči ústavního typu

Podíl dětí se zdravotním postižením v pobytové péči ústavního typu je dokonce vyšší než podíl dospělých se zdravotním postižením ve službách ústavního typu. Dětí se zdravotním postižením vyrůstá v pobytových službách ústavního typu 80 %, zatímco mezi všemi uživateli je to 73 %.[23]

V omezené míře došlo k transformaci náhradní péče o děti se zdravotním postižením zajišťované DOZP, vůbec není k dispozici náhradní pobytová péče neústavního (komunitního) typu v případě dětí se zdravotním postižením umístěných v roce 2024 ve zdravotnických a školských ústavech.

2. Většina krajů ČR (9 ze 14) stále umísťuje děti se zdravotním postižením výhradně do péče ústavního typu, přestože přesun péče do komunity je možný

Přesun péče o děti se zdravotním postižením z nevyhovujících služeb ústavního typu do péče poskytované v komunitě je možný. Pardubický kraj přesunul veškerou lůžkovou péči o děti se zdravotním postižením do komunity, Praha většinu. v několika dalších krajích došlo k přesunu několika dětí do transformovaných

[23] Podle výzkumné zprávy Žít jako ostatní „27 % (3 804 lůžek) ze všech míst v pobytových sociálních službách pro lidi s mentálním postižením se nachází v prostorech představujících adekvátní nebo alespoň akceptovatelné zázemí pro služby komunitního typu".

domácností po sběru dat (např. Kraj Vysočina v poslední době přesunul jednu domácnost do komunitního typu péče a plánuje přesun dalších, Karlovarský kraj plánuje přesun další domácnosti – tato zpráva vychází z dat sebraných na podzim roku 2024).

V devíti ze čtrnácti krajů ČR však doposud nedošlo k žádnému či významnému pokroku v deinstitucionalizaci péče o děti se zdravotním postižením a děti se zdravotním postižením jsou zde nadále umísťovány výhradně do nevyhovující péče ústavního typu.

3. Významná část ústavních zařízení je navíc nevhodně umístěna v malých obcích s nedostatkem služeb (zejména škol), což dále zhoršuje vyloučení dětí se zdravotním postižením

Téměř 60 % dětí se zdravotním postižením v DOZP žije v ústavech v malých obcích do deseti tisíc obyvatel s omezenou dostupností služeb. Zpravidla zde není speciální škola, do které by mohly děti vyrůstající v ústavu chodit spolu s jinými dětmi se zdravotním postižením, a častěji se tyto děti vzdělávají přímo v zařízení a vůbec neopouštějí zdi ústavu.

4. Pro většinu dětí umístěných do DOZP je ústav, do kterého se dostanou, „konečnou stanicí“

Jen malá část dětí se zdravotním postižením umístěných do DOZP se vrátí před dosažením zletilosti zpět do rodiny (nebo do náhradní rodiny). 73 % z nich setrvává i po dosažení zletilosti v zařízení, do kterého se dostaly. Tedy v ústavu, pokud tedy nešlo o zařízení ústavního typu.

5. Prozatím není relevantní možnost, aby náhradní péči o děti se zdravotním postižením začaly primárně zajišťovat školské dětské domovy namísto DOZP

Z principiálního hlediska je vhodné, aby nebyly děti se zdravotním postižením, které nemohou vyrůstat ve své ani náhradní rodině, vyčleňovány od ostatních dětí v náhradní péči. Je nutné, aby i v náhradní péči docházelo k inkluzi dětí se zdravotním postižením mezi ostatní děti umístěné mimo rodinu, obdobně jako ve vzdělávání. To by v kontextu ČR znamenalo začlenění dětí se zdravotním postižením umístěných mimo rodinu do dětských domovů, které podle zákona 109/2002 Sb. mohou o děti se zdravotním postižením pečovat, a jak vyplynulo z této zprávy, také pečují. Z provedeného šetření ovšem současně vyplynulo, že zkušenosti školských ústavů s dětmi se zdravotním postižením s vysokými nároky na péči jsou zatím jen omezené (zpravidla pečují o děti s méně závažným postižením) a velmi omezené jsou zatím zkušenosti školských ústavů se specializovanými metodami, postupy, techniky či nástroji, které jsou relevantní v rámci péče o děti se zdravotním postižením.

Hlavní doporučení k transformaci péče

1. Zajistit rovné podmínky pro děti se zdravotním postižením

V případě dětí bez zdravotního postižení zákon jasně deklaruje, že náhradní pobytová péče by neměla být ústavního, ale komunitního typu. v § 12 zákona 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy, je řečeno, že **„péče zajišťovaná dětskými domovy probíhá způsobem, který se v nejvyšší možné míře podobá běžnému rodinnému životu. Pokud je to možné, péče zajišťovaná dětskými domovy probíhá v samostatných rodinných skupinách v bytech v bytových domech anebo v rodinných domech v běžné zástavbě. Je kladen důraz na nejvyšší možné začlenění dětí do společnosti."**

Pokud nemá být legislativa diskriminační ve vztahu k dětem se zdravotním postižením, které jsou stále nejčastěji umísťovány do DOZP (viz druhou kapitolu této zprávy), je nezbytné, aby bylo v zákoně o sociálních službách nebo prováděcích předpisech ukotveno, že pobytové služby pro děti se zdravotním postižením nemají mít charakter služeb ústavního, ale komunitního typu, obdobně jako náhradní péče zajišťovaná dětskými domovy. Měla by být také dána zvláštní kritéria pro pobytovou komunitní službu pro děti s postižením.

2. Kraje by měly urychleně začít s transformací ústavů pro lidi se zdravotním postižením. Nic jim v tom nebrání

Většina krajů ČR, kde děti se zdravotním postižením stále vyrůstají v ústavech, by měla urychleně začít s přesunem péče do samostatných domácností v bytech a domech v komunitě. Současně je nezbytné dbát na to, aby nedošlo k přenosu ústavní kultury do přístupu k dětem a procesům zařízení. a nejde jen o DOZP, ale také o školské dětské domovy.[24]

Krajům nic nebrání v zahájení procesu změny. Nejde o rozsáhlou akci. Ve většině krajů jde o to „odústavnit" náhradní péči o dvacet až padesát dětí. Pardubický kraj, který náhradní péči o děti se zdravotním postižením kompletně deinstitucionalizoval, není nijak zvýhodněný z hlediska rozpočtového určení daní. Má stejné finanční možnosti jako ostatní kraje ČR. Od ostatních krajů se liší pouze tím, že se rozhodl, že děti se zdravotním postižením, které nemohou vyrůstat ve své nebo náhradní rodině, budou žít v náhradní péči v komunitě.

[24] Přestože jsou ve většině krajů ČR dominantní DOZP, jinak je tomu např. v Jihomoravském kraji, kde funguje velký dětský domov ústavního typu, zaměřený na péči o děti se zdravotním postižením v malé obci Vřesovice (viz: https://isv.gov.cz/rssz/detail-skoly/acbce4c7-da43-4d66-a7b4-ad1f1227ae1e?stavKeDni=2025-04-05).

3. Kraje se nemusejí omezovat na složitou a nákladnou výstavbu domků, ale mohou nakoupit či pronajmout existující byty či rodinné domy

Polovina všech dětí se zdravotním postižením v náhradní péči, vyrůstajících v komunitě namísto ústavu, žije v bytech z větší části pronajatých, nikoli v nově postavených domcích (v rámci transformace).

Nákup či pronájem existujících domů či bytů není univerzálním řešením pro všechny děti se zdravotním postižením v ústavní péči, ale pro řadu dětí je relevantní možností i s ohledem na to, že jen malá část dětí se zdravotním postižením v ústavní péči potřebuje bezbariérové bydlení, protože je na vozíku.

Nákup či pronájem bytů a domů v běžné zástavbě je navíc cestou, která už se v případě pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením ve všech krajích ČR úspěšně realizuje ve velkém rozsahu v rámci služeb pro dospělé. Jen v pobytových službách pro lidi s mentálním postižením bylo už v roce 2021 k dispozici více než tisíc lůžek v pronajatých bytech a domech v běžné zástavbě.[25]

4. Tam, kde zůstávají děti se zdravotním postižením v bývalých kojeneckých ústavech, by mělo dojít k jejich přesunu do adekvátní péče v komunitě

Od 1. 1. 2025 byly zákonem zrušeny dětské domovy pro děti do tří let (bývalé kojenecké ústavy). V příspěvkových organizacích dříve poskytujících zdravotní službu dětský domov pro děti do tří let věku nemohou nadále pobývat děti na základě rozhodnutí soudu. Tato možnost nebude k dispozici ani v případě vzniku center komplexní péče. Děti se zdravotním postižením, kterých v těchto zařízeních pobývalo ještě v květnu 2024 celkem téměř 70, by měly být co nejdříve navráceny do rodiny, umístěny do náhradní rodiny, nebo pokud není jiná možnost, přemístěny do neústavní náhradní péče v komunitě (v rámci DOZP nebo školského dětského domova).

5. Adekvátní část provozní dotace od zřizovatele na provoz bývalých kojeneckých ústavů lze přesunout na příspěvkové organizace, které budou poskytovat komunitní DOZP

Jak již bylo řečeno výše, řada krajů ještě v roce 2024 dotovala bývalé kojenecké ústavy ze svého rozpočtu částkou mezi 30 až 90 mil. Kč ročně (viz tabulku 10 výše). Krajům nic nebrání v tom, aby převedly odpovídající část z dotace pro bývalé kojenecké ústavy na příspěvkové organizace nově zajišťující péči o děti se zdravotním postižením (např. na provoz deinstitucionalizovaných domácností v komunitě v rámci služby DOZP). Jde pouze o navýšení rozpočtu jedné příspěvkové organizace na úkor druhé.

[25] Viz Výzkumnou zprávu Žít jako ostatní.

Seznam tabulek a grafů

Seznam grafů

Graf 1: Děti se zdravotním postižením v ústavní péči v Česku podle toho, kde žijí (všechny druhy ústavů) 8
Graf 2: Průměrný roční počet dětí, které v letech 2019 až 2024 odešly z DOZP nebo zemřely nebo v rámci pobytu v DOZP dosáhly zletilosti a v zařízení zůstaly 11
Graf 3: Děti se zdravotním postižením v DOZP v bytech a domech v komunitě podle formy bydlení 13
Graf 4: Kde probíhá vzdělávání dětí umístěných v DOZP 14
Graf 5: Děti v DOZP podle velikosti obce, v níž se nachází zařízení, ve kterém žijí 17
Graf 6: Děti v DOZP podle souhrnné závažnosti zdravotního postižení 24
Graf 7: Souvislost mezi podílem dětí se zdravotním postižením v ústavní péči (všechny typy ústavů) a podílem obyvatel v exekucích 30
Graf 8: Děti v DOZP podle věku při příjmu zařízení a právního titulu 31
Graf 9: Děti v DOZP podle toho, kde mají sourozence (informace byla k dispozici u 80 % dětí v DOZP) 56

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vybrané údaje za DOZP, které měly v roce 2024 v péči alespoň 1 dítě do 18 let (podle počtu dětí přítomných v zařízení) 9
Tabulka 2: Počet dětí v DOZP podle toho, v jakém typu budovy je poskytována péče podle kraje; stav na podzim 2024; děti v budovách mohou žít spolu s dospělými 10
Tabulka 3: Jak často se vzdělávají děti v DOZP – podle kraje 15
Tabulka 4: Děti v DOZP v krajích ČR podle velikosti obce, kde se zařízení nachází 18
Tabulka 5: Počet dětí se zdravotním postižením v různých typech zařízení ústavní péče a počty zařízení, která měla v péči alespoň jedno dítě se zdravotním postižením, v krajích ČR 21
Tabulka 6: Využívání vybraných metod, postupů, technik či nástrojů, které jsou relevantní v rámci péči o děti se zdravotním postižením jednotlivými typy zařízení 22

Tabulka 7: Počet dětí vyživovaných s pomocí PEG v DOZP 26
Tabulka 8. Počet dětí v DOZP podle závažnosti zdravotního postižení a toho, zda zařízení byly známé i jiné důvody umístění (na straně rodiny, sociální důvody) než zvýšené nároky na péči 28
Tabulka 9: Děti v DOZP podle původu 29
Tabulka 10: Výnosy z transferů (primárně dotace od zřizovatelů) bývalých kojeneckých ústavů (dětských domovů pro děti do tří let věku) v roce 2024.....37
Tabulka 11: Děti pobývající v DOZP podle věku při příjmu do zařízení.....45
Tabulka 12: Děti v DOZP podle věku v době konání šetření (podzim 2024).....46
Tabulka 13: Děti v DOZP podle věku v době konání šetření (říjen 2024) 47
Tabulka 14: Průměrný počet ročně přijatých dětí v posledních pěti letech do DOZP podle věku a toho, odkud bylo dítě přijato 48
Tabulka 15: Děti v DOZP podle věku při příjmu a toho, odkud byly přijaty (% v tabulce značí podíl dané kombinace věku při příjmu a předchozího umístění na všech dětech v DOZP) 49
Tabulka 16: Průměrný počet dětí, které ročně odešly z DOZP, podle věku při odchodu a toho, kam dítě odešlo (za posledních pět let)*.....50
Tabulka 17: Počet a podíl dětí, v jejichž případě zařízení disponovalo informací o různých důvodech pro přijetí dítěte do DOZP.....51
Tabulka 18: Děti v DOZP podle věku a souhrnné závažnosti zdravotního postižení 52
Tabulka 19: Počet dětí v DOZP v krajích podle závažnosti zdravotního postižení (počty dětí) 53
Tabulka 20: Děti v DOZP v krajích podle závažnosti zdravotního postižení (podíl dětí).....54
Tabulka 21: Náročné projevy v oblasti chování v případě dětí v DOZP, uváděné zařízeními.....55
Tabulka 22: Přehled dostupných zdrojů dat k závažnosti zdravotního postižení dětí a jejich váha v indexu v rámci souhrnné závažnosti zdravotního postižení..58
Tabulka 23: Kombinace omezení v mobilitě a komunikaci v jednotlivých stupních závažnosti postižení 59
Tabulka 24: Kombinace omezení ve stravování a sebeobsluze v jednotlivých stupních postižení.....60
Tabulka 25: Zjišťované projevy náročného chování.....61
Tabulka 26: Souhrn klasifikace závažnosti postižení v jednotlivých dimenzích ..62
Tabulka 27: Uplatněná klasifikace souhrnné závažnosti zdravotního postižení .64

Přílohy

Příloha 1: Doplňující statistiky za děti v DOZP

Věk dětí při příjmu do zařízení

V některých krajích je přijímáno do DOZP minimum dětí do sedmi let, jak je vidět z tabulky 11.

Tabulka 11: Děti pobývající v DOZP podle věku při příjmu do zařízení

Kraj umístění zařízení	Věk při příjmu do zařízení						
	Do 1 roku	1 až 3 roky (včetně)	4 až 6 let (včetně)	7 až 10 let	11 až 14 let	15 a více let	Celkem
Praha		9	10	7	6	2	34
Středočeský kraj		5	16	11	3	2	37
Jihočeský kraj		1		4	6		11
Plzeňský kraj		3	7	9	7	1	27
Karlovarský kraj		1	3	9	5	1	19
Ústecký kraj		25	22	14	15	4	80
Liberecký kraj		8	4	8	2		22
Královéhradecký kraj		3	1	1	1		6
Pardubický kraj		1	1	4	4	1	11
Kraj Vysočina	1	5	5	1	2		14
Jihomoravský kraj			1	3	6		10
Olomoucký kraj			2	5	6	1	14
Zlínský kraj		1		5	4	1	11
Moravskoslezský kraj		6	10	12	1	1	30
Celkem (ČR)	1	68	64	93	68	14	326

Věk dětí v DOZP v době konání šetření (podzim 2024)

V některých krajích je v DOZP aktuálně (resp. na podzim 2024) minimum dětí do deseti let, jak je vidět z tabulky 12.

Tabulka 12: Děti v DOZP podle věku v době konání šetření (podzim 2024)

Kraj umístění zařízení	Věk v DOZP v době konání šetření (podzim 2024)						
	Do 1 roku	1 až 3 roky (včetně)	4 až 6 let (včetně)	7 až 10 let	11 až 14 let	15 a více let	Celkem
Praha			1	10	13	10	34
Středočeský kraj				10	13	14	37
Jihočeský kraj				1	5	5	11
Plzeňský kraj			2	3	11	11	27
Karlovarský kraj				8	5	6	19
Ústecký kraj		1	7	18	21	33	80
Liberecký kraj				4	9	9	22
Královéhradecký kraj			2		2	2	6
Pardubický kraj		1		1	6	3	11
Kraj Vysočina				1	7	6	14
Jihomoravský kraj				3	2	5	10
Olomoucký kraj			1	3	5	5	14
Zlínský kraj				1	2	8	11
Moravskoslezský kraj			3	8	9	11	31
Celkem (ČR)		2	16	71	110	128	327

Celkem je (resp. bylo na podzim 2024) **73 % všech dětí v DOZP v ČR ve věku 11 až 18 let**, jak je vidět z tabulky 13.

Tabulka 13: Děti v DOZP podle věku v době konání šetření (říjen 2024)

Věk v době konání šetření (říjen 2024)	Počet dětí	Procent
1 až 3 roky (včetně)	2	1 %
4 až 6 let (včetně)	16	5 %
7 až 10 let	71	22 %
11 až 14 let	110	34 %
15 a více let	128	38 %
Celkem	327	100 %

Odkud jsou děti přijímány do DOZP

Nejvíce dětí je do DOZP přijímáno z rodiny, jak je vidět z tabulky 14 (byť část těchto dětí prošla nejprve nemocnicí nebo lůžkovou psychiatrickou péčí).

Tabulka 14: Průměrný počet ročně přijatých dětí v posledních pěti letech do DOZP podle věku a toho, odkud bylo dítě přijato (součty zcela přesně neodpovídají hodnotám ve sloupcích kvůli zaokrouhlování)

Odkud bylo dítě přijato		Celkem	Věk při příjmu				
			do 3 let	4 až 6 let	7 až 10 let	11 až 14 let	15 až 17 let
Celkem		58	2	10	15	18	16
A. Rodina/příbuzní		31,0	0,4	2,9	7,5	9,8	11,4
B. Náhradní rod. péče		2,9	0,0	0,4	0,7	1,1	0,7
C. Ústavní péče		19,8	1,5	4,4	5,2	5,5	3,7
A. Rodina/příbuzní	A1. biologická rodina	25,0	0,4	2,2	6,0	8,2	8,2
	A2. příbuzní	2,4		0,2	0,5	0,7	1,0
	A3. nemocnice	1,8		0,5	1,0	0,2	0,2
	A4. lůžková psychiatrická péče	1,8				0,7	2,0
B. Náhradní rod. péče	B1. příbuzenská PP	0,4				0,4	
	B2. pěstounská rodina (nepříbuzní)	2,5		0,4	0,7	0,7	0,7
C. Ústavní péče	C1. dětský domov pro děti do 3 let věku	6,0	1,5	2,4	1,6	0,5	
	C2. ZDVOP	2,5		1,0	0,4	0,5	0,7
	C3. školský DD	5,3		1,0	1,8	2,0	0,5
	C4. jiný školský ústav (diagnostický, výchovný...)	4,5			1,0	2,2	1,5
	C5. DOZP	1,5			0,4	0,2	1,0
Jiné	jiné	4,4	0,0	1,6	1,6	0,7	0,4

Z tabulky 15 je vidět následující:

1. 59 % všech příjmů (pokud nebudeme děti dělit podle předchozího umístění) se odehrává ve věku 11 až 17 let (viz první řádek);
2. největší skupinou dětí v zařízeních jsou děti přijaté z rodiny ve věku 7 až 17 let (viz druhý řádek), dohromady tvoří 40 % dětí v DOZP.

Tabulka 15: Děti v DOZP podle věku při příjmu a toho, odkud byly přijaty (% v tabulce značí podíl dané kombinace věku při příjmu a předchozího umístění na všech dětech v DOZP)

Odkud bylo dítě přijato	Celkem	Věk při příjmu				
		do 3 let	4 až 6 let	7 až 1 let	11 až 14 let	15 až 17 let
Celkem	100 %	3,1 %	17,2 %	25,9 %	31,0 %	27,6 %
A. Rodina / příbuzní	53,4 %	0,6 %	5,0 %	13,0 %	16,9 %	19,6 %
B. Náhradní rod. péče	5,0 %	0,0 %	0,6 %	1,3 %	1,9 %	1,3 %
C. Ústavní péče	34,2 %	2,5 %	7,5 %	8,9 %	9,4 %	6,4 %
D. Jiné	7,5 %	0,0 %	2,8 %	2,8 %	1,3 %	0,6 %

Podrobná statistika o tom, kam děti odcházejí

Jak je vidět z Tabulky 16, v průměru dochází k ukončení pobytu dětí v DOZP v celém Česku před zletilostí jen u 17 dětí ročně. Nejčastějšími způsoby ukončení pobytu jsou návraty do rodiny a úmrtí (obojí po 7 ročně). Dospělým klientem zařízení se stane každoročně téměř 50 dětí pobývajících v DOZP.

Tabulka 16: Průměrný počet dětí, které ročně odešly z DOZP, podle věku při odchodu a toho, kam dítě odešlo (za posledních pět let)*

Kam dítě odešlo		Celkem	Věk při odchodu					
			do 3 let	4 až 6 let	7 až 10 let	11 až 14 let	15 až 17 let	18 let
I. Celkem odchody před zletilostí		16,7		1,5	3,3	4,9	6,9	
A. Rodina/příbuzní		7,1		0,4	0,9	2,4	3,5	
B. Náhradní rod. péče		2,0			0,7	0,7	0,5	
C. Ústavní péče		1,1		0,5		0,2	0,4	
D. Úmrtí		7		1	2	2	3	
II. Setrvání v zařízení po zletilosti		48						48
A. Rodina/příbuzní	A1. biologická rodina	6,2		0,4	0,9	2,0	2,9	
	A2. příbuzní	0,7				0,2	0,5	
	A3. nemocnice	0,2				0,2	0,0	
	A4. lůžková psychiatrická péče	0,2					0,2	
B. Náhradní rod. péče	B1. pěstounská rodina (nepříbuzní)	1,8			0,7	0,7	0,4	
	B2. adoptivní rodina	0,2	0,2					
C. Ústavní péče	C1. školský DD	0,5		0,5				
	C2. jiný školský ústav (diagnostický, výchovný...)	0,5				0,2	0,4	
	C3. DOZP – přesun do jiného	1,6					1,6	
D. Úmrtí	D1. úmrtí	6,5	0,2	0,5	1,6	1,6	2,5	

* v tabulce jsou necelé počty dětí (desetinná místa) a hodnoty nižší než 1, protože jde o průměrnou roční hodnotu v posledních 5 letech (např. jedno zesnulé dítě za 5 let odpovídá průměru 0,2 zesnulých dětí ročně).

Důvody přijetí

Statistiku důvodů pro přijetí je v případě DOZP nezbytné brát s rezervou s ohledem na to, že tato zařízení mnohdy nemusejí disponovat úplnými informacemi o situaci rodiny (důvodech na straně rodiny), a to zejména v případě smluvních pobytů. Počty dětí uvedené v tabulce 17 je nutné chápat jako minimální počty dětí, v jejichž případě byly jednotlivé důvody přítomné.

Tabulka 17: Počet a podíl dětí, v jejichž případě zařízení disponovalo informací o různých důvodech pro přijetí dítěte do DOZP

Důvody přijetí, které byly známé DOZP a uvedlo při sběru dat (u jednoho dítěte mohlo být uvedeno vícero důvodů)*	Počet dětí	Podíl dětí
týrání nebo zneužívání dítěte	18	6 %
zanedbávání základních potřeb dítěte (potrava, hygiena, ošacení, zdraví, bezpečí apod.)	66	20 %
problémy v oblasti vzdělávání (školní docházka, spolupráce rodiny se školou, podpora dítěte ve vzdělávání	29	9 %
obtížná finanční situace rodiny	39	12 %
obtíže rodiny v oblasti bydlení (jak nevyhovující bydlení např. přebývání na ubytovně, tak nestabilní či přelidněné bydlení)	29	9 %
problémové (náročné) chování dítěte v rodině či ve škole	48	15 %
zdravotní postižení či jiné speciální potřeby dítěte (např. chronické onemocnění) – z něj plynoucí náročnost	279	85 %
omezená rodičovská kapacita z důvodu zdravotního postižení, zdravotního stavu (včetně problémů v oblasti duševního zdraví)	75	23 %
úmrtí rodiče, zbavení rodiče rodičovské odpovědnosti, pobyt rodiče primárně zajišťujícího péči ve vězení	33	10 %
Celkem	327	100 %

* Počet dětí, v jejichž případě byly jednotlivé důvody přítomné, bude velmi pravděpodobně vyšší, jelikož DOZP mnohdy nedisponují dostatečně podrobnými informacemi o situaci rodiny (a jiných důvodech, než jsou zvýšené nároky na péči v důsledku zdravotního postižení dítěte).

Právní titul

Sebraná data ukazují, že hlavním faktorem, který ovlivňuje, zda bylo dítě přijato na základě rozhodnutí soudu nebo na základě smlouvy s rodičem, je věk příjmu, jak bylo popsáno v textu (viz graf 8).

Ze statistické analýzy dat naopak nevyplynulo, že by se podíl smluvních pobytů lišil mezi kraji (všude byl mezi 30 a 40 %). Nehrálo ani roli, v jakém kalendářním roce došlo k příjmu (zda to bylo v roce 2019, 2020, 2021 atd.)

Závažnost zdravotního postižení podle věku

Jak je vidět z tabulky 18, struktura dětí z hlediska závažnosti zdravotního postižení se příliš neliší v závislosti na věku.

Tabulka 18: Děti v DOZP podle věku a souhrnné závažnosti zdravotního postižení

	Věk dítěte (v říjnu 2024)					
Závažnost zdravotního postižení	1 až 3 roky (včetně)	4 až 6 let (včetně)	7 až 10 let	11 až 14 let	15 a více let	Celkem
1. Méně závažné zdravotní postižení	2	2	10	21	25	60
2. Zdravotní postižení	0	2	11	25	19	57
3. Zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující	0	3	16	19	25	63
4. Těžké zdravotní postižení	0	8	34	45	59	146
Celkem	2	15	71	110	128	326

Závažnost zdravotního postižení podle kraje

Jak je vidět z tabulky 19, v některých krajích (Královéhradeckém, Zlínském, Olomouckém) bylo v DOZP minimum dětí v kategoriích 1 a 2 souhrnné závažnosti zdravotního postižení.

Tabulka 19: Počet dětí v DOZP v krajích podle závažnosti zdravotního postižení (počty dětí)

Kraj umístění zařízení	Závažnost zdravotního postižení				
	1. Méně závažné zdravotní postižení	2. Zdravotní postižení	3. Zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující	4. Těžké zdravotní postižení	Celkem
Praha	10	11	5	8	34
Středočeský kraj	5	6	9	17	37
Jihočeský kraj	0	2	3	6	11
Plzeňský kraj	6	2	7	12	27
Karlovarský kraj	4	3	3	9	19
Ústecký kraj	22	13	13	31	79
Liberecký kraj	5	4	4	9	22
Královéhradecký kraj	0	1	1	4	6
Pardubický kraj	1	4	3	3	11
Kraj Vysočina	4	4	0	6	14
Jihomoravský kraj	1	0	2	7	10
Olomoucký kraj	0	2	2	10	14
Zlínský kraj	1	1	3	6	11
Moravskoslezský kraj	1	4	8	18	31
Celkem (ČR)	60	57	63	146	326

Jak je vidět z tabulky 20, mezi kraji jsou určité rozdíly ve struktuře dětí v DOZP z hlediska souhrnné závažnosti zdravotního postižení.

Tabulka 20: Děti v DOZP v krajích podle závažnosti zdravotního postižení (podíl dětí)

Kraj umístění zařízení	Závažnost zdravotního postižení				
	1. Méně závažné zdravotní postižení	2. Zdravotní postižení	3. Zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující	4. Těžké zdravotní postižení	Celkem
Praha	30 %	32 %	15 %	24 %	100 %
Středočeský kraj	14 %	16 %	24 %	46 %	100 %
Jihočeský kraj		18 %	27 %	55 %	100 %
Plzeňský kraj	22 %	7 %	26 %	44 %	100 %
Karlovarský kraj	21 %	16 %	16 %	47 %	100 %
Ústecký kraj	28 %	17 %	17 %	38 %	100 %
Liberecký kraj	23 %	18 %	18 %	41 %	100 %
Královéhradecký kraj		17 %	17 %	66 %	100 %
Pardubický kraj	9 %	37 %	27 %	27 %	100 %
Kraj Vysočina	29 %	29 %		42 %	100 %
Jihomoravský kraj	10 %		20 %	70 %	100 %
Olomoucký kraj		14 %	14 %	72 %	100 %
Zlínský kraj	9 %	9 %	27 %	55 %	100 %
Moravskoslezský kraj	3 %	13 %	26 %	58 %	100 %
Celkem (ČR)	18 %	17 %	19 %	46 %	100 %

Náročné projevy v oblasti chování

Zařízení byla taktéž dotazována na výskyt náročných projevů v oblasti chování u dětí. Zařízení byla tázána na přítomnost projevů v devíti kategoriích, přičemž byly v rámci šetření u každé z kategorií uvedeny i příklady konkrétních projevů. Jak je vidět z tabulky 21, zdaleka nejčastěji DOZP uváděla přítomnost projevů v prvních dvou kategoriích, tj. neklidné chování a nepříjemné verbální projevy. **Při interpretaci statistik uvedených v tabulce 21 je nezbytné vzít v potaz, že řada náročných projevů v oblasti chování může být důsledkem institucionalizace dětí.**

Tabulka 21: Náročné projevy v oblasti chování v případě dětí v DOZP, uváděné zařízeními

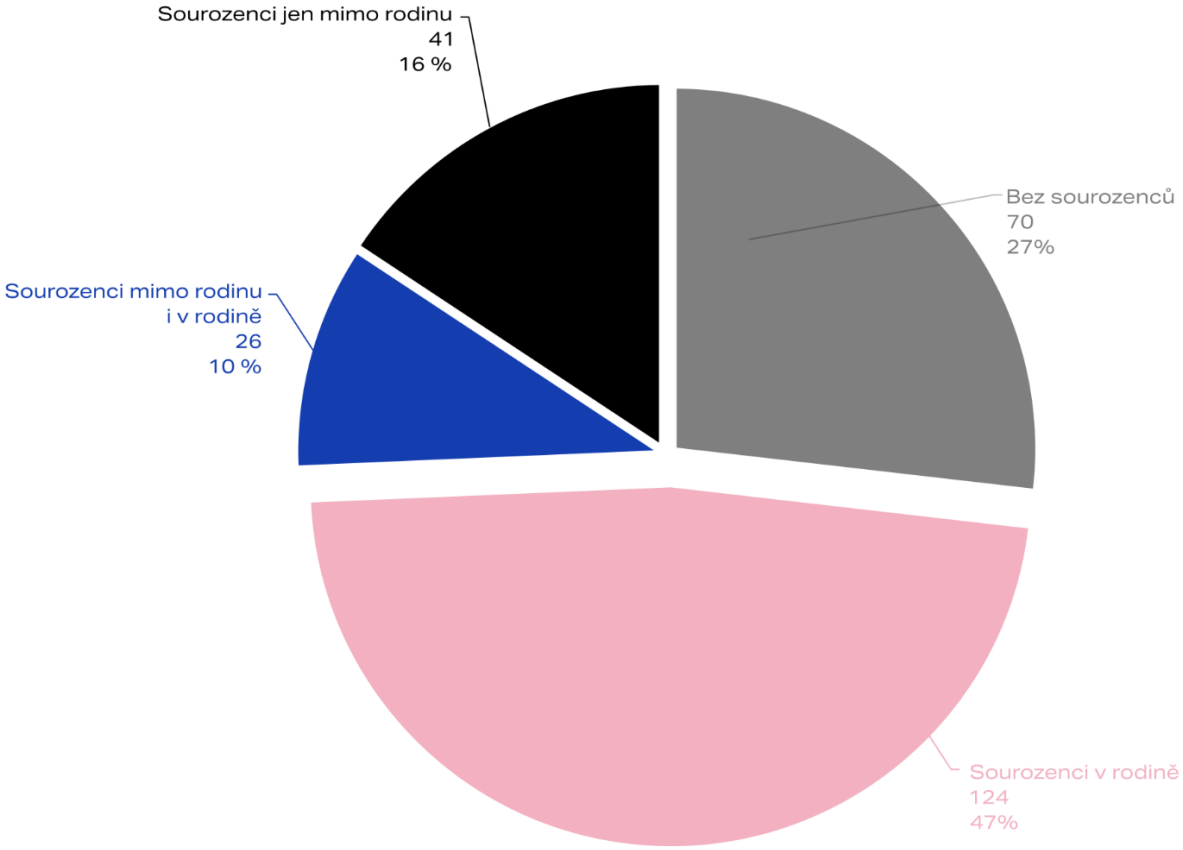
Číslo projevu	Kategorie projevů náročného chování	Konkrétní projevy (u jednoho dítěte mohlo být uvedeno vícero projevů)	Počet dětí	Podíl dětí
1	a) Neklidné chování	Netrpělivost, nemožnost v klidu někde na něco počkat; opakované neobvyklé pohyby těla	173	53 %
2	b) Nepříjemné verbální projevy	Ječení nebo křik; opakované vydávání neobvyklých zvuků; nevhodné používání vulgarismů	83	25 %
3	c) Sebepoškozující chování	Sebepoškozování (zraňování); vkládání do úst nebo polykání předmětů, které způsobují zranění	81	25 %
4	d) Chování ohrožující druhé osoby	Agrese vůči ostatním; tahání druhých za vlasy; házení předmětů na ostatní	69	21 %
5	e) Chování poškozující věci, nevhodné užívání věcí	Ničení věcí; kopání či bouchání do předmětů; neobvyklé hraní si s předměty	86	26 %
6	f) Nevhodné sexuální chování	Svlékání se na nevhodných místech; nevhodné sexuální chování	24	7 %
7	g) Kálení nebo močení na veřejnosti, rozmazávání výkalů nebo hra s nimi	Kálení nebo močení na veřejnosti; rozmazávání výkalů nebo hra s nimi	26	8 %
8	h) Nespavost	Noční buzení, nespavost	31	9 %
9	i) Poruchy příjmů potravy	Jakékoli problémy s příjmem potravy (dítě je nemusí mít diagnostikované, stačí, pokud se vyskytují)	3	1 %
		Celkem	327	100 %

Děti podle toho, kde mají sourozence

V případě většiny (80 %) dětí v DOZP zařízení uvedla, že mají k dispozici informaci o tom, zda mají děti sourozence v péči rodičů, v náhradní rodinné péči nebo ústavní péči.

Ukázalo se, že celkem 57 % dětí v DOZP má alespoň jednoho sourozence v péči rodičů (z toho 10 % mělo některého ze sourozenců v péči rodičů a jiného mimo rodinu).

Graf 9: Děti v DOZP podle toho, kde mají sourozence (informace byla k dispozici u 80 % dětí v DOZP)



Příloha 2: Aplikovaná kategorizace závažnosti zdravotního postižení

O dětech se zdravotním postižením byla k dispozici řada údajů indikujících závažnost zdravotního postižení. Zařízení poskytla i informace o mobilitě dětí a o tom, jak komunikují. Těmto údajům byla přiřazena relativně vyšší váha při posuzování souhrnné závažnosti zdravotního postižení jednotlivých dětí, protože jde o údaje, které jsou poměrně dost validní (zejména minimální mobilita a neverbální komunikace jsou jednoznačně určitelné) a mají vysoký dopad na náročnost péče o dítě.

K samotným nárokům na péči byla k dispozici jak informace o stupni závislosti na péči určující výši příspěvku na péči (stupeň I. až IV.), tak informace od zařízení o tom, jak dítě jí a jak zvládá sebeobsluhu (hygiena, oblékání ad.). Těmto údajům byla přiřazena střední váha především protože to, jak v zařízení probíhá stravování (jestli dítě jí samo, s podporou nebo je krmené), ale i hygiena a další sebeobslužné úkony u určitého dítěte, nezohledňuje jen závažnost postižení dítěte, ale i fungování zařízení (pokud je např. mnoho dětí a málo času na stravování, musí být dítě, které jí velmi pomalu, krmeno) a vysoká míra závislosti dětí v těchto oblastech může být částečně ovlivněna institucionalizací dětí, „přepečováváním", nedostatkem prostoru pro zkompetentňování dětí apod. Stejná váha byla přiřazena i dostupným informacím o různých projevech náročného chování především s ohledem na limity ve validitě (ne všechna zařízení stejně pochopit, co znamená, že se dané projevy „často (pravidelně) a dlouhodobě vyskytují"). a střední váha byla přiřazena i informaci o stupni mentálního postižení. Ta by měla primárně vycházet z diagnózy stanovené školským poradenským zařízením (speciálně pedagogické centrum, SPC), zařízení však pravděpodobně neposkytla zcela přesné informace,[26] ale především tento údaj je relevantní primárně pro vzdělávání dítěte (indikuje míru speciálních vzdělávacích potřeb).

[26] DOZP uvedly celkem 211 dětí s těžkým až hlubokým mentálním postižením (z toho 62 s hlubokým), přestože v celém základním a středním školství v ČR (tedy prakticky v celé dětské populaci bez předškolních dětí, které nejsou ani v DOZP) je podle školské statistiky 432 dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením (z toho pouze 17 s hlubokým). Zařízení při vyplňování dotazníku pravděpodobně neměla k dispozici posudek z SPC a uvedla těžší stupeň postižení, než dítě má.

Tabulka 22: Přehled dostupných zdrojů dat k závažnosti zdravotního postižení dětí a jejich váha v indexu v rámci souhrnné závažnosti zdravotního postižení

Oblast/dimenze	Zdroj dat	Validita	Dopad na náročnost péče o dítě	Váha
A. MOBILITA, KOMUNIKACE	zařízení	vysoká	vysoký	vyšší
B. NÁROKY na PÉČI – stupeň závislosti	zařízení	střední	střední	nižší
B. NÁROKY na PÉČI – podle zařízení	zařízení/úřad práce (lékař)	střední	střední	nižší
C. NÁROČNÉ CHOVÁNÍ	zařízení	střední	střední	nižší
D. SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY	zařízení/školské poradenské zařízení	střední	střední	nižší

A. Mobilita a komunikace

Pokud jde o mobilitu a komunikaci, byla k dispozici informace, zda se dítě pohybuje:

1. samostatně,
2. s podporou dalších osob,
3. na vozíku nebo v kočárku (s výhledem vozíku v budoucnu),
4. pouze v leže.

A zda komunikuje

1. verbálně,
2. neverbálně,
3. pomocí komunikačních pomůcek,
4. jinak.[27]

S ohledem na limity na validitě bylo s oběma proměnnými pracováno primárně dichotomicky: tj. zda je dítě mobilní (samostatně či s podporou), nebo nemobilní (na vozíku nebo pouze vleže) a zda je verbální, nebo neverbální (všechny ostatní možnosti). s pomocí kombinace obou proměnných je možné děti rozdělit do tří skupin podle závažnosti postižení na:

1. děti mobilní, komunikující verbálně (první stupeň, lehké postižení),
2. děti mobilní, komunikující neverbálně nebo děti nemobilní, ale komunikující verbálně (druhý stupeň, postižení),
3. děti nemobilní a neverbální (třetí stupeň, těžké postižení).

Tabulka 23: Kombinace omezení v mobilitě a komunikaci v jednotlivých stupních závažnosti postižení

A. MOBILITA, KOMUNIKACE	kombinace mobility a komunikace	MOBILITA	KOMUNIKACE
Stupeň 1 (lehčí postižení)	mobilní, verbální	samostatně, s podporou dalších osob (bez vozíku)	verbálně
Stupeň 2 (postižení)	mobilní, neverbální	samostatně, s podporou dalších osob (bez vozíku)	neverbálně, pomocí komunikačních pomůcek, jinak
	nemobilní, verbální	na vozíku nebo v kočárku (s výhledem vozíku v budoucnu), pouze v leže	verbálně
Stupeň 3 (těžké postižení)	nemobilní, neverbální	na vozíku nebo v kočárku (s výhledem vozíku v budoucnu), pouze v leže	neverbálně, pomocí komunikačních pomůcek, jinak

[27] Bylo možné zvolit vícero možností současně.

B. Nároky na péči

V případě nároků na péči bylo se stupněm závislosti (výší příspěvku na péči) pracováno dichotomicky: děti bez příspěvku na péči nebo s příspěvkem v I. a II. stupni byly počítány mezi děti se spíše lehčím postižením, děti s příspěvkem na péči III a IV mezi děti se spíše závažnějším postižením.

S informacemi o tom, jak dítě jí a jak zvládá sebeobsluhu, bylo pracováno tak, že mezi děti s lehčím postižením byly počítány děti, které dokážou jíst samy nebo s pomocí a takto zvládají i sebeobsluhu. Mezi děti s těžším postižením se započítaly děti krmené a závislé na pomoci, mezi děti s nejtěžším postižením se počítaly děti krmené s pomocí PEG, jak je vidět z tabulky 3.

Tabulka 24: Kombinace omezení ve stravování a sebeobsluze v jednotlivých stupních postižení

B. NÁROKY na PÉČI	stravování, sebeobsluha	Jak dítě jí?	Tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, oblékání, obouvání dítě zvládá
Stupeň 1 (lehčí postižení)	samostatně/s podporou	jí sám/a, dokáže jíst s pomocí	samostatně, s podporou
Stupeň 2 (postižení)	závislé	musí být krmený/á	je závislý/á na pomoci
Stupeň 3 (těžké postižení)	PEG	PEG	je závislý/á na pomoci

C. Náročné chování

Pokud jde o projevy náročného chování, zařízení byla dotázána na projevy náročného chování v devíti oblastech. s daty bylo při analýze souhrnné závažnosti zdravotního postižení pracováno tak, že děti byly rozděleny do tří skupiny na:

1. děti, u kterých se nevyskytly žádné nebo pouze projevy v kategorii 1 nebo 2 (a byly počítány mezi děti s relativně méně náročným chováním),
2. děti, v jejichž případě zařízení uvedla alespoň jeden z projevů v kategoriích 3 až 9,
3. děti, v jejichž případě zařízení uvedla vícero projevů v kategoriích 3 až 9 (děti s relativně nejvíce náročným chováním).

Tabulka 25: Zjišťované projevy náročného chování

Číslo	Projev náročného chování	Doplňující informace (příklady projevů)
1	Neklidné chování	Netrpělivost, nemožnost v klidu někde, na něco počkat; opakované neobvyklé pohyby těla
2	Nepříjemné verbální projevy	Ječení nebo křik; opakované vydávání neobvyklých zvuků; nevhodné používání vulgarismů
3	Sebepoškozující chování	Sebepoškozování (zraňování); vkládání do úst nebo polykání předmětů, které způsobují zranění
4	Chování ohrožující druhé osoby	Agrese vůči ostatním; tahání druhých za vlasy; házení předmětů na ostatní
5	Chování poškozující věci, nevhodné užívání věcí	Ničení věcí; kopání či bouchání do předmětů; neobvyklé hraní si s předměty
6	Nevhodné sexuální chování	Svlékání se na nevhodných místech; nevhodné sexuální chování
7	Kálení nebo močení na veřejnosti, rozmazávání výkalů nebo hra s nimi	Kálení nebo močení na veřejnosti; rozmazávání výkalů nebo hra s nimi
8	Nespavost	Noční buzení, nespavost
9	Poruchy příjmů potravy	Dítě nemusí mít diagnostikované, stačí, pokud se vyskytují problémy s příjmem potravy

D. Speciální vzdělávací potřeby (stupeň mentálního postižení)

S informací o stupni mentálního postižení podle školského poradenského zařízení, na kterou byla zařízení dotázána, bylo pracováno tak, že děti, u nichž zařízení uvedla hluboké mentální postižení, byly počítány mezi děti s těžkým postižením. Děti, u kterých zařízení uvedla těžké mentální postižení, nebyly automaticky počítány mezi děti s těžkým zdravotním postižením s ohledem na limity ve validitě odpovědí ze zařízení (viz výše).

Souhrnná klasifikace závažnosti zdravotního postižení

Souhrn výše popsané klasifikace závažnosti zdravotního postižení v jednotlivých dimenzích obsahuje tabulka 26.

Tabulka 26: Souhrn klasifikace závažnosti postižení v jednotlivých dimenzích

DIMENZE	SPECIFIKACE	Stupeň 1 (lehčí postižení)	Stupeň 2 (postižení)	Stupeň 3 (těžké postižení)
A. MOBILITA, KOMUNIKACE	kombinace mobility a komunikace	mobilní, verbální	mobilní, neverbální (nemobilní, verbální)	nemobilní, neverbální
B. NÁROKY na PÉČI	stupeň závislosti (přiznaný příspěvek na péči)	není stanoven až II.	III. až IV.	IV.
	stravování, sebeobsluha	samostatně, s podporou	závislé	PEG
C. NÁROČNÉ CHOVÁNÍ	počet a vážnost projevů	bez projevů nebo pouze 1 až 2	některý z projevů 3 až 9	vícero projevů 3 až 9 současně
D. SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY	závažnost mentálního postižení	lehké až středně těžké	středně těžké až těžké/jiné	hluboké

Souhrnná závažnost zdravotního postižení byla klasifikována na základě kombinace závažnosti postižení v jednotlivých dimenzích následujícím způsobem (viz též tabulku 19):

1. Mezi děti s **méně závažným zdravotním postižením** byly počítány mobilní a verbální děti s příspěvkem na péči **samostatně** či s podporou zvládající stravování a sebeobsluhu **bez** výrazných projevů náročného **chování** s lehkým až středně těžkým mentálním postižením

2. Mezi děti **se zdravotním postižením** byly počítány mobilní a verbální děti s příspěvkem na péči **samostatně** či s podporou zvládající stravování a sebeobsluhu s **některým z projevů náročného chování**

   nebo

   mobilní a verbální děti **bez projevů náročného chování závislé na péči.**

3. Mezi děti se **zdravotním postižením s vysokými nároky na pečující osoby** byly počítány

   mobilní a verbální děti, které ale byly závislé na péči s některými z projevů náročného chování,

   nebo

   mobilní, ale neverbální děti, pro které platilo, že byly buď závislé na péči nebo s některým z projevů náročného chování (nikoli ovšem obojí současně).

4. Mezi děti s **těžkým zdravotním postižením** byly počítány

   mobilní, ale neverbální děti, pro které platilo, že byly **současně závislé na péči i s náročným chováním,**

   nebo

   mobilní, ale neverbální děti, u kterých zařízení uvedlo **hluboké mentální postižení** (nehledě na ostatní indikátory, protože závislost na péči byla v těchto případech vždy vysoká),

   nebo

   současně nemobilní a neverbální děti (pro všechny z nich platilo, že jsou velmi závislé na péči a zpravidla mají hluboké mentální postižení).

Tabulka 27: Uplatněná klasifikace souhrnné závažnosti zdravotního postižení

Souhrnná závažnost zdravotního postižení	A. MOBILITA, KOMUNIKACE	B. NÁROKY na PÉČI		C. NÁROČNÉ CHOVÁNÍ	D. SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY
	kombinace mobility a komunikace	stupeň závislosti (přiznaný příspěvek na péči)	stravování, sebeobsluha	počet a vážnost projevů	závažnost mentálního postižení
4. Těžké zdravotní postižení	nemobilní, neverbální	jakékoli hodnoty (téměř vždy současně přítomná vysoká závislost na péči)			
	mobilní, neverbální	jakékoli hodnoty (téměř vždy současně závislé na péči)			hluboké
	mobilní, neverbální	IV.	závislé	vícero projevů 3 až 9 současně	středně těžké až těžké/jiné
3. Zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující	mobilní, neverbální	III. až IV.	závislé	jakékoli hodnoty	středně těžké až těžké/jiné
	mobilní, neverbální	III. až IV.	samostatně/s podporou	vícero projevů 3 až 9 současně	středně těžké až těžké/jiné
	mobilní, verbální	III. až IV.	závislé	vícero projevů 3 až 9 současně	středně těžké až těžké/jiné
2. Zdravotní postižení	mobilní, verbální	III. až IV.	závislé	bez projevů 3 až 9	středně těžké až těžké/jiné
	mobilní, verbální	jakákoli hodnota	samostatně/s podporou	vícero projevů 3 až 9 současně	středně těžké až těžké/jiné
1. Méně závažné zdravotní postižení	mobilní, verbální	bez, I. až II.	samostatně/s podporou	bez projevů 3 až 9	lehké až středně těžké

Příspěvek na péči	Počet dětí	Podíl dětí
nestanoven	7	2 %
I.	10	3 %
II.	24	7 %
III.	68	21 %
IV.	217	67 %
Celkem	326	100 %

Příspěvek na péči	Závažnost zdravotního postižení				
	1. Méně závažné zdravotní postižení	2. Zdravotní postižení	3. Zdravotní postižení s vysokými nároky na pečující	4. Těžké zdravotní postižení	Celkem
I.	70 %	30 %			100 %
II.	70 %	30 %			100 %
III.	44 %	29 %	26 %	1 %	100 %
IV.	2 %	12 %	21 %	65 %	100 %
Celkem	18 %	18 %	19 %	45 %	100 %

Příloha 3: Děti se zdravotním postižením ve školských ústavech podle souhrnné závažnosti zdravotního postižení

Kategorie 4: Děti s těžkým zdravotním postižením

V případě školských ústavů bohužel nebyla k dispozici data v takové podobě, aby bylo možné prověřit, jaká byla kombinace indikátorů závažnosti postižení v jednotlivých dimenzích. K dispozici byla statistika toho, u kolika dětí je přítomná a jaká kombinace omezení v oblasti mobility a komunikace. Ukázalo se, že ve školských ústavech nebylo přítomné nemobilní a neverbální dítě. Současně ve školských zařízeních nebylo žádné dítě s diagnózou hluboké mentální postižení ani žádné dítě vyživované s pomocí PEG.

Můžeme tedy říci, že **ve školských ústavech velmi pravděpodobně nebylo žádné dítě s těžkým zdravotním postižením** (kategorie 4 podle souhrnné klasifikace aplikované v této zprávě).

Děti se zdravotním postižením se zvýšenými nároky na pečující osoby

Pokud jde o **děti se zdravotním postižením s vysokými nároky na pečující osoby** (kategorie 3 v souhrnné klasifikaci), můžeme říci, že ve školských ústavech bylo **celkem přibližně 50 takových dětí**. Ačkoli to není možné přesně kvantifikovat (kvůli tomu, že nebyly k dispozici informace o kombinaci indikátorů), počet dětí se zdravotním postižením s vysokými nároky na pečující osoby ve školských ústavech se bude pohybovat kolem 50, protože:

1. Z výkazu za školské ústavy víme, že v těchto zařízeních je celkem 39 dětí s těžkým mentálním postižením (všechny v dětských domovech).
2. Dětí nekomunikujících verbálně, což indikuje závažnější zdravotní postižení (byť většina z nich byla plně mobilních), bylo ve školských ústavech celkem 56.
3. Dětí s příspěvkem na péči ve IV. stupni zde bylo 21 (většina s mentálním postižením až na dvě se sluchovým postižením) a s III. stupněm jich bylo 39.
4. Dětí závislých na pomoci v sebeobsluze uvedla zařízení 16.

(Uvedené hodnoty není možné sčítat, statistiky se velmi pravděpodobně týkají těch samých dětí, kterých bude přibližně 40 až 60.)

Pokud jde o děti se zdravotním postižením (kategorie 2 souhrnné klasifikace), ve školských zařízeních bylo minimum dětí vysoce závislých na péči bez projevů náročného chování, ale byly zde desítky dětí se zdravotním postižením (které zpravidla měly středně těžké mentální postižení) s různými projevy náročného chování.

Chování ohrožující druhé osoby uvedla zařízení u 145 dětí se zdravotním postižením, chování poškozující věci u 163 dětí.

Část z těchto dětí mohou být děti spadající do kategorie 2 (z dat není možné určit překryv), ve školských ústavech nicméně pravděpodobně budou kromě výše popsaných 50 dětí se zdravotním postižením s vysokými nároky na pečující osoby další desítky dětí se zdravotním postižením, v jejichž případě se projevuje zdravotní postižení v oblasti vzdělávání (mají speciální vzdělávací potřeby) a v oblasti chování (jde o mobilní, verbální děti nezávislé na péči). Z dat není možné říci, do jaké míry jsou náročné projevy v oblasti chování důsledkem zdravotního postižení dítěte a do jaké míry souvisejí s uspořádáním péče v zařízeních, která má převážně charakter kolektivní institucionální péče.

Děti s méně závažným zdravotním postižením

Pokud jde o děti s méně závažným zdravotním postižením (kategorie 1 souhrnné klasifikace), těch je ve školských ústavech více než 600. Ve školských ústavech je totiž podle Výkazu Z14 celkem 579 dětí s lehkým mentálním postižením, k tomu je třeba přičíst část ze 166 dětí se středně těžkým mentálním postižením, které nespadají do kategorie 2 (protože nejsou závislé na péči ani nemají projevy náročného chování).

Tyto děti nicméně nebyly zahrnuty do analýz prezentovaných v této zprávě, protože jde primárně o děti pouze se zvýšenými nároky v oblasti vzdělávání, případně náročným chováním, ale jde o verbálně komunikující mobilní děti, které nejsou závislé na péči ani nečerpají příspěvek na péči. Tím se liší od dětí v DOZP, které byly zahrnuty do kategorií 1 a 2 v rámci souhrnné klasifikace, jež také sice jsou verbálně komunikující a mobilní, ale prakticky vždy čerpají příspěvek na péči, protože jsou závislé na péči.

Autoři a přispěvatelé

Jan Klusáček

Barbora Křižanová

8000DŮVODŮ

8000duvodu.cz
nadacejt.cz