

Dítě s duševní poruchou ve škole – co musíme změnit?

MUDr. Jaroslav Matýs

Soukromá ambulance dětské a dorostové psychiatrie, Ostrava

Dětská a dorostová psychiatrie 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 časté komorbiditě duševních a somatických nemocí u dětí a dorostu. Tradičně souhrnně pod názvem psychosomatika. Dnes se tento trend komplexního pohledu na pacienta rozvinul do medicínského oboru celostní medicína. Vzdělávací atestační programy pediatrických oborů ale této realitě běžné praxe v současnosti neodpovídají. Obdobným způsobem dětská a dorostová psychiatrie 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 nelékařské. Bohužel oba vládní programy jsou paralelně „vedle sebe“ a nejsou propojené. Objektivně je dnes nutno také konstatovat, že vzdělávací systém lékařů „nepedopsychiatrů“, ale také vzdělávání učitelů ve vztahu k duševním poruchám dětí a dorostu ne-reflektují 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 nastiňuje nutnost a směry úpravy ve vzdělávacích programech u lékařských pediatrických oborů, ale i ve školství na vysokých školách a následně kontinuální vzdělávání učitelů na školách.

Klíčová slova: dětská a dorostová psychiatrie, duševní poruchy, atestace, pediatrie, dorostové 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 attestation 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.

V medicíně se již na lékařských fakultách učí budoucí lékaři multioborové spolupráci. Už na lékařských fakultách jsou předměty, které nejsou zrovna medicínské, ale rozšiřují přehled budoucích lékařů v oborech a disciplínách nevyhnutných pro práci lékaře. Nastávající lékaři se na fakultách učí dalším důležitým dovednostem. V celém pregraduálním studiu všeobecného lékařství jsou to například předměty jako zdravotnická informatika, ošetřovatelství, základy péče o nemocné, bioetika, lékařská psychologie a psychoterapie, veřejné zdravotnictví a medicínské právo (1).

Jistě nelze očekávat, že vše se dá stihnout v rámci základního vzdělávání. Proto je přirozené, že v rámci specializační předatestační přípravy je studium fokusováno na ten který lékařský obor. Přirozenou součástí těchto vzdělávacích programů jsou také nelékařské disciplíny, které souvisí přímo s lékařskou specializací. Disciplíny a dovednosti, které by měly připravit lékaře na spolupráci nejen s jinými lékařskými odbornostmi, ale také na spolupráci nelékařskými specialisty ve zdravotnictví, pečující o pacienty. Praxe a běžný život ale ukazuje, že ani to už dnes nestačí. Aby lékař „přežil“ a byl ve své profesi úspěšný, musí se vzdělávat oborech mimo zdravotnictví, kupř. v ekonomice (farmakoekonomika, lůžko den, úhrada za výkon...), v právních předpisech (zákony o poskytování zdravotních služeb, lékařské a nelékařské specializace, ošetřovatelská péče, sociální služby, posudkové předpisy, občanský zákoník, smlouvy se zdravotními pojišťovnami...). To vše se týká bezprostředně znalostí ve vztahu lékař-pacient. Pediatrické obory mají specifickou provázanost na oblast školní problematiky a vzdělávání. Proto by se dalo očekávat, že v přípravě těchto oborech jsou i okruhy z resortu školství.

Dětská a dorostová psychiatrie v současnosti

Jeden z nejmladších specializovaných pediatrických oborů je dětská a dorostová psychiatrie, která v současnosti prožívá obrovský rozmach. Náš obor se svými diagnostickými a léčebnými intervencemi rozkročil ve věkovém rozmezí od 2 do 18 let. V dětské a dorostové psychiatrii se zásadně změnilo spektrum duševních poruch. V nedávné minulosti to byly hlavně enurézy. V blízké minulosti byla doménou pedopsychiatrů hyperaktivita s poruchou

pozornosti – ty zlobivé, nevychované děti... Dnes se v našich ambulancích a na pedopsychiatrických lůžkách už standardně léčí děti s úzkostmi, depresemi, a to i těžkými, srovnatelnými s depresemi u dospělých. Léčíme děti s bipolární poruchou, se schizofrenií. Tedy děti, které by v minulosti jistě často skončily, se sníženou známkou z chování ve škole, nebo dokonce i ve výchovných ústavech. V posledních letech je dětská a dorostová psychiatrie pod obrovským tlakem rodičů, škol a bohužel i politiků v diagnostice a léčbě poruch autistického spektra. Tady jsme pod takovým společenským, mediálním, ale už i politickým tlakem, jaký jsme nezažili u žádné jiné skupiny duševních poruch dětí, které jsou jistě závažnější. Mám tady na mysli kupř. děti s časným začátkem schizofrenie... Tím rozhodně nezlehčuji problémy dětí s mentální retardací komorbidně s autismem (pozn. autora – u PAS jsou minimálně dvě třetiny postižených také s mentální retardací lehkou nebo středně těžkou. Hlavní příčinou problémů v chování a učení je hloubka mentální retardace a ne autismus. (viz dokument Děti úplňku). Je nutno také uvést, že v protikladu u tzv. „savantů“ – výjimečně nadaní lidé v umění, vědě... je až 50 % s autismem a ti rozhodně nejsou sociálně nevladatelní a sociálně nepřizpůsobiví.

Vývojem prošla i věková struktura našich pacientů. Před dvaceti lety jsme měli u prvovýšetření děti ve věku 10–12 let. Poslední 2–3 roky se k nám běžně dostávají děti ve věku 2–3 let. I když se to nezdá, ale v drtivé většině jsou to vyšetření plně indikovaná a rozhodně nemůžu říct, že jsou to děti „zlobivé a nevychované“. Jsou to děti skutečně velice problematické a obtížně zvladatelné běžnými a důslednými výchovnými opatřeními. Téměř u všech pak pokračujeme v léčbě v předškolním i školním věku, protože se nakonec demaskuje duševní porucha a nejedná se o prostou nevychovanost. Jednoduše řečeno, výrazné poruchy chování a poruchy denního rytmu, už v tak nízkém věku signalizují, že se jedná o reálný zdravotní psychiatrický problém. Nejčastěji se jedná o děti, které pak léčíme pro ADHD, jsou to děti úzkostné, děti se sklonem k depresím, ale 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 nebo/s poruchou vývoje řeči. Proč ten výčet všeho? Jednoduše proto, protože všichni naši dětská a dospívající pacienti jsou ško-

lou povinni. Z podstaty oboru dětské a dorostové psychiatrie přirozeně plyne, že kromě vstupu do soukromí rodin, vztahů v rodinách jsou dětská psychiatrii nuceni vstupovat svými odbornými kompetencemi do vzdělávacího procesu, do resortu školství intenzivněji než kolegové z oborů somatických. Vstupujeme do procesu vzdělávání, protože ho začleňujeme jakožto integrální součást terapeutického programu.

Reforma – vybudování komplexní dětské a dorostové psychiatrické péče a inkluze ve školství

V České republice se rozběhly paralelně dva zásadní procesy. Jeden v resortu zdravotnictví je to mediálně známá reforma psychiatrické péče v České republice. Druhým je inkluzivní vzdělávání. V pedopsychiatrii musíme v podstatě na zelené louce vybudovat od základů moderní systém péče o děti s duševními poruchami. V běžné praxi, ale i při tvorbě moderního systému péče o děti a dorost s duševními poruchami, je zcela jasné, že bezpodmínečnou podmínkou kvalitní pedopsychiatrické lékařské péče je provázanost na adekvátní sociální služby, ale hlavně výrazná provázanost s resortem školství, kde je výrazný deficit ve spolupráci. Bez zásadních změn přístupu učitelů, bez legislativních norem ve školství nemůžeme efektivně léčit naše pacienty. Jak jsem již uvedl, týká se to našich pacientů od raného dětského věku, přes věk předškolní až po adolescenci-dospělost. Tedy dotýká se to vzdělávání předškolní, základní přes střední až po vysokoškolské. Vzdělávací systém a školní instituce jsou děti povinny ze zákona navštěvovat a vzdělávat se. K tomuto pro představu lze nalézt paralelu u dospělého pacienta s duševní poruchou a jeho zaměstnatelnost, zaměstnavatelem. Srovnání ale pokulhává v tom, že školní docházka je ze zákona povinná, ale pracovat, mít zaměstnání, je u dospělého právo, ale ne povinnost. Z denní praxe pedopsychiatrii víme, že školy – ředitelé, pedagogové, jakožto „zaměstnavatel ze zákona“ pro děti a dorost, mohou našim pacientům hodně pomoci, ale také velice hluboce poškodit na duševním zdraví anebo v jeho vývoji. V kladném i záporném směru má školský systém vždy dopad na pracovní a sociální zakotvení a na uplatnění našich pacientů v dospělosti. Dávno už neplatí simplifikované tvrzení, že „škola a učitel je proto, aby učil“. Škola a celý vzdělávací proces je totiž

i významným socializačním faktorem. I proto se přistoupilo ve školství zákonnou formou k principu inkluzivního vzdělávání. Ve školském zákoně již v § 33 – Cíle předškolního vzdělávání – je explicitně 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 vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami“ (2). Inkluzi zavádíme po vzoru jiných civilizovaných zemí, kde se pozitivní vliv se projevil až v generaci, která prošla tímto systémem co nejširšího, ale smysluplného společného vzdělávání do dospělosti. Tedy odhad a zkušenosti z jiných zemí ukazují, že výsledky rozumné inkluze budou zhruba za 20 let.

U poruch chování, učení, u ztíženého učení se pro duševní poruchu se cíleně nebudu věnovat faktorům heridity, socioekonomického statusu rodin, výchovné problematiky nebo, pro mne doslovně nepochopitelným „moderním“ pseudoliberalním výchovným postojům u rodičů. Nebudu se věnovat ani otázce, do jaké míry stát zajistil podmínky pro realizaci tohoto zákona. Nechci rozebírat otázku, jestli byly nebo jak byly připraveny školy a učitelé na tak závažnou, ale pro naše pacienty velice přínosnou změnu. Jako lékaři si musíme uvědomit realitu běžného dne. Nikdo nezpochybňuje společnou – inkluzivní výuku dětí s ortopedickými vadami (hypo nebo ageneze končetin...), s neurologickými nemocemi (epileptici, dětská mozková obrna, laterální amyotrofická skleróza...), endokrinně nemocné (diabetici, nanismus, hypopituitarismus...) nebo alergiky a astmatiky, resp. děti se srdeční vadou. Tady je společensky přirozené a je normální, že mají ve škole bezbari-

erový přístup a respektují se jejich hendikepy ze somatického omezení. Zákonem pojmenovaná a zavedena inkluze se z nepochopitelných důvodů mediálně pro veřejnost, ale bohužel i pro lékaře zúžila na povrchní problematiku inkluze dětí s mentální retardací, resp. děti s mentální retardací v kombinaci s autismem. Přitom z pohledu lékaře je tento zákon zásadní zákonná pomoc nemocným dětem – všem dětským pacientům. U našich pacientů je ale pro laiky, a tady myslím i učitele, je obtížně uchopitelný hmatatelný problém duševní poruchy dětí. Pro laika je „neviditelná“ dočasná duševní porucha (deprese, úzkosti, obsedantně kompulzivní nebo tikové poruchy...), často není pro laiky viditelná ani celoživotní duševní porucha (autismus s hraničním podprůměrným intelektem, děti s podprůměrným intelektem...) Laik to zaměňuje na prosté poruchové chování. Pro laiky jsou snad někdy uchopitelné jen ty nejtěžší formy duševních poruch – schizofrenie, těžké bipolární poruchy, hluboká mentální retardace. Takové vnímání je typické pro laickou veřejnost. Bohužel takové bagatelizující vnímání duševních poruch dětí je časté u pedagogů, co je ale horší, je to také mezi lékaři.

I proto dnes společnost a bohužel často učitelé a lékaři mají problém akceptovat rozumnou inkluzi. Tedy vnímat rozumné inkluzivní vzdělávání hlavního vzdělávacího proudu v socializačním rozměru. Málokdo si uvědomuje, že je to proces oboustranný. Je to pomoc dětem s duševním hendikepem tam, kde to má smysl. A směrem ke zdravé populaci je to přínos v tom, že ve spontánním dennodenním styku se učí soucitu a sounáležitosti s duševně hendikepovanými dětmi – často méně schopnými v učení, v sociálním kontaktu, v sebeprosazení se v kolektivu. Zdravé děti se učí jim porozumět, učí se s nimi jednat, komunikovat, učí se jak na ně adekvátně reagovat. V dospělosti se pak snad

dočkáme toho, že se zdravá populace nebude lidí s duševně nemocných štitit, nebude se jich bát. Prostě snad se dočkáme reálné destigmatizace psychiatrie tím, že máme osobní zkušenost, že ne všichni jsou „nebezpeční...“ Tento pozitivní efekt se udál v zemích, kde se rozumné inkluzivní vzdělávání zavedlo.

Jako u každého zdravotního hendikepu je diagnostika a doporučená léčba zásadně na lékaři – specialistovi. U duševních poruch dětí je to pedopsychiatr ve spolupráci s klinickým psychologem. Lékařské diagnostické závěry, zdravotní omezení a opatření do školství navazují na školský systém center a poraden. Využívají se zákonná ustanovení k inkluzivnímu vzdělávání přes různé stupně podpůrných opatření. Chci se věnovat tomu, co můžeme sami ze své pozice lékařů ovlivnit u našich nedospělých pacientů s duševními poruchami ve vztahu k resortu školství. Co může praktický lékař pro děti a dorost, dorostový lékař, dětský a dorostový psychiatr, klinický psycholog dělat a jak může působit ve prospěch rozumné inkluze při pochopení sociálních souvislostí v rámci vzdělávání našich pacientů.

Pregraduální i postgraduální přípravy oborů pečujících o děti a dorost

Dětská a dorostová psychiatrie reaguje na problémy v souvislosti s prací pedopsychiatra v praxi. Do vzdělávacího programu jsou zahrnuty různé doslovně nelékařské oblasti. Jsou tu kupř. základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace, forenzní a posudková problematika v dětské a dorostové psychiatrii. V doplňkové praxi mimo jiné doporučena praxe ve školských zařízeních – v dětském domově, v dětském diagnostickém ústavu a ve výchovném ústavu pro děti a mládež. Kromě forenzních, v sociálním okruhu se věnuje sociálnímu zabez-

Tab. 1. Počet a podíl dětí se znevýhodněním podle § 16 odst. 9 v MŠ v letech 2010/11 až 2016/17 (data k 30. 9. daného školního roku)

	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
Počet dětí	328 612	342 521	354 340	363 568	367 603	367 361	362 653
Znevýhodnění podle § 16 odst. 9 (Z16/9)	9 236	9 510	9 767	10 063	10 312	10 536	10 486
- individuálně integrovaní	1 911	2 032	2 156	2 299	2 484	2 748	3 029
- ve speciálních třídách	7 325	7 478	7 611	7 764	7 828	7 788	7 457
Podíl Z16/9 na celkovém počtu dětí v MŠ	2,81 %	2,78 %	2,76 %	2,77 %	2,81 %	2,87 %	2,89 %
Podíl dětí individuálně integrovaných z celkového počtu Z16/9	20,7 %	21,4 %	22,1 %	22,8 %	24,1 %	26,1 %	28,9 %
Podíl dětí ve speciálních třídách z celkového počtu Z16/9	79,3 %	78,6 %	77,9 %	77,2 %	75,9 %	73,9 %	71,1 %

Na ZŠ se zvýšil počet žáků zařazených do kategorie zdravotně znevýhodněných (postižených) ze 78 717 (2015/2016) na 95 806 (k 31. 3. 2017). Obecně je i na ZŠ dlouhodobý trend snižování počtu dětí ve speciálním vzdělávání a s přesunem dětí do běžných škol, (tam kde je to vhodné pro samotné žáky) bez zásadního skokového vlivu účinnosti nové školského zákona o inkluzivním vzdělávání.

Tab. 2. Počet a podíl žáků se znevýhodněním podle § 16 odst. 9 v ZŠ v letech 2010/11 až 2016/17 (data vždy k 30. 9. daného školního roku, v posledním školním roce i k 31. 3. 2017)

	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17 podzim	2016/17 jaro
Počet dětí	789 486	794 642	807 950	827 654	854 137	880 251	906 188	905 453
Znevýhodnění podle § 16 odst. 9 (Z16/9)	70 723	71 791	72 110	73 629	75 848	78 717	81 644	95 806
- individuálně integrovaní	36 226	39 160	40 888	43 352	45 853	49 225	53 206	66 952
- ve speciálních třídách	34 497	32 631	31 222	30 277	29 995	29 492	28 438	28 854
Podíl Z16/9 na celkovém počtu žáků ZŠ	8,96 %	9,03 %	8,93 %	8,90 %	8,88 %	8,94 %	9,01 %	10,58 %
Podíl žáků individuálně integrovaných z celkového počtu Z16/9	51,2 %	54,5 %	56,7 %	58,9 %	60,5 %	62,5 %	65,2 %	69,9 %
Podíl žáků ve speciálních třídách z celkového počtu Z16/9	48,8 %	45,5 %	43,3 %	41,1 %	39,5 %	37,5 %	34,8 %	30,1 %

Mezi školními roky 2015/16 a 2016/17 přešlo ze speciálních škol do běžných základních škol 1 583 žáků. Dále pak do 31. března 2017 přešlo dalších 287 žáků. Do běžných tříd přestoupilo ze speciálních ZŠ meziročně celkem 854 žáků. Do 31. března 2017 dalších 186 žáků. Do běžných tříd 683 jiné ZŠ a do 31. března 2017 ještě 186 žáků. Opět žádný zásadní skokový nárůst v souvislosti s novelou zákona.

pečení a sociálním potřebám (péče 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. Vyžadují se praktické dovednosti a zkušenosti jako je plánování a koordinace léčebných postupů farmakologických, somatických, sociálních, psychologických a pedagogických. Učí se podávání informací, doporučení jak pacientům, tak rodinám, škole, atd. Učí se posudková činnost pro resort školství, práce a sociálních věcí (zvláštní školy, zvláštní učňovské školství, změněná pracovní schopnost, svědek u soudu...) To vše je součástí předatestační přípravy dětské a dorostové psychiatrie z okruhu školství.

V oboru specializace pediatrie se stala velice zajímavá věc. Ze vzdělávacího programu v podstatě vypadla 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 tady jeden nepovinný předatestační kurz Dětské lékařství – předmět... Psychiatrie (3). V předatestační přípravě není okruh ve vztahu ke školství, školní legislativě.

V oboru dorostového lékařství se požaduje rozsah požadovaných teoretických znalostí a praktických dovedností... deprese, suicidální problematika atd... Prokázání schopnosti specifické posudkové činnosti pro volbu povolání i pro konkrétní zařazení do přípravy na povolání v konkrétním pracovním prostředí. Je tady ale pozoruhodná věta... **Prokázání schopnosti prosadit optimální odborné stanovisko v praxi a dopomoci zdravotně postiženému mladistvému je realizovat.** "Není ale jasné zda se to týká i duševních poruch (4).

Tab. 3. Vybrané přechody žáků

		mezi šk. rokem 2015/16 a 2016/17	ve šk. roce 2016/17 mezi 30. 9. 2016 a 31. 3. 2017
Přechod ze speciální ZŠ do běžné ZŠ		1 583	287
Přechod ze speciální ZŠ do běžné třídy ZŠ		854	186
z toho	do běžné třídy jiné ZŠ	638	186
	do běžné třídy těžší ZŠ (již ne speciální)	216	0
Přechod ze speciální třídy ZŠ do běžné třídy ZŠ		1 549	251
z toho	z běžné ZŠ	695	65

„Počet žáků ve speciálních ZŠ poklesl, a to o 7,1 %, resp. o 1 747 žáků (z 24 681 ve školním roce 2015/16 na 22 934 ve školním roce 2016/17). V roce 2015/16 byl podíl žáků v ryze speciálních ZŠ zhruba 2,8 %, a rok podějí pak 2,5 %. V trendech lze sledovat dlouhodobý pokles žáků ve speciálních školách. Meziročně se významně zvýšil počet žáků zařazených do kategorie zdravotně znevýhodněných ze 78 717 (2015/16) na 95 806 (k 31. 3. 2017), u SŠ z 20 556 na 22 228. Na všech stupních došlo k navýšení počtu žáků zařazených do režimu integrace. Poklesly počty dětí a žáků, kteří se vzdělávají v režimu speciálním“. Meziročně došlo k poklesu počtu speciálních ZŠ ve prospěch škol běžných. Růst celkového počtu žáků s vývojovými poruchami učení a chování, s vadami řeči a s poruchami autistického spektra je dlouhodobým trendem (nárůst o 9 272 žáků, resp. o více než 25 %). Dlouhodobým trendem je snižující se podíl žáků vzdělávajících se ve speciálních ZŠ. Na středních školách došlo k meziročnímu nárůstu počtu žáků se SVP, a to o 11 %.“

Myslím si, že je ke škodě věci, že základy dětské a dorostové psychiatrie nejsou součástí povinného vzdělání pediatrie, dorostového lékařství. Jistě by to prospělo tomu, že by pediatrii více rozuměli diagnostickým závěrům a doporučením pedopsychiatrů. V praxi by pak váhou svého slova a místa nejbližší k rodinám onoho efektivněji podpořili pedopsychiatrická doporučení a opatření v rodinách, ale také ve školství. Také by se podstatně více angažovali v záchytu duševních poruch u dětí a dorostu v souvislosti s poruchami chování ve škole, nebo při problémech s učením. Podstatně dříve by se tyto pacienti dostali do péče pedopsychiatrů a nečekalo by se na krizové, konfliktní situace, kdy se od nás pedopsychiatrů požaduje „akutní vyšetření“. (Tady reflektuji námitku, že pedopsychiatrů je zoufalý nedostatek. Samotný fakt včasného záchytu a doporučení pedopsychiatrického vyšetření má svůj silný význam).

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

Jak je vidět, zatím jenom dětská a dorostová psychiatrie reaguje ve specializačním programu na nutnost znalosti problematiky ve školství. Bohužel i v dětské a dorostové psychiatrii chybí oblast legislativy ve školství. V odborném portfoliu přípravy všech pediatrických oborů by byl jistě přínosem požadavek formulovaný následovně: **„Orientace ve školní legislativě a prokázání schopnosti prosadit optimální odborné stanovisko v praxi a dopomoci zdravotně postiženému pacientovi s duševní poruchou a jeho rodičům je realizovat“** (4).

Inkluzivní vzdělávání dětí s (duševním) zdravotním hendikepem – pohled do resortu MŠMT

K dokreslení 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 číslech, o jak velkou část školou povinné populace se jedná.

I z mých zkušeností je i mezi lékaři mýtus o nesmyslnosti inkluzivního vzdělávání. Dovolím si nejdříve ve zkratce něco k okolnostem příprav a tvorby tohoto zákona a přidávám další fakta k objektivnějšímu pohledu na inkluzivní vzdělávání.

V důvodové zprávě MŠMT k novele školského zákona do parlamentu ČR je uvedeno: „Právní úprava směřuje k provedení již vytvářených pojmů proti zneužívání podpůrných opatření, mimo jiné s ohledem na závazky, které Česká republika přijala v souvislosti s rozsudkem Evropského soudu pro lidská práva ze dne 13. listopadu 2007 ve věci č. 57325/00D. H. a ostatní proti České republice“ (5).

Samotná příprava školského zákona trvala více než deset let, a to 2005–2014. Byly ověřovány modely podpory žáků a pedagogů a účastnilo se toho **více než 400 škol**. Speciálními vzdělávacími potřeby byly směřovány vzdělávat většinu žáků v běžných třídách, a vytvářet „školu pro všechny“. Základní míra podpory byla koncipována jako součást standardního modelu vzdělávání. Těžiště je především v profesních kompetencích pedagoga, který má mimo jiné současně napomoci sociální adaptaci člověka s různými typy vzdělávacích potřeb.

Paralelně probíhal **v letech 2009–2013 Národní projekt ESF – Centra podpory inkluzivního vzdělávání (CPIV) a účastnilo se ho více než 500 škol (6)**. Tady se nadstavovala pravidla pro inkluzivní vzdělávání a ověřovala se reálná funkčnost podpůrných opatření prostřednictvím. Mimo jiné se také vymezily i požadavky na odbornou připravenost pedagogů.

Z podnětu pedopsychiatrie přes Ministerstvo zdravotnictví se podařilo prosadit do zákona obecné ustanovení, že lékařské posudky vydávané poskytovateli zdravotních služeb jsou ze zákona podkladem pro poskytnutí poradenské pomoci a stanovení podpůrného opatření v případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav dítěte (§ 16a) : (2) Vyžaduje-li to zájem dítěte nebo nezletilého žáka...Škola nebo školské zařízení spolupracuje před přiznáním podpůrného opatření dítěti, žákovi nebo studentovi zejména se školským poradenským zařízením...lékařem... V prováděcí vyhlášce č. 27/2016 Sb. O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, je uvedeno v § 11 h) posouzení zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb... a dále (5) Školské poradenské zařízení při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb žáka přihlíží k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu (7).

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

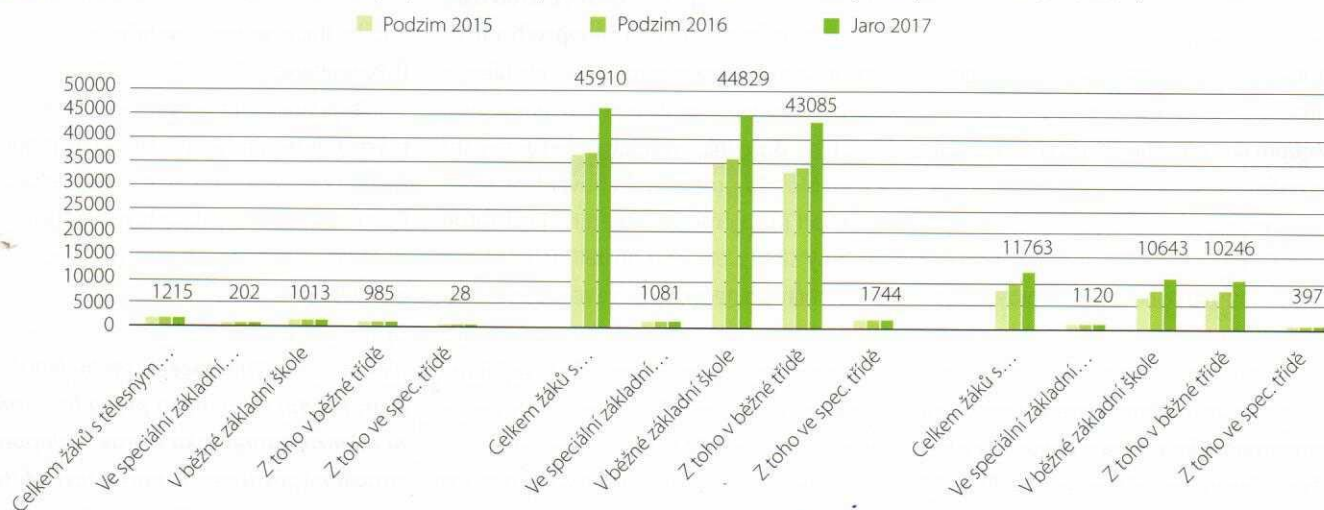
V mateřských školách podíl dětí se speciálními vzdělávacími potřebami podle § 16 odst. 9 (dále Z16/9) dlouhodobě oscilují kolem 2,8 % a rostou podíl dětí individuálně integrovaných do běžných tříd dlouhodobě a zároveň je trvalý trend poklesu podílu dětí ve speciálních třídách. **V prvním roce platnosti zákona nedošlo ke skokové změně v neprospěch speciálních tříd.** Zvýší se počet individuálně integrovaných dětí z původních 2748 na 3029 a snížil se počet dětí zařazených do speciálních tříd z původních 7788 na 7457.

K **30. 9. 2016** vykázaly MŠ **2 298 asistentů pedagoga ve výši 1 605,8 přepočtených úvazků. Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga** vykázaného všemi školami (8831,2) tak připadalo téměř **18,2 % na MŠ. Počet asistentů pedagoga ve všech stupních škol (MŠ, ZŠ, SŠ) v posledních letech nepřetržitě roste.** (od školního roku 2010/2011 se zvýšil o 5212,2 úvazku, tedy o více než 144,0 %).

Pro přesnější představu v číslech. Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga vykázaného všemi školami (8831,2) bylo pro MŠ (18,2 %), ZŠ (73,6 %) pro SŠ (6,8 %). Pouze ZŠ nově vykázaly v přepočtu na úvazky 3 143 AP. V rámci školního roku 2016/17 byly celkové finanční nároky na pedagogickou podporu více než 2,071 mld. Kč. Bylo vykázano v přepočtu na úvazky více než 4,1 tisíce a finanční nároky odpovídaly více než 1,345 mld. Kč.

U asistenta pedagoga se krátce zastavím v „nečíslech“. Doporučení na asistenty pedagoga mají ohromný dopad na samotné dítě v kolektivu. Sociálně je to jistá forma sociální stigmatizace, někdy dokonce i ostrakizace a následuje až sociální izolace dítěte, kterému je

Graf 1. Česká republika – počty žáků s tělesným postižením a s poruchami učení a chování v běžných a speciálních ZŠ (2015–2017)



asistence přidělena. Přitom to není podpora spasitelná a má význam skutečně pro výrazně hendikepované děti. Rozhodně nemají být dobrým zdrojem levné pracovní síly pro školy, ani lehkým zdrojem pro navýšení financí do fondu mezd. Svou nákladovostí, 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 resortu školství. Proto je velice vhodné vždy se zamyslet nad potřebností asistenta pedagoga pro dítě a nepodléhat v tomto směru tlakům rodičů i škol.

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

Inkluze, podpůrná opatření, speciální školství

MŠMT v analýze konstatuje, „že na všech stupních vzdělávání je odliv dětí a žáků ze speciálních škol do běžných dlouhodobým trendem. Nelze však jednoznačně potvrdit, že ve speciálních školách ubývá žáků pouze v důsledku inkluze.“

Ve všech krajích ČR, kde došlo k poklesu proporce žáků s diagnostickou kategorií 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 pedopsychiatrie a klinické psychologie na zpřesnění diagnostiky přímo a nepřímo. Je tady faktor odborného „dohledu“ pedopsychiatrie klinické psychologie nad postupy a nad dodržováním odborné kompetence v pedagogických centrech, a tím ochrana před možnou účelovostí ve školství. V analýze se konstatuje, jak „...rychle si školy zvykly na benefity pramenící z podpůrných opatření.“

Nejdražší forma pedagogické podpory je asistent pedagoga. Počet asistentů pedagoga ve všech školách v posledních letech nepřetržitě roste bez ohledu na novelu zákona (od školního roku 2010/11 k 30. 9. 2016 o více než 144,0 %). Z celkového součtu úvazků asistentů pedagoga vykázaného všemi školami (8831,2) bylo pro MŠ (18,2 %), ZŠ (73,6 %) pro SŠ (6,8 %). ZŠ nově vykazaly v přepočtu na úvazky 3 143 AP. V rámci školního roku 2016/17 byly celkové finanční nároky na pedagogickou podporu více než 2,071 mld. Kč. Z toho na personální podporu připadlo více než 96,0 %. Bylo vykázano v přepočtu na úvazky více než 4,1 tisíce a finanční nároky odpovídaly více než 1,345 mld. Kč. Přitom asistent pedagoga má ohromný dopad na samotné dítě v kolektivu. Má totiž i roli sociální. Nevhodně přidělený může vést k poškození dítěte. Na asistenta pedagoga je v novém systému k dispozici významně více finančních prostředků, než v systému starém. Škola s částkou, která jí zbyde nad rámec použitých podpůrných opatření, může naložit libovolně, získává zdroje na odměny pro jiné pracovníky/zaměstnance školy. Nemluví o tom, že asistenty pedagoga často ředitel školy využívá na suplování v jiných třídách, nebo na práce, které absolutně nesouvisí s pomocí dítěti v inkluzivním vzdělávání. Proto se v denní praxi pedopsychiatra setkáváme s tlakem ředitelů, učitelů na rodiče, aby u dětského psychiatra zařídili diagnózu autismus, 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.

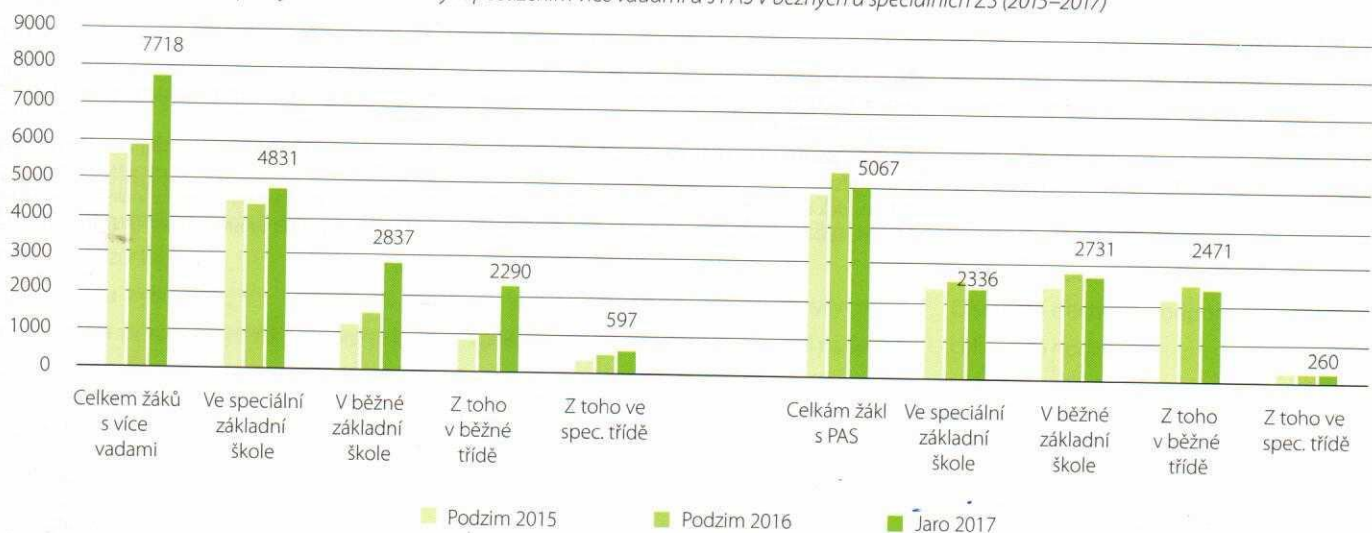
Dnes se reálně děje, že asistent pedagoga je symbolem zneschopnění, sociální stigmatizace, někdy dokonce i ostrakizace a sociální izolace od kolektivu. A děje se to přitom za velice drahé peníze. Tady by měla být zásadní změna a úprava podmínek – bez lékařského potvrzení nelze přidělit pedagogického asistenta.

V analýze MŠMT se konstatuje, že se potvrdila původní obava, že tam, kde školské poradenské zařízení a škola má stejného zřizovatele, docházelo k přiznávání podpůrných opatření vlastním žákům, a tím se výrazně „zdražovalo“ speciální vzdělávání. MŠMT v závěru své analýzy oficiálně konstatuje, že „dosud zanedbávané problémy (žáci vývojovými poruchami učení a chování, s narušenou komunikační schopností, autisté) se dostaly na povrch a směřuje se k jejich řešení. Nedošlo k žádnému exodu žáků se SVP ze škol „speciálních“ do škol běžných. Také nedošlo k žádnému oslabení, natož likvidaci speciálního školství; systém podpůrných opatření podpořil žáky „speciálních“ škol a nevedl k bezhlavému přechodu žáků s mentálním postižením do běžných škol. V analýze MŠMT se také konstatuje, že pedagogové škol, kde měli již z minulosti zkušenosti se vzděláváním žáků se SVP, dokázali naplnit očekávání společného vzdělávání v zájmu žáků.“

MŠMT – Vzdělávání pedagogů pro inkluzi za jeden rok

Velice zajímavý pohled je na vzdělávání učitelů, kde není povinné vzdělávání a nemají ani

Graf 2. Česká republika – počty žáků se souběžným postižením více vadami a s PAS v běžných a speciálních ZŠ (2015–2017)



atestační povinnost ve srovnání se vzděláváním lékařů. Pozoruhodné je procentuální zastoupení proškolených pedagogů na tuto závažnou změnu ve školství. Mezi účastníky vzdělávacích programů NIDV bylo zastoupeno:

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

Pro implementaci společného vzdělávání bylo z pedagogických pracovníků MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ proškoleny NIDV celkem 5 %.

Nedošlo ani k očekávanému „kaskádovému efektu“, tj. k šíření informací od vyškolených pracovníků dále; informace byly také příliš často nejednotné. Lze tedy tvrdit, že pedagogická obec není dostatečně teoreticky ani prakticky připravena na inkluzivní vzdělávání i když byl na to čas minimálně 3 roky před účinností tohoto zákona. Tento objektivní fakt vysvětluje běžnou ambulantní zkušenost dětských psychiatrů se školstvím a náš boj dle Don Quijote de la Mancha. Donekonečna vysvětlovat, psát odůvodnění k léčebným a podpůrným opatřením ve škole. Neustálé a až marné obhajování medikace, nebo dokonce „vzdělávání“ učitelů v závěrech lékařských zpráv o dané poruše. Je tady ale jedna zásadní podmínka na straně resortu školství. Do jaké míry jsou učitelé jako celá komunita ochotni rozšířit své znalosti a rozvinout své pedagogické postupy o rozměr respektující a chápaní biologické možnosti

a limity při vzdělávání a v socializaci dětí s hendikepem? Tedy do jaké míry jsou ochotni být sami nositeli rozumné inkluze.

Jsem si vědom, že toto sdělení není medicínsky záživné. V dnešní době vzájemné profesní propojenosti považují za velice důležité umět se orientovat se i v resortech a oborech, 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 závazná. Proto je nutno velice racionálně vážit co a jak doporučíme ve prospěch léčby pacienta. Kromě přizpůsobení specializačních vzdělávacích programů dětské a dorostové psychiatrie, pediatrie, dorostového lékařství a doplnil bych i dětské klinické psychologie, je nutností využívat lékařské zprávy nad rámec původního významu. Nad rámec odborného sdělení lékař-lékaři o část lékař-učitel-škola. Bohužel je nutno více objasňovat důvody a cíle lékařských doporučení v našich závěrech. Je dnes už nutností umět prosadit odborná doporučení do škol v souladu se školskou legislativou. Je nutno mít znalosti o charakteristice škol, znalosti o struktuře podpůrných pedagogických opatření. Je ale také na lékařích, jestli a jak jsme ochotni podílet se jako lektoři 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 okruzích a resortech. Ve zdravotnictví, školství a legislativní úpravy. V lékařských oborech pečujících

o děti a dorost, považují za nutnost v předatestační přípravě přesunout do povinné praxe obor dětské a dorostové psychiatrie jak na lůžkové, tak v ambulantní části. Je na zamyšlení v jakém rozsahu. Osobně se domnívám, že postačuje aktivní práce po dvou týdnech. V resortu školství u pedagogů v pregraduálním studiu nelze asi očekávat výraznější změny v rozsahu vzdělávání základů v pedopsychiatrii. Pro resort školství by bylo vhodné zavést prostřednictvím Národního ústavu vzdělávání celorepublikově povinná „pedopsychiatrická témata“ a metodicky rozpracovat specifika inkluze na běžných školách. Vhodné by byly kromě základních teoretických přednášek z pedopsychiatrie přímo navazující ucelené workshopy, videotréninky jak k dětem s duševním hendikepem přistupovat, komunikovat, jak řešit problémové situace, ale také jak vést výuku. V první řadě by takovým praktickým proškolením měli projít pracovníci pedagogických poraden a speciálních center.

V oblasti legislativy je dlouhodobým praktickým úkolem vymahatelnost práva dětí na školách. Tady je nezastupitelná role zákonodárce upravit školský zákon tak, aby nerespektování lékařských doporučení ředitelem poradny, pedagogického centra, školy, resp. učitelem by mělo být sankcionováno, a to taxativně. Benevolence v tomto směru se také neosvědčila. Praxe také ukazuje, že legislativně je nutno přesně vymezit, kdy může být dítě-žák označen za zdravotně znevýhodněného. Je přímo absurdní, že učitel, ředitel, pracovník ve školství rozhodne o tom, že žák „má zdravotní znevýhodnění“ bez toho, aby dítě mělo klinickou diagnózu od lékaře.

LITERATURA

1. LF UK Praha- magisterské studium všeobecného lékařství (<https://www.lf1.cuni.cz/magisterske-studium-vseobecne-lekarstvi-v-akademickem-roce-20162017>).
 2. Školský zákon - 561/2004 Sb. ZÁKON ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění účinném od 1. 1. 2017 do 31. 8. 2017

3. MZ ČR: Vzdělávací program pediatrie <http://files.pediatrics.cz/200000351-554755641f/vzdelavaci-program-detske-lekarstvi-uprava-2013-01.pdf>
 4. MZ ČR: Vzdělávací program nástavbového oboru Dorostové lékařství.
 5. Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 13. listopadu 2007 ve věci č. 57325/00D. H. a ostatní proti

České republice.
 6. Národní projekt ESF - Centra podpory inkluzivního vzdělávání (CPIV) v letech 2009-2013
 7. Prováděcí vyhláška č. 27/2016 Sb MŠMT, „O vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.“
 8. Analýza prvního roku implementace společného vzdělávání I“, MŠMT <http://www.msmt.cz/file/44371?lang=1>