Dítě s duševní poruchou ve škole – co musíme změnit?

MUDr. Jaroslav Matys
Soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie, Ostrava

Dětská a dorostová psichiatrie se významně prolíná a zasahuje i do jiných pediatrických lékařských oborů. Mění pohledy a postupy u somatických nemocí v souvislosti s celkovým duševním stavem dětského pacienta, ale i u duševních poruch s jejich somatickými projevy. Věnuje se také častě komorbiditě duševních a somatických nemocí u dětí a dorostu. Tradičně souhrnně pod názvem psychosomatika. Dnes se tento trend komplexního pohledu na pacienta rozvinul do medicinského oboru celostní medicína. Vzdělávací a testovací programy pediatrických oborů ale této realitě běžné praxe v současnosti neodpovídají. Obdobným způsobem dětská a dorostová psichiatrie zasahuje mimo svůj rámec zdravotní péče, a to do vzdělávacího procesu, který se stal součástí komplexní péče o děti s duševními poruchami. V dnešní době se rozběhly paralelně dva zásadní procesy týkající se pedopsychiatrických pacientů. Oba programy jsou vládní. Jeden se nazývá „Reforma psychiatrické péče v ČR“ a druhý je tolik diskutovaný program „Inkluzivní vzdělávání“. Tady je situace ve vzájemné spolupráci mnohem složitější, protože se jedná o profese někdejší. Bohužel oba vládní programy jsou paralelně „vedle sebe“ a nejsou propojené. Objektivně je dnes nutno také konstatovat, že vzdělávací systém lékařů „nepedopsychiatrů“, ale také vzdělávací učitelů ve vztahu k duševním poruchám dětí a dorostu ne-reflektuje tento nový fenomén ovlivňující celou společnost již dnes, ale také budoucnost. Proto článek popisuje stav v současnosti včetně faktů vyvracejících katastrofické scénáře inkluzivního vzdělávání. Autor nastihuje nutnost a směry úpravy ve vzdělávacích programtech u lékařských pediatrických oborů, a lekáři, odvodňují zvětšování učitelů na školách.

Klíčová slova: dětská a dorostová psychiatrie, duševní poruchy, testace, pediatrie, dorostová lékařství, inkluze, podpůrná opatření, asistent pedagoga, speciální školství.

A child with mental disorder at school: what has to be changed?

Child and adolescent psychiatry intertwines significantly, extending to other paediatric medical disciplines. It alters the views and practices in somatic diseases in association with the general mental condition of the paediatric patient as well as in mental disorders with their somatic manifestations. It also deals with the frequent comorbidity of mental and somatic diseases in children and adolescents. Traditionally, this has been known by the collective name psychosomatics. At present, this trend of a comprehensive view of the patient has developed into the medical field of “holistic medicine”. However, educational attainment programmes for paediatric disciplines currently do not correspond to this reality of common practice. In a similar way, child and adolescent psychiatry extends beyond its scope of health care into the educational process that has become part of comprehensive care of children with mental disorders. Nowadays, two crucial processes concerning paedopsychiatric patients have been initiated in parallel. Both programmes are governmental. One is “The Reform of Psychiatric Care in the Czech Republic” and the other is the much-discussed “Inclusive Education” programme. Here, the issue of mutual collaboration is much more complicated because it involves nonmedical professions. Unfortunately, both these governmental programmes exist in parallel “one next to the other” and are not linked. Objectively speaking, the educational system for doctors “nonpaedopsychiatrists” and teacher education in relation to mental disorders of children and adolescents both fail to reflect this new phenomenon affecting the whole society today as well as in the future. Therefore, the article describes the current state including the facts contradicting the worst-case scenarios of inclusive education. The author also outlines the need for and directions of modifications in educational programmes for medical paediatric disciplines, but also in higher education as well as in continuous teacher education at schools.

Key words: child and adolescent psychiatry, mental disorders, attestation, paediatrics, adolescent medicine, inclusion, supportive measures, teaching assistant, special education.
Dětská a dorostová psychiatrie v současnosti

Jeden z nejméně specializovaných pediatrických oborů je dětské a dorostové psychiatrie, která v současnosti prožívá obrovský rozmezí. Nás obor se svými diagnostickými a léčebně intervencií rozkošně věnován vědě rozměrům od 2 do 18 let. V dětské a dorostové psychiatrii se zásadně změnilo spektrum duševních poruch. V nedávné minulosti byly hlavní entitou, z hypnotického lékaře, v blízké minulosti byla doménou pediatrii hyperaktivita s poruchou pozorností - ty zvětšové, vychovávání dětí... Dnes se v našich ambulancích a na pedopsychiatrichích lůžkách už standardně léčí děti s úzkostí, depresemi, a to i těžkými, svrhnutelně s depresemi u dospělých. Léčíme děti s bipolární poruchou, se schizofrenií. Tedy děti, které by v minulosti jistě často skončily, se sníženou známkou zchování ve škole, nebo dkelce i ve výchovných ústavech. V posledních letech je dětská a dorostová psychiatrie pod obrovským tlakem rodáků, škol a bohužel i politiků, v diagnostice a léčbě poruch autistického spektra. Tady jsou pod takovým spojením, mediálním, ale i politickým tlakem, jaký jsme nezajíti u žádné jiné skupiny duševních poruch dětí, které jsou jistě závazné. Mám tady na mysli kupř. dětí s časovým zatáčkem schizofrenie... Tim rozhodně nelzehe problémy dětí s mentální retardací komorbidní s autismem (pozn. autora - u PAS jsou minimálně dva třetiny postižených také s mentální retardací lehkou nebo středně těžkou. Hlavní příčinou problémů v chování a učení je hloubka mentální retardace a ne autizmus. (viz dokument Dětí úplnik). Je nutno také uvést, že v protikladu u tzv. „savantů“ - výjimečně nadaní lidé v umění, vědě... je zde 50% s autismem a ti rozhodně nejsou sociálně nezvládavatelné a sociálně nepřispívající.

Vývoj prošel a věková struktura našich pacientů. Před dvacetimi lety jsme měli u prvovášení dětí v letech 10-12. Poslední 2-3 roky se k nám během děstování dětí v letech 2-3 let. I když se to nedá, ale v drtive většině jsou vyšetřené hlavně děti s jednoúčinkovou a rozhodně nemůžu říci, že jsou to děti „zvětšové a vychovávající“. Jsou to děti skutečně velice problematické a občas zvláštní běžnými a důležitými výchovnými opatřeními. Téměř všude pak pokračujeme v léčbě v předškolním i školním věku, protože se na konci demaskuje duševní porucha a nejeně se o poruchu vychovovanost. Jednoduše řečeno, fyzikální poruchy vychovávání a vychování dětí rodu. U většinu věku signalizují, že se jedná o realní zdravotní psychiatrie problém. Nejčastěji se jedná o děti, které pak léčíme pro ADHD, jsou to děti bezotrosté děti, se sklonem k depresím, a také děti, kde je buď izolovaná porucha autistického spektra nebo, a to v převážné většině, děti s různým stupněm mentální retardace s poruchou autistického spektra neboí poruchou vývoje řeči. Proč ten výčet všechno? Jednoduše proto, protože všichni naši dětišti a dospělci pacienti jsou skolou povinní. Z podstaty oboru dětské a dorostové psychiatrie přirozeně plyne, že kromě vstupu do soukromí rodin, vztahů v rodinách dětí psychiatrii nucené vstupovat svými odbornými kompetencemi do vzdělávacího procesu, do resortu školství intenzivněji než kolegové z oborů somatických. Vstupujeme do procesu vzdělávání, protože ho začínáme jakožto integrační součást terapeutického programu.
PŘEHLÍDkové ČLÁNKY
Děti s duševní poruchou ve školce – CO MUSÍME ZMĚNIT?

i významným sociálněním faktorem. Proto se přístupilo ve školství zákonnou formou k principu inkluzivního vzdělávání. Ve školském zákonně již v § 33 – Cíle předškolního vzdělávání – je implicitně uvedeno, že „Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů… Předškolní vzdělávání napomáhá vyvážený rovnováhy nenormování vývojové dítěti představu k základnímu vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami“ (2). Inkluzi zavádíme po vzoru jiných civilizačních zemí, kde se pozitivní vliv se projevuje už v generaci, která prošla tímto systémem co nejvíce a to coby smyslulého společenského přenosu k dospělosti. Tedy odhad a zkušenosti z jiných zemí ukazují, že výsledky rozumného vzdělání budou vhodnou zrušu za 20 let.

U poruch chování, účinku, z užitého účin- ně si pro duševní poruchu se cíleně nebude věnovat faktoremem heridity, socioekonomického stavu rodin, výhodných problematiky nebo, jako mne doslovně nepočítající „moderním” pseudoliberálním výchového postojem v rodicích. Nebude se věnovat ani otázce, do jaké míry měsíc či ledna se přiřadí podmínky pro realizaci tohoto zákona. Nicméně rozbírat otázku, jestli nebo tak byly připravovány školy a učitelské na tázavázné, ale pro naše pacienty velice příznivou změnu. Jako děťa si musíme uvdět, že učíme se běžnému životu. Nikdo nezvyklý nebojíme se vzdělávací projektu, který je rozhodně zcela záhodný. Je to proces vzdělání, který je přípustný v tom, že ve spontánním denodenním štýlu se učí souctu a součinnosti s duševně hen- dikepovanými dětmi – často méně schopnými v učení, v sociálnímu kontaktu, v sebeopozici sem ve kollektivu. Zdává se, že mezi dětmi je v těchto podmínkách, a učí se, jak se nevědí – adekvátně reagovat. V dospělosti se pak snad dočkáme toho, že se zdravá populace nebude lidí s duševně nemocnými šítit, nebudou se jich bát. Prostě snad se dočkáme nezřejmě režimov- titice psychiatrie tím, že měníme sociální zkušen- nost, že normální zkušenost, že všichni jsou „nezdraví”. Tento pozitivní efekt se udá v zemích, kde se rozumné inkluzivní vzdělávání zavedlo.

Jako u každého zdravotního hendikepu je diagnostika a doporučená léčba základní na- kaži – specialisti. U duševních poruch dětí je to pedopsychiatr ve splňování klinickým psychologem. Lékařské diagnostické závěry, zdravotní zotavění a opatření do školství navazují na školský systém centra a poraden. Využívá-li se za zákonného zdravotního odborníka a pedopsychiatru hledání odborníků. Do chvíle, v které se měníme sama s věcí pozice lékařů ovliv- ní na našich podmíněných pacientů s duševními poruchami ve vztahu k resortu školství. Ko může praktický lékař pro děti a dobro, dobrostový lékař, dětský a dobrostový psychiatr, klinický psycholog dětí a jak může oslovit se ve správě rozumné vzd. – prochody sociálních vysvětlí rámce vzdělávání našich pacientů.

Pregraduální i postgraduální přípravy oborů pečujících o děti a dobro

Dětská a dobrostová psychiatrie reaguje na problémy ve sociální práci pedopsychiatra v praxi. Do vzdělávacího programu jsou zahrny- nuty různé doslovně nelékařské oblasti. Jsou tu kupí: základy zdravotnické legislativy, etyky a komunikace, forenzní a posudková problema- tiky v dětské a dobrostové psychiatrii. V dopřírodní práci mimo jiné doporučena prače ve školských zařízeních – v dětském domově, v dě- ském diagnostickém ústave a ve výchovném ústavu pro děti a mladé. Kromě forenzních, v sociálním okruhu se věnuje sociálnímu zabez-
pečení a sociálním potřebám (pěče o duševně a tělesně postižené a mentálně retardované). Do specifických znalostí jsou mimo jiné zahrnuty sociální, pedagogické, posudkové a forenzní, dále schopnost navržení sociálních intervencí. Vyzdvihují se praktické dovednosti a zkušenosti jako je plánování a koordinace léčebných postupů farmakologických, somatických, sociálních, psychoterapeutických a pedagogických. Učí se podávání informací, doporučení jak pacientům, tak rodinám, školce atd. Učí se posudkovou činnost pro resort školství, práce a sociálních věcí (zvláštní školy, zvláštní učovské školství, změněná pracovní schopnost, svědek u soudu...). To je vše součástí předestační přípravy dětské a dorostové psychiatrie o zkušenosti školy.

V oborové specializace pediatrie se stala velice zajímavá věc, že vzdělávacího programu v podstatě vypadá praxe na dětské a dorostové psychiatrii. "V průběhu vlastního specializovaného výcviku v oboru dětské lékařství...může být část přípravy věnována výcviku v některém pediatrickém oboru dle příslušného vzdělávacího programu - dětská a dorostová psychiatrie..." A je tedy jeden nepovinný předestačný kurz Dětské lékařství - předmět... Psychiatrie (3). V předestační přípravě není okruh ve vztahu ke školství, školní legislativě.

V oboru dorostového lékařství se požaduje rozsah požadovaných teoretických znalostí a praktických dovedností... deprese, suicidální problématicka atd.... Prokázání schopnosti specifické posudkové činnosti pro povolání povolání pro konkrétní zařazení do přípravy na povolání v konkrétním pracovním prostředí. Je tedy ale pozoruhodná váha."... Prokázání schopnosti prosadit optimálně odborné stanovisko v praxi a dopomoci zdravotní posíleného mladistvěmu je realizovat." Není ale jasné zda se to týká dětských poruch (4).

Myslim si, že je ke školné věci, že zákády dětské a dorostové psychiatrie nejsou součástí povinného vzdělávání pediatrie, dorostového lékařství. Jistě by to prospělo tomu, že by pediatři více rozuměli diagnostickým závěrům a doporučením pedopsychiatrů. V praxi by pak vůbec svého slova a místa nejblíže ke rodinám orohor exekutivního podíl pedopsychiatrické doporučení a opatření v rodinách, ale také ve školství. Také by se podstatně více angažovalo v záchytu duševních poruch u dětí a dorostu v souvislosti s poruchami chování ve školě, nebo při problémách s učením. Podstatné důvody by se tito pacienti dostali do péče pedopsychiatrů a nečekalo by se na krizové, konfliktní situace, kdy se od nás pedopsychiatrů požádá "akutní vyřešení". (Tady reflektují námitku, že pedopsychiatrů je zaufalý nedostatek. Samotné fakt včasného záchytu a doporučení pedopsychiatrického vyřešení má svůj silný význam,).

Všechny pediatrické obory resp. specializované obory pro děti a dorost velice úzce musí spolupracovat s resortem školství. Proto i tyto specializace by bylo velice přínosné v přípravě se věnovat alešpoň základním znalostem ve školní legislativě a ve způsobech prosazování lékařských doporučení do školu ke vzdělávání, ať se jedná o duševní nebo somatické onemocnění.

Jak je vidět, zatím jen dětská a dorostová psychiatrie reaguje ve specializačním programu na nutnost znalostí problematicky ve školství. Bohužel v dětské a dorostové psychiatrii chybí oblast legislativy ve školství. V odborném portfoliu přípravy všech pediatrických oborů by byl jistě přínosem požadován následovně: "Orientace ve školní legislativě a prokázání schopnosti prosadit optimálně odborné stanovisko v praxi a dopomoci zdravotní postiženému pacientovi s duševní 'poruchou a jeho rodicům je realizovat' (4).
Inkluzivní vzdělávání dětí s (duševním) zdravotním handicapem - pohled do resortu MŠMT

K dokrešlení obrazu spolupráce lékařů s učiteli je nutný i pohled na školství samotné. Pohled do jaké míry je schopno, ale i ochotno porozumět lékařské argumentaci na zdravotní omezení a doporučení. Také je dobré vidět v článcích, o jak velkou část školou povinně populace se jedná.

I z mých zkušeností je i mezi lékaři myšlenka o nesmyslnosti inkluzivního vzdělávání. Dovolím si nejdríve ze zrkadla něco k okolnostem příprav a tvorby tohoto zákona a přidávám další fakta k objektivnímu pohledu na inkluzivní vzdělávání.

V důvodové zprávě MŠMT k návrhu městského závodu ke stanovení případů se nesmí axiomaticky vztahovat k zákonom č. 573/2004 Sb., posuzování dítěte v kontextu vzdělávání. Případně oznámení o děti s postižením se podaří přijít do zákona. Pohled do zákona je nezbytným podkladem pro poskytování poradenství.

Z poznámek pedopsychiatre přes Ministerstvo zdravotnictví se podařilo dosáhnout do zákona obecného stanovení, že lékařské posudky využívané poskytovatelé zdravotních služeb jsou zákonem podkladem pro poskytování poradenství a stanovení podpůrného opatření podmínkou, že kdy to využívá zdravotní stav dítěte (§ 16a: 2) vyžaduje to ježí dítěte nebo nezletiláho žáka... škola nebo školské zařízení spolupracuje při příznkům podpůrného opatření dítěte, žákoví nebo studentovi je zaznamenáno v školním poradenství zařazením... lékařem,... v prováděcí vyhlášce č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, jen o § 11 posouzení zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb a dle § 5 školní poradenství zařazení při posouzení fakta vzdělávacích potřeb žáka přihlíží k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Příprava zákona byla dle mého dostatečná a dosavadní průběh inkluzivního vzdělávání ukazuje, že v principu byla většina změn dostatečně zmapována a zprovozněna. V tomto směru to potvrdila a přinesla zajímavé statistické data a analytické závěry. "Analýza prvního roku implementace společného vzdělávání" publikované MŠMT v tomto roce.

V mateřských školách podíl dětí se speciálními vzdělávacími potřebami podle § 16 odst. 9 (dále Z16/9) dluhodobě osečluje kolem 2,8% a rostou podíl dětí individuálně integrovaných do podružných tříd dluhodobě a zároveň je trvalý trend poklesu podílu dětí ve speciálních třídách. V prvním roce plněnosti zákona nedošlo ke skókové změně v nepropůjčených speciálních třídách. Zvýšení se počet individuálně integrovaných dětí z původních 2 748 na 3 029 a snížil se počet dětí zařazených do speciálních tříd z původních 7 788 na 7 457.


Pro přesnější před stavu v článcích. Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga vykázaného všemi školami bylo přípustné 17 221 úvazků, tedy o 5,2% méně než v předchozím roce (od školního roku 2010/2011 se zvýšilo o 5 212 úvazků).

Pro přesnější před stavu v článcích. Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga vykázaného všemi školami bylo přípustné 17 221 úvazků, tedy o 5,2% méně než v předchozím roce (od školního roku 2010/2011 se zvýšilo o 5 212 úvazků).

Pro přesnější před stavu v článcích. Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga vykázaného všemi školami bylo přípustné 17 221 úvazků, tedy o 5,2% méně než v předchozím roce (od školního roku 2010/2011 se zvýšilo o 5 212 úvazků).
asistence přidělena. Přitom to není podpora spisovatelná a má význam skutečně pro výrazné hendikepované děti. Rozhodně nemají byt dobřým zdrojem levné pracovní síly pro školy, ani lehkým zdrojem pro navýšení financí do fondu mezi. Svou nákladovost, rozsahem pomoci a dopadu na dítě a okolí je to dle mého až jistá forma sociální dávky. A ta má výrazný dopad a nákladovost vzdělávání v respektu školství. Proto je velice vhodné vždy se zamyslet nad potřebností asistenta pedagoga pro dítě a nepoddělat v tomto směru tlakům rodičů i škol.

Několik tabulek a komentářů (tab. 1, 2, 3, graf 1, 2, graf 2).

Inkluze, podpůrná opatření, speciální školství

MŠMT v analyzě konstatuje, že na všech stupních vzdělávání je odliv dětí a žáků ze speciálních škol do běžných dlouhodobým trendem. Nezije však jednoznačně potvrdit, že ve speciálních školách ubývá žáků pouze v zemích vkladu.

Ve všech krajních ČR, kde došlo k poklesu proporce žáků s diagnostickou kategorii mentálního postižení, došlo ke vzestupu proporce dětí s poruchami učení nebo chování. Zde se nabízí jako jedno z možných vysvětlení tohoto faktu. Domnívám se, že je to výrazný vliv pedopsychiatrině a klinické psychologie na zlepšení diagnostiky přípomínku a neopětně. Je tedy faktor odborného „dohodu“ pedopsychiatrině klinické psychологии nad postupy a nad dodržováním odborné kompetence v pedopsychiatricch centech, a tím ochrana před možnou účelovostí ve školství. V analýze se konstatuje, jak „...rychle si školy zvykly na benefity prameníci od podpůrných opatření.“

Nejdražší forma pedagogické podpory je asistent pedagoga. Počet asistentů pedagoga ve všech školách v posledních letech nepříznitost rozšíří na obecně na základě údajů (od školního roku 2010/11 k 30. 9. 2016 o více než 144,0 %). Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga v oblasti vzdělávání školního (8 831,2) bylo pro MS (18,2 %), ZŠ (73,6 %) pro SŠ (6,9 %). Zvýšení bylo v posledních letech. Speciální školství ve výběrku z 3 143 AP. V posledním školním roce 2016/17 bylo celkem finanční nároky na pedagogicku podporu více než 2 071 ml.d. Kč. Z toho na personální podporu připadlo více než 96,0 %. Bylo vykázáno v přepočtu na úvazky více než 4,1 tisíc a finanční nároky odpovídaly více než 1,345 ml. Kč. Přitom asistent pedagoga má ohradný dopad na samotné dítě v kolektivu. Má totiž i rolí sociální. Nevzhledně přidělený může vést k poškození dítěte. Na asistenta pedagoga je v novém systému k dispozici významně více finančních prostředků, než v systému starého. Škola s částkou, která ji zbydne nedaleko použití podpůrných opatření, může nalézt libovolně, získa združení na odměny pro jiné pracovníky/vzdelané pracovníky. Nemluvím o tom, že asistenty pedagoga často vedou školy využívají na suprovodnú v jiných třídách, nebo na práce, které absolutně nesouvise s podporou dítěte v inkluzním vzdělávání.

Proto se v dělní praxi pedopsychiatrině sekvizíkéma se třikramy jednati, učitelů na rodiče, aby u děkštského psychiatrie začali diagnostiku autizmu, nebo abychom do lékařského závěru a doporučení napsali, že ze zdravotních důvodů vyžaduje dítě asistenta pedagoga. Když je to nemožné dosáhnout, tak to zkusí přes dětského neurologa nebo přes praktického lékaře pro děti a dorost.

Dnes se reálně děje, že asistent pedagoga je symbolem znesněnou, sociální stigmatazic, někdy dokonce o strakatníci a sociální izolaci od kolektivu. A děje se to přesto za velice dráhé peníze. Tady by měla být zásadní změna a úprava podmínek – bez lékařského potvrzení než přidělit pedagogického asistenta.

V analýze MŠMT se konstatuje, že se potvrdila původní obava, že tam, kde školské porádek zařízení a škola má stejného zkušenosti, docházelo k přiřazení podpůrných opatření vlastním žákům, a tím se výrazně „zdráždělo“ speciální vzdělávání. MŠMT v závěru své analýzy konstatuje, že „souzad zanedbávání problémů (čast vyuvojovými poruchami učení a chování, se narušenou komunikační schopností, autistické) je dostalo na povrch a přetrvává se ke krytí řešení. Nedoslo k žádnému expoze žáků se SVP ze škol „speciálních“ do škol běžných. Také nedoslo k žádnému oslabené, natož likvidaci speciálního školství; systém podpůrných opatření podpoří žáky „speciálních“ škol a nevedí ke bezúživnímu přechodu žáků s mentálním postižením do běžných škol. V analýze MŠMT také konstatuje, že pedagogové školy, kde měli již z minutosti zkušenosti se vzděláváním žáků se SVP, dokázali naplnit očekávání společného vzdělávání v zájmu žáků.

MŠMT – vzdělávání pedagogů pro incluzi za jeden rok

Ve významové pohled je na vzdělávání učitelů, kde není povinné vzdělávání a nemají ani
atačení povinnost stovky se vzdělávání lékařů. Pozoruhodné je procentuální zastoupení
proškolených pedagogů na tuto závažnou
změnu ve školství. Mezi účastníky vzdělávacích
programů NIVD bylo zastoupeno:

- 2850 pedagogů MŠ z celkových 31 002, 
tj. 9 %
- 4451 pedagogů ZŠ z celkových 73 405, 
tj. 6 %
- 471 pedagogů SS a VOŠ z celkových
48 973, tj. 1 %
- 105 pedagogů ZUŠ a SUŠ
- 99 pedagogů školských zařízení pro zá-
jmové vzdělávání.

Pro implementaci společného vzdělá-
vání bylo z pedagogických pracovníků MŠ,
ZŠ, SS a VOŠ proškoleno NIVD celkem 5 %. 

Nedošlo ani k očekávanému „kaskádovému efektu“, tj. k snížení informací od výskoulených
pracovníků dále; informace byly také příliš často
její nejednotné. Lze tedy tvrdit, že pedagogická
obec není dostatečně teoreticky ani prakticky
připravena na inkluzivní vzdělávání i když by
bylo na to čas minimálně 3 roky před účinností
hoto zákona. Tento objektivní fakt vysvětluje
běžnou ambulantní zkušenost dětských psy-
chiatrů se školstvím a nás boj o Don Quijote
de la Mancha. Donekonečna vysvětluje, psát
odvůděnění k léčebným a podpůrným opatře-
ním ve škol. Neustále a až marné obhajování
medikace, nebo dokonce „vzdělávání“ učitelů
v závěrech lékařských zpráv o dané poruše. 
Tady je ochromená podmínka na široký
rozmezí školství. Do jaké míry jsou učitelé ja-
ko celá komunita ochromí rozšířit své znalosti
a rozvínout své pedagogické postupy o rozmez
respektovali a chápají biologické možnosti
a limity při vzdělávání a v socializaci dětí s hen
díkepef? Tedy do jaké míry jsou ochotné být
smí nositeli rozumné inkluze.

Jsem si vědom, že toto sdělení není medi-
fické závěrečné. V dnešní době vzájemné
profesní propojenosti považuji za velice důle
žité umět se orientovat se i v resortech a ob
rech, které nejsou pro lékaře zajímavé, ale
pro pacienta jsou velice důležité. V souvislosti
s doporučovanými opatřeními ze zdravotních
důvodů do škol bychom si měli jako lékaři
uvědomit, že naše doporučení do školy jsou
závazné. Proto je nutno velice racionálně vážit co
a jak doporučit ve prospěch léčby pa-
cienta. Kromě přizpůsobení specializačních
vzdělávacích programů dětské a dorostové
psychiatrie, pediatrie, dorostového lékařství a
doplních i dětské klinické psychologie, je
nutnost využívat lékařské zprávy nad rámec
původního významu. Nad rámec odborného
sdělení lékařů-lékařů o část lékař-uctitel-škola.
Bohužel je nutno více objasňovat důvody a cí
lé lékařských doporučení ve našich závěrech. 
Je dnes už nutnost umět dosadit odbornou
sdělení do škol v souladu se školskou
legislativou. Je nutno mít znalost o charak
teristice škol, znalost o strukturách podpůrným
pedagogických opatření. Je ale také na léka-
fích, jestli a jak jsme ochotní podlet se jako
koledy ve vzdělávacích zařízeních MŠMT a na
školách na vzdělávání pedagogů.

Co tedy závěrem?
S dlouhodobým pohledem se domnívám,
že jsou nutné zásadní změny v těchto okruz
a resortech. Ve zdravotnictví, školství a legisla
tivní úpravy. V lékařských oborech pečujících
o děti a dorost, považuji za nutnost v předa
testacích přípravě přesunout do povinné práce
obor dětské a dorostové psychiatrii jak na
lůžkové, tak v ambulantním části. Je na zmyš
lení v jakém rozsahu. Osobně se domnívám, že
postačuje aktivní práce po dvou týdnech. V re
sortu školství u pedagogů v předgraduálním
studiu nelze os očekávat výraznější změny
v rozsahu vzdělávání základů v pedopsychia
trii. Pro resort školství by bylo vhodné zavést
prostřednictví Národního ústavu vzdělávání
celorepublikové povinná „pedopsychiatrická
téma” a metodicky rozpracovat specifická
inkluze na běžných školách. Vhodné by by
ly kromě základních teoretických přednášek z
pedopsychiatrie přímo navazující učební
workshopy, videorežně jako k dětem s dušev
ním hindekem přístupovat, komunikovat, jak
lesť problémové situace, ale také jak věst
výuku. V první řadě by takovým praktickým
proškolením měli projít pracovníci pedago
gických poraden a speciálních center.

V oblasti legislativy je dlouhodobým praktickým školom vymahatelnost práva
děti na školách. Tady je nezastoupená role
zákonnodárců upravit školský zákon tak, aby
nerespektování lékařských doporučení ředite
lem poradný, pedagogického centra, školy,
resp. učitele by mělo být sankcionováno,
and to taxativně. Benevolence v tomto smě
se také osvědčila. Praxe také ukazuje, že
legislativní je nutno přísně vymezit, kdy může
byt dítě-žák označen za zdravotně znevýhod
něného. Je přímo absurdní, že učitel, ředitel,
pracovník ve školství lozinko o tom, že žák
„má zdravotní znevýhodnění“ bez toho, aby
díte mělo klinickou diagnózu od lékaře.

LITERATURA
1. LF UK Praha- magisterské studium všeobecného lékařství 
(https://www.lf1.cuni.cz/magisterske-studium-vseobe
nek-lerekarstvi-akademickem-rocce-20162017).
2. Školní zákon - 561/2004 Sb. ZAKON ze dne 24. zář
2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a ji
ném vzdělávání (bolestný zákon) ve znění účinném od 1. 1. 2017
3. MZ ČR: Vzdělávací program pediatrie http://files.pedia
trics.cz/200000351-554755641/Vzdelavaci-program-detske
-lekarstvi-uprava-2013-01.pdf
4. MZ ČR: Vzdělávací program nástavbového oboru Doro
stové lékařství.
5. Rozsudek Evropského soudního pro lidská práva ze dne
13. listopadu 2007 ve věci č. 57225/00, H. a ostatní proti
České republice.
6. Národní projekt ESF - Centra podpory inkluzivního vzd
ělávání (CPV) v letech 20092013
7. Pověřené výklaďka č. 27/2016 Sb MŠMT, „D vzdělávání žáků
se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.
8. Analýza prvního roku implementace společného vzdělává