

Metodické opatření

**Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané,
zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN)**

Obsah

ČI. 1 DIAGNOSTIKA TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE (SYNDROM CAN)	3
1.1. DEFINICE POJMU „SYNDROM CAN“	3
1.2. KLASIFIKACE SYNDROMU CAN DLE MKN	3
1.3. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ Z POHLEDU PLDD	4
1.4. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ (SYNDROM CAN) – CHARAKTERISTIKA RIZIK	6
1.5. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ (SYNDROM CAN) – PRŮVODNÍ SYMPTOMY	7
1.6. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – FYZICKÉ TÝRÁNÍ	10
1.6.1. PODKOŽNÍ HEMATOMY	12
1.6.2. POPÁLENINY A OPAŘENINY	14
1.6.3. PORANĚNÍ ÚST	16
1.6.4. ZLOMENINY	16
1.6.5. PORANĚNÍ BŘICHA	18
1.6.6. ABUSIVNÍ PORANĚNÍ HLAVY	18
1.7. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ	20
1.8. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ	26
1.9. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – ZANEDBÁVÁNÍ PÉČE A DALŠÍ RIZIKA	30
ČI. 2 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	37
2.1. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	37
2.2. PRÁVO RODIČE NA INFORMACE A SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍMI ÚKONY	38
2.3. VYŠETŘENÍ DÍTĚTE BEZ PŘÍTOMNOSTI RODIČE	39
2.4. OMEZENÍ PŘÍSTUPU DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	40
2.5. ZADRŽENÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE	41
ČI. 3 OZNAMOVACÍ POVINNOST PLDD	41
3.1. DŮKAZY NÁSILÍ NA DÍTĚTI A POVINNOST PŘEKAZIT A OZNÁMIT SPÁCHÁNÍ TRESTNÉHO ČINU TÝRÁNÍ SVĚŘENÉ OSOBY	42
3.2. PODEZŘENÍ NA OHROŽENÍ DÍTĚTE A OZNAMOVACÍ POVINNOST	47
3.3. DALŠÍ SPOLUPRÁCE PLDD A OSPOD	52
3.4. SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY PŘI PODEZŘENÍ	53
ČI. 4 KOMUNIKACE S RODIČI	55
4.1. OBECNÁ KOMUNIKACE	55
4.2. KOMUNIKACE V PŘÍPADĚ PODEZŘENÍ	56
4.3. KOMUNIKACE V PŘÍPADĚ ROZVODOVÝCH A VZTAHOVÝCH KONFLIKTŮ RODIČŮ	59
ČI. 5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ	60
PŘÍLOHY	61

Metodické opatření
Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané
a zanedbávané dítě (syndrom CAN)

Ve snaze upozornit praktické lékaře pro děti a dorost (dále jen „PLDD“) na problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) a ve snaze zajistit jednotný postup při diagnostice, léčbě a následných opatřeních při podezření či zjištění syndromu CAN, vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR následující metodické opatření, které mohou využít všichni poskytovatelé zdravotních služeb, kteří poskytují zdravotní péči dětem.

Čl. 1

DIAGNOSTIKA TÝRANÉHO, ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE (SYNDROM CAN)

1.1. DEFINICE POJMU „SYNDROM CAN“

Pojem „CAN“ je zkratkou z anglického termínu Child Abuse and Neglect, termín se vyvíjel postupně od 50. let 20. století. V české terminologii byl v 90. letech minulého století přeložen jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Podle definice z této doby se jedná o „jakékoli nenáhodné jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v dané společnosti odmítané a nepřijatelné a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popř. způsobí jeho smrt.“ (Dunovský). [1]

CAN patří mezi syndromy označované také jako viktimizační (oběti trestných činů). Z definice je zjevné, že kromě samotných příznaků v psychickém a fyzickém stavu dítěte zahrnuje také popis chování k dítěti, popis možných příčin jeho stavu a popis zdravotních a sociálních následků. CAN tedy nelze určit jen na základě somatického a/nebo psychického stavu pacienta, je nutné znát příčinu, ale platí zde, že z následků nelze dovozovat skutek. Možnou příčinu stavu dítěte by měl lékař popsat na základě subjektivních údajů od pacienta a na základě svých odborných kompetencí (např. možný mechanismus úrazu). Objektivní objasnění příčin, jejich cílené vyšetření a případně obvinění z trestného činu týrání jsou úkolem orgánů činných v trestním řízení.

Postupně byly zavedeny do legislativy zákony týkající se ochrany dětí a trestů za nepřijatelné chování vůči dětem. Práva dětí jsou také součástí samostatných právních norem, jako je například Úmluva o právech dítěte. [2]

1.2. KLASIFIKACE SYNDROMU CAN DLE MKN

V MKN–10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, revize 10.) pro syndrom CAN není odpovídající kód nemoci, ale tyto stavy lze klasifikovat pomocí kódů ze skupiny T74 Syndromy týrání (kódy S-T Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin). [3] V některých případech je relevantní i kód Z91.8 – Týrání, zanedbání v osobní anamnéze (jiné určené rizikové faktory v osobní anamnéze nezařazené jinde).

Pro vyhledání konkrétního kódu stačí na webové stránce <https://mkn10.uzis.cz> napsat slovo „týrání“.

1.3. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ Z POHLEDU PLDD

PLDD vykonávají významnou úlohu na poli ochrany nezletilých dětí. Zejména u dětí do jednoho roku věku jsou PLDD i velmi často jediní, kteří si mohou povšimnout známek týrání, zneužívání či zanedbávání a informovat sociální pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále „OSPOD“).

Děti se rodí zranitelné a plně závislé na péči a podpoře svých nejbližších. Bohužel ale rodiče a jiní blízcí pečovatelé ne vždy zvládnou vlivem různých okolností situaci dobře, mohou ve své úloze selhávat a domov pak naopak může pro dítě být zdrojem opakovaného ohrožení a nedostatečné péče. Tento jev má v populaci vysokou prevalenci s latencí ve společnosti. V aktuálním průzkumu prof. Hašta uvádí, že zkušenost s emočním týráním deklarovalo 15,6 % respondentů, s fyzickým týráním 18 %, se sexuálním zneužitím 9,7 % a se zanedbáváním 37,2 % respondentů. U 24,5 % osob byla zjištěna jednorázová traumatizace, u 23,8 % osob vícečetná traumatizace. [4, 5]

Děti zpravidla ve svých rodinách zažívají nejčastěji kombinaci psychického, fyzického a někdy též sexuálního násilí. Opakované negativní zážitky v dětství pak mohou mít negativní dopad nejen na aktuální psychosociální vývoj dítěte, ale také na budoucí zdravotní stav dítěte. Včasná pomoc dítěti, rodičům, ale i celé rodině je v těchto situacích klíčová. Rodina obvykle nemá kapacitu ani reálný náhled na situaci, a neumí si tedy zpravidla říci o pomoc sama. Případy týrání, sexuálního zneužívání, zanedbávání či jiného špatného zacházení s dětmi proto zůstávají skryty či bývají odhaleny až v alarmujících situacích, kdy už bývá přímo ohroženo zdraví či život dětí. Podle statistik MPSV ročně v České republice zemře na následky špatného zacházení v rodinách 6–13 dětí.

Čím dříve je situace v rodině zachycena, tím se zvyšuje šance na citlivé řešení situace v rodině i minimalizaci následků pro dítě. Nejzranitelnější jsou děti do 5 let. U kojenců a malých batolat je PLDD hlavním aktérem, který může špatné zacházení s dětmi zachytit a pomoci rodině i dítěti k vyhledání včasné pomoci.

Za ohrožené dítě považuje český systém sociálně-právní ochrany takové dítě, jehož příznivý vývoj je ohrožen. Nejčastěji v českém kontextu v tomto ohledu hovoříme o dětech, které jsou vystavené špatnému/nevhodnému zacházení, ohrožujícímu prostředí, deprivaci, jsou ohrožené na životě, zdraví nebo ve svém vývoji, či o dětech nežijících ve vlastní rodině. Kdo je z pohledu legislativy považován za ohrožené dítě, je definováno v § 6 zákona č. 359/1999 Sb.¹, o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů, včetně

¹ § 6 zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí:

Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti,

a) jejichž rodiče

1. zemřeli,

2. neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo

3. nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;

b) které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěření dítěte do její výchovy;

podmínek pro naplnění ohroženosti. V případech, kdy jsou či mohou být naplněny podmínky ohrožení dítěte, je pak nezbytná aktivní spolupráce s místně příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí, resp. sociálním pracovníkem daného obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Rovněž i zákon č. 372/2011 Sb. (§ 45 odst. 3 písm. f), o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování odkazuje na úpravu v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí, dle které poskytovatel má povinnost zajistit splnění oznamovací povinnosti a sdělování údajů podle zákona upravujícího sociálně-právní ochranu dětí.

Zásadní roli ve výchově dítěte hrají bezesporu rodiče. To ostatně uvádí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v ustanovení § 884 odst. 1: „Rodiče mají rozhodující úlohu ve výchově dítěte. Rodiče mají být všestranně příkladem svým dětem, zejména pokud se jedná o způsob života a chování v rodině.“ A dále v § 857 odst. 2 je uvedeno, že „... rodiče mají právo usměrňovat své dítě výchovnými opatřeními, jak to odpovídá jeho rozvíjejícím se schopnostem, včetně omezení sledujících ochranu morálky, zdraví a práv dítěte, jakož i práv jiných osob a veřejného pořádku. Dítě je povinno se těmto opatřením podřídit“. Dále § 884 téhož zákona zmiňuje v odst. 2: „Výchovné prostředky lze použít pouze v podobě a míře, která je přiměřená okolnostem, neohrožuje zdraví dítěte ani jeho rozvoj a nedotýká se lidské důstojnosti dítěte.“

PLDD se ve své praxi setkávají s rodiči z různého společenského, sociálního, náboženského i etnického prostředí a dá se říci, že nastavená pravidla výchovy se v rodinách velmi liší. Někdy rozlišit, co je „ještě norma“ a co je už „špatné zacházení“, není jednoduché. Přesto musí existovat určité obecně platné hranice.

Jakou úlohu tedy mají PLDD?

Praktické lékařství pro děti a dorost je ze své povahy oborem z velké části preventivním, a je především oborem prvního kontaktu s dítětem a jeho rodinou. V systému zdravotnictví je tím, kdo by měl dokonale znát prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, a sledovat zblízka jeho vývoj, PLDD je tím, kdo dokáže včas odhalit nejružnější odchylky a problémy. [6] PLDD by měl umět dítě provést efektivně systémem zdravotnictví a souvisejících služeb. PLDD je také často důvěrníkem dítěte, mladistvého či rodiny.

Pokud se zamyslíme nad preventivní rolí PLDD, začíná již při převzetí dítěte do péče ordinace. Základem musí být velmi pečlivá anamnéza dítěte, a to nejen osobní, ale i rodinná a sociální. V rámci ní lze odhalit některá možná rizika z hlediska ohrožení syndromem CAN.

c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženi závislostí, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem; opakovaně nebo soustavně páchají přestupky podle zákona upravujícího přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;

d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;

e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění nebo je podezření ze spáchání takového činu;

f) které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;

g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;

h) které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu; pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

Preventivně lze působit také na výchovný styl rodičů a na kvalitu jejich péče o dítě, usměrňovat jejich chování, poskytovat informace o správném vývoji dítěte, stravování, prevenci rizikového chování a dalších tématech. Součástí preventivních prohlídek je kromě fyzického vyšetření i rozhovor s dítětem a rodiči o škole nebo zálibách, PLDD by se měl zabývat i o to, zda dítě něco netrápí atp.

Druhým důležitým úkolem je včasné zachycení dítěte, které se již potýká s problémem. Nejlépe rozpoznatelné jsou fyzické známky týrání v podobě netypických či opakovaných projevů na těle (modřiny, popáleniny, zlomeniny), případně zjevné známky sexuálního násilí. Problematické může být odhalení psychického týrání dítěte. Je třeba si uvědomit, že za projev násilí vůči dítěti či zanedbání péče je možné také považovat i soustavný tlak na dítě ve společensky dobře postavených rodinách z důvodu vysokých nároků na výkon dítěte, mnohdy motivovaných nesplněnými sny rodičů, stejně tak jako „soustavné“ pěstování obézního dítěte, které je chováním svých rodičů ohrožováno na zdraví. Otázka toho, kdy už dítě začíná být ohroženo na svém vývoji, je velmi citlivá, někdy na hraně morálních a etických norem, přesto je úloha PLDD v této věci klíčová. PLDD musí být schopen rozhodnout a jednat ve chvíli, kdy je zdravý vývoj dítěte ohrožen.

Třetím úkolem PLDD je umět se rozhodnout, pokud pojme podezření, že dítě je ohroženo ve svém vývoji špatným zacházením, jakým směrem se bude ubírat účinná pomoc. Toto rozhodnutí musí učinit co nejrychleji, jen tím lze pak zajistit rychlou sanaci okolí dítěte a jeho návrat do bezpečného prostředí.

1.4. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ (SYNDROM CAN) – CHARAKTERISTIKA RIZIK

Neexistuje jednoznačná charakteristika rizik pro týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN).

Jak ukazují výzkumy, toto téma se může dotýkat všech typů rodiny a přináší velkou zodpovědnost všem, kteří jsou kompetentní v řešení této problematiky. Velmi podstatnou roli v celém procesu včasného odhalení a pomoci týranému, zneužívanému či zanedbávanému dítěti hrají praktičtí lékaři pro děti a dorost (dále jen PLDD).

Odhalit týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte je v některých případech velmi složité.

Zejména u nejmenších dětí může špatné zacházení s dítětem i přes velký počet návštěv v rámci preventivních prohlídek u PLDD zůstat skryté, prostým zrakem, či dokonce vyšetřením neodhalitelné. Zvláště v případech, kdy rodiče opakovaně posouvají či upravují termíny návštěv u registrujícího PLDD dle svých „možností“, může být záchyt týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte velmi těžký. Proto i samotnému podezření na nežádoucí zacházení s dítětem musí být věnována dostatečná pozornost.

Je to o to těžší, že komunikace registrujícího PLDD s rodičem je založena na důvěrném a často dlouhodobém vztahu. O to důležitější je při řešení případů týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte, případně při podezření na ně profesionální přístup PLDD i jeho zdravotní sestry.

1.5. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ (SYNDROM CAN) – PRŮVODNÍ SYMPTOMY

Týrání, zneužívání, zanedbávání a další jiné formy nevhodného zacházení s dětmi může doprovázet celá řada symptomů. Je třeba si uvědomit, že nelze vyjmenovat všechny symptomy, proto jsou uvedeny ty (nej)častější.

Každé ohrožené dítě je zapotřebí posuzovat individuálně a vždy věnovat symptomům náležitou pozornost!

VAROVNÁ ZNAMENÍ

- Chybějící anamnéza poranění
- Měnící se anamnéza poranění
- Anamnéza neodpovídající charakteru poranění
- Anamnéza poranění neodpovídající věku dítěte
- Přítomnost dalších poranění (včetně starších)
- Rozpor ve výpovědi dítěte a rodiče ohledně mechanismu vzniku poranění
- Prodleva ve vyhledání lékařské péče
- Vyhledávání pohotovostní služby
- Děti se zdravotním znevýhodněním

FYZICKÉ TÝRÁNÍ

Podkožní hematomy

- Při běžných poraněních **u mobilních dětí** vznikají hematomy zejména ventrálně, nad kostními prominencemi, bez petechií a bez otisku předmětu.
- Jakýkoli podkožní hematom u dítěte mladšího 4 měsíců (**u premobilního dítěte**) je suspektní z násilí.
- **U mobilních dětí do 4 let** jsou z násilí suspektní hematomy lokalizované v úhlu mandibuly, na trupu (hrudník, břicho, záda, hýždě, anogenitální oblast), tváři (mimo kostní prominenci), oku, krku, uchu nebo frenulu (zkratka ÚTTOK 4 UFO). Hematomy mohou být s patrným otiskem předmětu, s přítomností petechií nebo v podobě shluku hematomů, zejména stejného tvaru.

Opařeniny

- Opařeniny **následkem nehody** bývají asymetrické, s nerovnoměrným stupněm poškození, nerovnými okraji a lokalizované jsou zejména ventrálně, nejčastěji na hlavě, obličeji, krku a horní části trupu. Příčinou bývá nejčastěji převržení nádoby s horkým nápojem, stravou, horkou vodou v kuchyni.
- Nejčastějším mechanismem opaření způsobeného jinou osobou je násilné ponoření dítěte do horké vody.
- Opařeniny při **násilném ponoření** mívají ostré okraje (ponožky/rukavičky), jsou symetrické, s rovnoměrným stupněm poškození, nejčastěji jsou lokalizované na dolních končetinách, hýždích, perineu a zádech. Kožní a flekční záhyby mohou být zasažené méně než zbytek těla.

Poranění břicha

- Poranění duodena < 4 roky
- Podkožní hematomy na břiše (málo časté)

Intrakraniální poranění

- Akutní – porucha vědomí, intrakraniální hypertenze, křeče, apnoe, hypotonie, anémie, šok (nespecifické)
- Chronické – nárůst obvodu hlavičky, neklid, zvracení, neprospívání, hypotonie (nespecifické)

Poranění úst

- Každé poranění úst a zejména poranění frenula

Popáleniny

- Kontaktní popáleniny, ostré okraje, může být rozpoznatelný tvar použitého předmětu
- Záda, ramena, hýždě

Zlomeniny suspektní z násilí u premobilních dětí

- Zlomeniny žeber
- Klasické metafyzární léze
- Zlomeniny humeru/femuru u nechodících dětí

DALŠÍ SYMPTOMY FYZICKÉHO TÝRÁNÍ

- Vytrhané vlasy, protržení ušního lalůčku náušnicí, poškození ušního bubínku, poranění očí, pohmožděniny, vykloubeniny, tržné/řezné/bodné rány aj.
- Zakrývání zranění či modřin oblečením, vyhýbání se hodinám tělesné výchovy nebo převlékání se společně s jinými dětmi aj.

PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ

Psychosomatické potíže

- Nevolnost, bolesti břicha/hlavy, únava
- Nechutenství nebo naopak přejídání

Psychické potíže

- Poruchy nálady, úzkost, podrážděnost, plačtivost
- Poruchy spánku (noční můry, strach ze tmy)
- Sebeпоškozování
- Sebevražedné myšlenky/pokusy
- Disociativní projevy (derealizace, depersonalizace, amnézie)

Změny chování

- Vyhýbavost
- Agrese
- Zhoršení prospěchu

- Vyrušování, dožadování se pozornosti
- Porušování pravidel a nerespektování hranic
- Poruchy chování (útěky, návykové látky)

Vztahové potíže

Chování rodičů

- Vyhrocený porozvodový spor
- Tlak na výkon
- Vyžadování opakovaných vyšetření dítěte
- Dvojkariérové manželství
- Domácí násilí
- Münchhausenův syndrom by proxy

Šikana, kyberšikana

- Příznaky fyzického a psychického týrání
- Časté ztráty, poškození školních pomůcek, oblečení
- Vyčlenění z kolektivu, neúčastní se školních akcí
- Zhoršení školního prospěchu
- Absence ve škole, záškoláctví
- Šikanuje

SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

- Hematomy na /v okolí pohlaví
- Pohlavně přenosné choroby
- Deflorace u nezletilých dívek
- Výtok z pochvy u malých dívek
- Gravidita nezletilých dívek
- Ragády v oblasti anální a genitální (u dívek i chlapců)
- Natržená předkožka u chlapců
- Enuréza, enkopréza (denní i noční)
- Excesivní či nutkavá masturbace
- Znalosti sexuálních praktik neodpovídající věku
- Sexualizované chování ve hře či kresbě
- Regrese v psychickém vývoji
- Poruchy řeči
- Vyhýbání se fyzickému kontaktu
- Nápadná změna vztahu ke konkrétní osobě

ZANEDBÁVÁNÍ

- Absence registrace u PLDD
- Nedostatečná lékařská péče (nedodržování doporučené léčby, nepodávání léků, stará zranění bez adekvátní péče)
- Zanedbávání prevence (absence preventivních prohlídek)
- Nedostatečná hygiena – špína, zápach, neupravené vlasy, špinavé oblečení (opakující se potřeba léčit kožní parazity – vši, svrab)
- Nevhodné prostředí (bydlení, sociální)
- Nedostatečné či nevhodné stravování (podvýživa, obezita, nedostatek vitaminů)
- Pozorované duševní zanedbávání nebo citová deprivace (odpírání pozornosti, lásky, vřelosti, přijetí rodiče)
- Pozorované zanedbávání výchovy (nerozvíjení sociálních dovedností, nedostatek nácviku hygieny, nepravidelný životní rytmus)
- Pozorované zanedbávání dozoru (ponechávání dítěte bez adekvátního dohledu, nedostatečná ochrana před nebezpečím, opuštění dítěte, vyšší úrazovost)
- Zanedbávání vzdělání a výchovy (záškoláctví, zanedbání speciálních vzdělávacích potřeb, neřešení rizikového chování, přehnané nároky na dítě)
- Nedostatek nebo nadbytek pozornosti/péče (podvýživa/obezita, nedostatek/nadbytek aktivity)

Zvláštní formou zanedbávání je senzorická deprivace (absence zrakových, sluchových, hmatových a chuťových podnětů).

Další doprovodné symptomy syndromu CAN

- Změny chování – náhlá extroverze nebo introverze, uzavřenost, tvrdohlavost, přílišná aktivita, zhoršení prospěchu aj.
- Rizikové chování – útěky, krádeže, experimentování s drogami, alkoholem, promiskuita aj.
- Psychosomatické potíže – potíže a somatické stesky bez zdravotních příčin (časté bolesti břicha/hlavy, pomočování, nevolnost, pocit sevřeného hrudníku, bušení srdce aj.
- Psychické potíže – poruchy nálad, úzkost, strach, pocit neštěstí, plachost, zvýšené napětí (okusování nehtů, zadržávání v řeči), lekavost, poruchy spánku, porucha příjmu potravy, ztráta sebehodnocení, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky/pokusy aj.

1.6. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – FYZICKÉ TÝRÁNÍ

Vyšetřovat dítě, které bylo vystaveno násilí, patří k profesně nejnáročnějším situacím v ordinacích PLDD. Známký násilí jsou často nespecifické a zevní známky traumatu dokonce mohou chybět. [7–12] Nevhodnou komunikací nebo nesprávným postupem můžete ohrozit důvěru, kterou s rodiči svých pacientů dlouhodobě budujete. Pokud však neodhalíte známky násilí a nezvolíte odpovídající postup, ohrozíte tím zdraví, případně i život svého dětského pacienta. Vaší úlohou, ale i povinností je na základě objektivních skutečností chránit zdraví a život dítěte. Jako PLDD máte v této ochraně nezastupitelnou úlohu, protože dítěti poskytnete péči dlouhodobě, a můžete si tak spojit jednotlivé nálezy i příznaky s dalšími skutečnostmi, ke kterým u dítěte došlo v průběhu delšího období.

Díky preventivním kontrolám můžete být jedinými osobami mimo okruh rodiny, které jsou s dítětem v kontaktu, hlavně v kojeneckém období.

Násilím jsou nejvíce ohroženy nejmenší děti, zejména kojenci. [13,14] U takto malých dětí je k traumatickým změnám potřeba přistupovat s velkou obezřetností. Drobná poranění, jako jsou podkožní hematomy nebo poranění úst, nemusí působit závažně, představují však jedinečnou příležitost, kdy jako PLDD můžete zasáhnout a předejít těžšímu poranění dítěte. [15]

Mějte na paměti, že ani dětské oběti násilí, které již umějí mluvit, většinou neuvádějí skutečný mechanismus svého poranění. Mladší děti tak činí zejména proto, že bývají pachateli zastrašovány a mají nařízeno, jaké vysvětlení mají poskytnout; u starších dětí se přidává leckdy i stud a tendence k utajování. Tyto děti mají z pachatele velký strach a maximálně se snaží vyhnout dalšímu fyzickému trestání.

Co je hlavní úlohou PLDD v případě ohroženého dítěte?

1. Odhalit následky fyzického násilí

Týráním jsou nejvíce ohroženy nejmladší děti, zejména kojenci. Takto malé děti mají omezený počet kontaktů, a proto jste vy, PLDD, velmi důležitými osobami, které mohou násilí páchané na dítěti odhalit. Vaší úlohou je odhalit u dítěte symptomy, které mohou svědčit o tom, že dítě bylo vystaveno násilí. Dle druhu poranění a zjištěných symptomů je třeba zhodnotit, zda se jedná o poranění, které pravděpodobně vzniklo při běžné dětské aktivitě, nebo se pravděpodobně jedná o poranění způsobené jinou osobou. V naprosté většině případů budou děti se zlomeninami, popáleninami, poraněním hlavy aj. ošetřeny mimo vaši ordinaci. Ve vzácnějších případech můžete vyslovit podezření např. na zlomeninu během vyšetření dítěte z jiného důvodu (např. při nálezů hmatného svalku, otoku, poruše hybnosti nebo nápadné bolestivosti) nebo můžete odhalit staré popáleniny/opařeniny aj.

V těchto případech často chybí trauma v anamnéze nebo je anamnéza vágní.

Zároveň můžete být první, kdo vysloví podezření nebo odhalí přítomnost intraabdominálního poranění či abusuivní poranění hlavy a pacienta odešlete k dalšímu vyšetření do příslušného zdravotnického zařízení. U dětí s podezřením na týrání je nutné vždy pomýšlet na možnost poranění břicha a abusuivní poranění hlavy. Tato vaše úloha je nelehká vzhledem k tomu, že dětské oběti násilí s poraněním břicha či abusuivním poraněním hlavy mají často nespecifické příznaky a zevní známky traumatu mohou chybět.

V případě podezření na násilí spáchaném na dítěti jste povinni pacienta odeslat do zdravotnického zařízení s patřičnou specializací.

Podezření, že se dítě stalo obětí násilí, uveďte na žádanku. **Za tímto účelem je možné použít např. zkratku CAN (Child Abuse and Neglect), NAI (Non-Accidental Injury) nebo PTD (podezření na týrané dítě).**

2. Zdokumentovat poranění

Podezření, že dítě bylo vystaveno násilí, představuje velmi závažnou a specifickou situaci, která vyžaduje podrobnější zápis do zdravotnické dokumentace než v jiných případech, vhodné je také pořízení fotodokumentace (viz čl. 2. Zdravotnická dokumentace). V případě, že se jedná o nálezy, které jste odhalili ve vaší ambulanci, vycházejte v dokumentaci z vašeho vyšetření. V případě, že dítě bylo vyšetřeno na jiném pracovišti, vycházejte z lékařské zprávy z daného pracoviště.

3. Být obezřetní

Má-li dětský pacient již v anamnéze poranění, ke kterému mohlo dojít následkem násilí, přistupujte k jeho případným dalším zdravotním obtížím s větší obezřetností. Totéž platí také pro další děti vychovávané ve stejné domácnosti. Coby PLDD jste jedinými lékaři, kteří mohou

péči o dítě nahlédnout skutečně komplexně a spojit si jednotlivé události, ke kterým došlo v průběhu dnů, týdnů a měsíců. Této vaší znalosti nemohou lékaři ostatních odborností konkurovat. Rodiče dítěte navíc mohou záměrně střídat specializovaná pracoviště, a údaje o předchozích traumatech dítěte tak u specialistů tajit.

Mějte na paměti, že poranění úst patří k prvním známkám násilí spáchaného na dítěti.

4. Splnit oznamovací povinnost

Pakliže pojmete podezření, že bylo dítě vystaveno násilí, jste povinni splnit zákonem stanovenou oznamovací povinnost OSPOD, Policii ČR nebo státnímu zastupitelství (*viz čl. 3. Oznamovací povinnost PLDD*).

Co je potřeba zanést do zdravotnické dokumentace?

- Uvedte lokalizaci, tvar, velikost, charakter, rozsah, stupeň a počet poranění, případně přítomnost petechií, patrného otisku předmětu nebo známky dalších poranění (hematomy, popáleniny/opařeniny, jizvy po starších zraněních atd.).

V případě podezření, že dítě utrpělo poranění břicha následkem násilí, zaznamenejte příznaky dítěte a výsledky fyzikálního vyšetření včetně případných povrchových známek poranění v oblasti břicha nebo známek dalšího poranění v jiné lokalizaci. V případě abusivního poranění hlavy zaznamenejte obvod hlavičky dítěte a zaznamenejte, jak rodiče popisují vznik a vývoj potíží dítěte.

Vhodné je zjištěné nálezy zakreslit do nákresu (*viz Příloha č. 2 – Záznam o zranění dítěte pro zdravotnickou dokumentaci*) a pořídit fotodokumentaci.

- Zaznamenejte, jaký čas a mechanismus vzniku poranění udávají rodiče. Pakliže rodiče udávají anamnézu traumatu, pečlivě to zdokumentujte. Zaznamenejte, kdy podle rodičů k traumatu došlo, jaký byl mechanismus úrazu včetně detailů (u pádů – z jaké výšky dítě spadlo, jakou částí těla a na jaký povrch dopadlo). V případě, že se údaje dítěte o vzniku poranění rozcházejí s údaji jeho doprovodu, zaznamenejte obě verze. Pokud došlo k zásadní časové prodlevě, než rodiče vyhledali lékařskou péči, také to zaznamenejte.

- Popište psychomotorické schopnosti dítěte (přetočí se na břicho / plazí se / leze / stojí / chodí kolem nábytku / chodí samostatně apod.) v době nálezu poranění. Na základě těchto psychomotorických schopností dítěte vyhodnoťte, zda ke vzniku poranění mohlo dojít tak, jak rodiče popisují. Toto zhodnocení také zaneste do dokumentace.

- Pokud máte možnost, poříďte barevnou fotografii s použitím měřítka (postačuje i mobilním telefonem). Pro Policii ČR se jedná o cenný materiál.

V péči o děti s podezřením na týrání jde o komplexní problematiku, v jejíž orientaci však mohou pomoci současné vědecké poznatky, které zde předkládáme.

1.6.1. PODKOŽNÍ HEMATOMY

Podkožní hematomy jsou nejčastějším poraněním u dětských obětí násilí. [16] Čím mladší je dítě s podkožním hematomem, tím vyšší existuje riziko, že se jedná o následek násilí. Pokud lékař při nálezů suspektního podkožního hematomu nevyužije příležitost k prošetření možného násilí na dítěti, násilí se může opakovat, stupňovat a skončit těžkým poraněním nebo úmrtím dítěte. [17–19] Přestože samotná přítomnost podkožního hematomu není důkazem proběhlého násilí, v určitých případech poukazuje na riziko, že bylo dítě násilí vystaveno, a tuto možnost je nutné aktivně prošetřit.

Retrospektivní studie 401 dětí do 1 roku vyšetřených multidisciplinárním týmem pro podezření z týrání ukázala, že 27,5 % týraných dětí mělo v minulosti patrné varovné známky probíhajícího násilí. V 80 % případů se jednalo o podkožní hematom. [20]

Retrospektivní studie dětí do 5 let, které zemřely na následky násilného poranění hlavy, prokázala, že 79 % dětí mělo podkožní hematom. Mezi části těla s nejčastějším výskytem podkožních hematomů u těchto dětí patřil obličej, čelo, záda a hýždě. [21]

Jak častý je výskyt podkožních hematomů u dětí?

Výskyt podkožních hematomů je závislý na dosaženém stadiu psychomotorického vývoje dítěte. U dětí, které ještě samostatně nelezou (premobilní stadium), je výskyt podkožních hematomů velmi vzácný. [22,23] U lezoucích dětí výskyt podkožních hematomů stoupá, nejvíce hematomů mají děti chodící. U nemobilních dětí je proto samotná přítomnost podkožního hematomu suspektní z proběhlého násilí. U starších dětí vždy závisí na lokalizaci, počtu a charakteru hematomu.

Prospektivní studie 1001 dětí ve věku 0–35 měsíců při preventivních prohlídkách prokázala, že podkožní hematom mělo pouze 0,6 % dětí mladších 6 měsíců. Výskyt podkožních hematomů stoupal s věkem dítěte: podkožní hematom mělo 13 % dětí ve věku 6–11 měsíců, 41 % dětí ve věku 12–23 měsíců a 61 % dětí ve věku 24–35 měsíců. [24]

Prospektivní studie výskytu podkožních hematomů u dětí do 1 roku vyšetřených z různých příčin na oddělení dětské pohotovosti ukázala, že podkožní hematomy u dětí do 1 roku jsou vzácné (3,5 %), zejména u dětí do pěti měsíců (1,3 %). U 83 % dětí s podkožním hematodem byl důvodem návštěvy pohotovosti úraz. Prevalence podkožního hematomu u premobilních dětí bez traumatické anamnézy byla pouze 0,2 %. U premobilních dětí vyšetřovaných z jiného důvodu, než je úraz, proto podkožní hematom nepatří mezi očekávaný náhodný nález. [16]

Jaké podkožní hematomy nacházíme u dětí s běžným poraněním?

Výskyt podkožních hematomů u premobilních dětí je vzácný. [24,25] Běžná poranění (např. uklouznutí, zakopnutí, pád) u mobilních dětí vedou ke vzniku podkožních hematomů v oblasti kostních prominencí, zejména na ventrálních částech těla. Mezi nejčastější běžné lokalizace patří kolenní klouby, holeně, čelo, nos, rty a brada. [22] Takto lokalizované hematomy na obličeji připomínají tvar písmena T. Tyto podkožní hematomy nebývají doprovázené petechiemi ani rozpoznatelným otiskem předmětu. [22]

100 % podkožních hematomů, ke kterým došlo při běžných dětských aktivitách a úrazech ve věku 6–12 měsíců, bylo lokalizováno nad kostními prominencemi, 78 % bylo lokalizovaných na čele a v obličeji, 22 % na holeních. [26]

V longitudinální studii rodiče zaznamenávali přítomnost podkožních hematomů u svých dětí ve věku 0–6 let. Prevalence hematomů stoupala v závislosti na vývojovém stadiu dítěte. Hematomy byly nejčastěji lokalizovány na čele, nose, rtu, bradě, na hlavě a holeních. Hematomy v oblasti trupu ventrálně byly až na velmi vzácné výjimky popsány pouze u chodících dětí a byly lokalizovány nad kostními prominencemi. Méně než 0,2 % premobilních dětí mělo hematom v oblasti hýždí nebo ventrálního trupu. [27]

Prevalence petechií u dětí vyšetřených multidisciplinárním týmem pro podezření z týrání byla 16 %, zatímco u dětí, které byly vyšetřeny na oddělení urgentního příjmu, byla prevalence petechií pouze 1,5 %. [28]

Jaké hematomy nacházíme u dětských obětí násilí?

Podkožní hematomy u dětí do 4 let, které splňují alespoň jednu z charakteristik shrnutých pod akronymem ÚTTOK 4 UFO, jsou suspektní z násilí spáchaného na dítěti. Pokud hematomy splňují některou z těchto charakteristik, neznamená to automaticky diagnózu týrání, ale jedná

se o cennou screeningovou informaci k odhalení dětí, u kterých existuje riziko, že se staly obětí násilí.

Vysvětlení zkratky ÚTTOK 4 UFO:

- Úhel mandibuly, Trup, Tvář, Oko, Krk, 4 (jakýkoli hematom u dítěte do 4 měsíců včetně), Ucho, Frenulum, Otisk předmětu.
- Jakýkoli podkožní hematom u dítěte mladšího 4 měsíců včetně (u premobilního dítěte) je suspektní z násilí.
- U mobilních dětí do 4 let jsou hematomy suspektní z proběhlého násilí v těchto lokalizacích: Úhel mandibuly, Trup (hrudník, břicho, záda, hýždě, anogenitální oblast), Tvář (mimo kostní prominenci), Oko (víčko nebo spojivka), Krk, Ucho, Frenulum.

Mezi další varovné signály patří přítomnost petechií současně s podkožním hematodem a rozpoznatelný otisk předmětu, shluk hematomů a shluk hematomů stejného tvaru. [22,23]

Prospektivní sekundární analýza dat 146 dětí mladších 6 měsíců vyšetřených pro podezření na týrání, jejichž jediným klinickým nálezem byl podkožní hematom, prokázala, že na zobrazovacích metodách mělo 23 % dětí klinicky němé traumatické změny skeletu a 27 % dětí klinicky němé intrakraniální poranění. [29]
Použití pravidla ÚTTOK 4 UFO u dětí do 4 let má senzitivitu 96 % a specificitu 87 %. [30]

Je možné určit stáří podkožního hematomu?

Ke stáří podkožního hematomu na základě vizuálního zhodnocení se nelze vyjádřit. V současné době neexistují vědecké důkazy, které by umožnily spolehlivě zhodnotit stáří podkožního hematomu na základě jeho vzhledu. [22]

1.6.2. POPÁLENINY A OPAŘENINY

Popáleniny a opařeniny patří mezi obzvláště závažná poranění u dětských obětí násilí. Vedou k dlouhodobým následkům a dětské oběti kvůli nim často umírají. Nejčastějším tepelným poraněním u dětských obětí násilí jsou opařeniny, druhým nejčastějším poraněním jsou kontaktní popáleniny. Nejmladší děti jsou násilím ohrožené nejvíce.

Studie 5553 dětí vyšetřených na popáleninové klinice ukázala, že 297 (5,3 %) termických poranění vzniklo následkem týrání. 90 % obětí týrání utrpělo opařeniny, 5 % kontaktní popáleninu. 94 % obětí týrání bylo mladších 5 let. [31] Studie 2117 dětí hospitalizovaných na popáleninové klinice ukázala, že 14 % popálenin/opařenin ve věkové kategorii 0–1 rok vzniklo následkem násilí, zatímco u dětí starších 1 roku to bylo 5,8 %. [32] Studie 195 dětí mladších 5 let vyšetřených pro opařeniny na popáleninové klinice prokázala, že oběti úmyslného opaření byly hospitalizovány více než dvakrát déle než děti, u kterých došlo k neúmyslnému opaření. [33] 7,4 % dětí ve věku 0–10 let vyšetřovaných multidisciplinárním týmem pro podezření z týrání utrpělo popáleniny nebo opařeniny. [34]

Jaké jsou typické nálezy u dětí opařených následkem nehody?

Většina opařenin, ke kterým došlo následkem nehody, vzniká po kontaktu s horkým nápojem, horkou tekutou stravou nebo horkou vodou v kuchyni. [35,36] Nejčastějším mechanismem opaření je převržení nádoby s horkým obsahem, obvykle v souvislosti s přípravou nebo konzumací stravy nebo nápojů. [31,36] Okraje opařenin jsou nerovné, stupeň poškození je v rámci opařeniny nerovnoměrný, poškození je asymetrické, zpravidla se nachází na ventrální části těla. Opařeniny neobkružují postiženou část těla v celém rozsahu – nemají

charakter „rukavičky“ ani „ponožky“. [37,38] Mezi nejčastěji zasažené části těla patří hlava, obličej, krk a horní část trupu. [35]

90 % opařenin, ke kterým došlo neúmyslně u dětí do 5 let, bylo způsobeno jinými tekutinami než vodou z kohoutku. [33] 66 % opařenin, ke kterým došlo neúmyslně a jiným činitelem než kohoutkovou vodou, vzniklo v kuchyni. [36]

Jaké jsou typické nálezy u dětí opařených jinou osobou?

Úmyslné opařeniny nejčastěji vznikají prostřednictvím vody z kohoutku. [31] Nejčastějším mechanismem opaření je násilné ponoření dítěte do horké vody. Dítěti je znemožněno se bránit, což vede k typickému poškození. [31] Opařeniny mají obvykle ostré horní okraje, často mají charakter „rukaviček“ nebo „ponožek“, jsou symetrické, častěji postihují dorzální části těla, s rovnoměrným stupněm poškození v celém rozsahu opařeniny. V některých případech násilného ponoření mohou být oblasti kožních nebo flekčních záhybů (např. popliteální jamka nebo centrální část hýždí) zasažené méně než jejich okolí. [33] Mezi často zasažené části těla patří dolní končetiny (často obě dolní končetiny symetricky), hýždě, perineum a záda. [31,33,35] Častou anamnézou je vznik opařeniny během koupání (na rozdíl od opařenin bez cizího zavinění, ke kterým častěji dochází v souvislosti s přípravou a konzumací stravy nebo horkých nápojů). [31]

Varovnými známkami může být také anamnéza dřívějšího popálení, známky zanedbávání, neprospívání či přidruženého poranění nebo psychomotorické schopnosti neodpovídající udanému mechanismu poranění. [35]

87 % dětí s opařeninami s mechanismem ponoření do horké tekutiny bylo obětí násilí. [31]

80–100 % týraných dětí s opařeninami horkou vodou mělo postižení dolních končetin, hýždí nebo jejich kombinaci. [39]

Jaké jsou typické nálezy u dětí popálených následkem nehody?

Odlišit popáleninu, která vznikla následkem násilí, od popáleniny, která vznikla následkem nehody, není jednoduché, protože v mnoha ohledech neexistují statisticky signifikantní rozdíly v klinickém nálezu mezi oběma skupinami. Mezi nejčastější neúmyslné popáleniny s výjimkou opařenin patří popálení plamenem a kontaktní popáleniny, totéž však platí pro popáleniny u obětí násilí. [31] Kontaktní popáleniny, ke kterým došlo v rámci nehody, jsou často lokalizované na prstech a dlani. [39] Lokalizace popáleniny sama o sobě však není specifická. [34]

Ve skupině náhodného popálení/opaření u dětí ve věku 0–18 let vyšetřených na popáleninové klinice bylo 42 % opařenin, 31 % popálení ohněm, 10 % kontaktních popálenin, 9 % popálení tukem, 8 % popálenin z ostatních příčin. [31]

Jaké jsou typické nálezy u dětí popálených jinou osobou?

Nejčastěji se jedná o kontaktní popáleniny (cigaretou, žehličkou, topením, fénem a dalšími předměty), vzácněji o popálení plamenem nebo poleptání. Kontaktní popáleniny mají ostré okraje, často je rozpoznatelný předmět, který byl k popálení použit. Popáleniny jsou častěji vícečetné a provázené dalším poraněním. [35,40] Kontaktní popáleniny jsou často lokalizované na zádech, ramenou a/nebo hýždích. [35] Kontaktní popáleniny způsobené cigaretou jsou obvykle mnohočetné, cirkulární, stejné velikosti, mohou být v různém stadiu vývoje. [40] Zatímco u jiných forem násilí na dětech jsou postižené zejména nejmenší děti, popáleninami trpí oběti násilí jakéhokoli věku. [35]

Ve studii dětí s popáleninami ve věku 0–8 let bylo 53 % kontaktních popálenin způsobeno násilím. Jednalo se o popáleniny cigaretou, domácím topným tělesem, žehličkou a kulmou. [39]

1.6.3. PORANĚNÍ ÚST

Poranění úst u dětí patří mezi traumatické změny, jejichž příčinu je nutné vždy pečlivě vyšetřit. Tato poranění, zejména poranění frenula (retní uzdičky), mohou být první známkou násilí páchaného na dítěti. Poranění úst u dětských obětí násilí často předchází závažnému i život ohrožujícímu poranění.

Série kazuistik popsala případy kojenců, kteří utrpěli poranění retní uzdičky nebo podjazykové uzdičky. Po ošetření byli propuštěni do domácího prostředí, aniž by proběhlo řádné vyšetření, které by vyloučilo násilí. Za 2–3 týdny byli přijati s těžkým abusuivním poraněním hlavy. [15]
28 % týraných dětí mladších 1 roku mělo v anamnéze dřívější poranění, které patří mezi varovné příznaky. V 80 % se jednalo o suspektní hematomy, v 11 % o poranění úst. [41]

Jaká poranění úst jsou suspektní z proběhlého násilí?

Poranění frenula (retní uzdičky) u kojenců a batolat patří mezi důležité varovné příznaky. Toto poranění není patognomické pro týrání a může k němu dojít i jinými mechanismy, jako je například tupé poranění nebo pád. Jedná se však o úrazy, které si rodiče dítěte pamatují, protože při nich došlo ke krvácení z dutiny ústní. Pokud trauma v anamnéze chybí nebo mechanismus úrazu neodpovídá klinickému nálezu či psychomotorickým schopnostem dítěte, jedná se o velmi suspektní nález. V takovém případě je nutné pacienta hospitalizovat a provést komplexní vyšetření k vyloučení násilí. Mezi další poranění úst u dětských obětí násilí patří hematom nebo lacerace rtu, lacerace sliznice, dentální poranění, poranění jazyka a traumatické léze dásní. Tato traumata však nejsou specifická pro týrání. [42]

23 % dětí s poraněním úst vyšetřených multidisciplinárním týmem pro podezření z týrání mělo na kostním protokolu klinicky němou zlomeninu. 21 % mělo abusuivní poranění hlavy. [43]
U 88 % dětí do 6 měsíců s poraněním frenula, které byly vyšetřované pro suspektní násilí, došel multidisciplinární tým k závěru, že diagnóza týrání je velmi pravděpodobná. [43]

1.6.4. ZLOMENINY

Přítomnost zlomeniny u dětské oběti násilí je známkou toho, že byla použita hrubá síla. Nejvyšší riziko zlomeniny mají malé děti. Značná část zlomenin u dětských obětí násilí je klinicky nemá. Z tohoto důvodu je zásadní při podezření na týrání u dětí do dvou let provést radiologické vyšetření, tzv. kostní protokol. Toto vyšetření umožní odhalit i klinicky němé zlomeniny.

Kostní protokol provedený u dětí do 2 let s podezřením na týrání odhalil zlomeninu u 34 % dětí. 18 % z nich mělo vícečetné zlomeniny. [44]
Méně než 10 % zlomenin s výjimkou zlomenin kalvy je u dětí doprovázeno podkožním hematodem. [7,8]
Kostní protokol provedený u dětí mladších 6 měsíců, které byly vyšetřovány multidisciplinárním týmem pro podezření z týrání z důvodu izolovaného podkožního hematomu, odhalil klinicky němou zlomeninu u 23 % dětí. Jednalo se o děti s izolovaným nálezem podkožního hematomu s jinak normálním klinickým nálezem. [29]
Kostní protokol zhotovený u dětí s podezřením na týrání odhalil klinicky němou zlomeninu u 11 % dětí s podezřením na týrání. V podskupině dětí do 6 měsíců byla incidence němých zlomenin 16 %.
V podskupině dětí s anamnézou křečí byla incidence klinicky němých zlomenin 33 %. [45]

Jaké zlomeniny jsou suspektní z násilí spáchaného na dítěti?

Velmi důležitým faktorem je věk dítěte, resp. jeho psychomotorické schopnosti. Čím mladší dítě utrpělo zlomeninu, tím vyšší je riziko, že se jedná o následek násilí. Varovnými známkami jsou přítomnost zlomeniny bez anamnézy úrazu, anamnéza neodpovídající tíži poranění, anamnéza neodpovídající psychomotorickým schopnostem dítěte, měnící se anamnéza, přítomnost dalších poranění a prodlevy ve vyhledání lékařské péče. Mezi časté zlomeniny s vysokou specifikitou pro týrání patří tzv. klasické metafyzární léze (série mikrofraktur v metafyzách dlouhých kostí, nejčastěji v oblasti kolenních kloubů) a zlomeniny žeber u malých dětí. Mezi zlomeniny s vysokou specifikitou patří také zlomeniny sterna, spinózních výběžků a zlomeniny lopatky, tyto zlomeniny jsou však vzácné. [46] Děti, které se staly obětí násilí, nejčastěji utrpí zlomeniny kalvy, dlouhých kostí a žeber. Zlomeniny kalvy a dlouhých kostí jsou však časté také u běžných dětských úrazů, a pokud rodiče uvedou anamnézu úrazu, pravou příčinu vzniku zlomeniny je těžké určit. Ke zlomenině diafýzy femuru může dojít následkem běžného úrazu nebo následkem násilí, nejdůležitějším faktorem jsou psychomotorické schopnosti dítěte v době vzniku zlomeniny.

U dítěte, které není samostatně mobilní, je pravděpodobnost, že si zlomeninu způsobilo samo, mnohem nižší než u dítěte chodícího. [47] Děti se zlomeninou femuru nebo humeru následkem týrání jsou obvykle mladší jednoho roku. [48] Mezi zlomeniny kalvy s vyšší suspekci z proběhlého násilí patří impresivní fraktury, diastatické fraktury a fraktury okcipitální kosti. [49]

Podrobnější popis zlomenin suspektních z proběhlého násilí je mimo možnosti tohoto textu, zájemci o problematiku najdou cenné informace v seznamu použité literatury.

Dětskými oběťmi násilí se zlomeninami byli ze 49 % kojenci, z 19 % batolata, z 18 % starší děti a ze 14 % adolescenti. [13]

42 % dětí ve věku 0–10 let vyšetřovaných pro podezření na týrání mělo zlomeninu. 18 % dětí mělo zlomeninu dlouhých kostí, 16 % dětí mělo zlomeninu kalvy, 9 % zlomeninu žeber, 5 % klasickou metafyzární lézi. [50]

Jaké zlomeniny jsou typické pro běžné úrazy?

Zlomeniny patří mezi časté následky úrazů v dětském věku. Vzhledem k tomu, že děti se zlomeninou jsou ve většině případů symptomatické, rodiče vyhledají lékařskou péči obvykle do několika hodin po úrazu. [51] Tyto děti mají anamnézu úrazu, která odpovídá klinickému a radiologickému nález. Nejčastější příčiny dětských zlomenin jsou pády, tupá poranění, sportovní úrazy a dopravní nehody. [52] Psychomotorické schopnosti dítěte odpovídají popsanému mechanismu úrazu. Nejčastější dětskou zlomeninou při náhodném poranění je zlomenina distálního radia nebo ulny. Incidence zlomenin stoupá s věkem dítěte. [52]

Rodiče všech dětí ve věku 0–6 let se zlomeninou horní nebo dolní končetiny pozorovali u dětí alespoň jeden symptom (zevní známky poranění u 85 % dětí, pláč ihned po úrazu u 91 %, pláč trvající déle než 30 minut u 83 % dětí, změnu v používání postižené končetiny u 88 % dětí).

59 % dětí se zlomeninou dolní končetiny podle rodičů kulhalo a 30 % se na postiženou končetinu odmítalo postavit. U 84 % dětí se zlomeninou horní končetiny rodiče pozorovali preferenční používání zdravé končetiny nebo naprostou imobilitu postižené končetiny. Medián časové prodlevy mezi úrazem a příchodem do zdravotnického zařízení byl 1 hodina, u 21 % dětí byla prodleva delší než 8 hodin (častěji u dětí příslušníků etnických menšin, dětí bez zevních známek poranění a u dětí které poraněnou končetinu normálně používaly). [51]

Incidence zlomenin byla vyčíslena na 20,2 zlomeniny na 1000 dětí za rok. Nejčastějšími zlomeninami u dětí ve věku 0–16 let byly zlomeniny distálního radia nebo ulny (33 % všech zlomenin) a zlomeniny prstů ruky (15 % všech zlomenin). [52]

1.6.5. PORANĚNÍ BŘICHA

Trauma nitroabdominálních orgánů patří u dětských obětí násilí mezi málo častá poranění, závažnost těchto poranění však spočívá v jejich těžkém průběhu. Příznaky jsou často nespecifické, některá traumata jsou klinicky němá. [53]

1 % dětí hospitalizovaných pro týrání mělo intraabdominální poranění. [54]
30 % dětských obětí týrání s poraněním břicha zemřelo. [55]

Lze jednoznačně rozpoznat poranění intraabdominálních orgánů, ke kterému došlo v důsledku násilí spáchaného na dítěti?

Poranění duodena u dětí mladších 5 let, které nebyly účastníky autonehody, je velmi suspektní z násilí spáchaného na dítěti. [56] Ostatní traumatické změny břicha, které dětská oběť násilí může utrpět, nejsou pro týrání specifické. Varovné známky pro vyslovení podezření na proběhlé násilí, jsou proto pouze obecné: diskrepance mezi udanou anamnézou a klinickým nálezem, měnící se anamnéza, známky traumatu při chybějící traumatické anamnéze, podkožní hematomy v suspektních lokalizacích, nízký věk pacienta, psychomotorické schopnosti neodpovídající udané anamnéze, další traumatické změny na těle. Klinický nálezný se významně neliší od intraabdominálního traumatu z jiných příčin – může se jednat o distenzi břicha, bolestivost, zvracení, neklid. Podkožní hematomy v oblasti břicha často chybějí. Mezi nejčastější poraněné orgány patří játra, slezina, tenké střevo a žaludek, slinivka a ledvina. [55]

Až 80 % obětí násilí s intraabdominálním poraněním nemá podkožní hematom v oblasti břicha. [10–12]
80 % obětí násilí s intraabdominálním poraněním je mladší 5 let. [55]
85 % obětí násilí s intraabdominálním poraněním má další traumatické změny na těle (zejména podkožní hematomy v různých lokalizacích, zlomeniny, popáleniny, kousnutí). [55]

Jaké zobrazovací metody jsou indikovány při podezření na intraabdominální poranění?

Na rozdíl od intraabdominálních poranění z jiných příčin, kdy je běžně indikováno ultrazvukové vyšetření, je v případě podezření na intraabdominální trauma způsobené násilím indikováno CT vyšetření. [57] Důvodem je především vyšší senzitivita – v případě podezření na násilí spáchané na dítěti je pro forenzní účely nutné odhalit i klinicky nesignifikantní traumatické změny. Tato vyšetření se však provádějí již v rámci hospitalizace dítěte, a proto nespadají do náplně práce PLDD.

UZ vyšetření břicha u dětí odhalilo pouze 38 % traumatických změn parenchymových intraabdominálních orgánů v porovnání s kontrastním CT. [58]

1.6.6. ABUSIVNÍ PORANĚNÍ HLAVY

Násilí spáchané na dítěti je nejčastější příčinou těžkého nebo smrtelného poranění mozku u kojenců. [59] Čím je dítě mladší, tím vyšší je riziko, že se stane obětí násilí. Děti, které byly vystaveny násilí, mají těžší následky než děti s běžnými úrazy.

Více než polovina dětí mladších 2 let s těžkým nebo fatálním poraněním hlavy byla obětí fyzického násilí. Incidence abusivního nitrolebního poranění byla vyčíslena na 30 poranění na 100 000 dětí za rok u dětí ve věku 0–1 rok a 3,8 poranění na 100 000 dětí za rok u dětí ve věku 1–2 roky. [14] Další studie dospěly k obdobné incidenci. [60,61]
80 % obětí násilí s poraněním hlavy mělo střední nebo těžké následky. Stejně staré děti s poraněním mozku jiné etiologie trpěly středními nebo těžkými následky ve 40 % případů. [62]

Jak vzniká abusuivní poranění hlavy?

Častým mechanismem abusuivního poranění hlavy je hrubé třesení dítětem, tzv. Shaken Baby Syndrome. Méně časté je použití tupého násilí nebo kombinace obou mechanismů. Následkem třesení může dojít mimo jiné ke vzniku subdurálního hematomu, poranění krční páteře, poranění krční míchy, retinálnímu krvácení a zlomeninám žeber. Spouštěčem násilí je ve většině případů únava a podrážděnost pachatele vyvolané pláčem dítěte. [63] Nejméně v polovině případů k hrubému třesení dítětem dochází opakovaně.

68 % pachatelů, kteří se doznali k násilí na dítěti, jež vedlo k intrakraniálnímu poranění, uvedlo, že dítětem hrubě trásli. 46 % pachatelů použilo tupého násilí. [64]

Nejčastějšími nálezy u dětí mladších 3 let s abusuivním poraněním hlavy byly: subdurální hematom (87 % dětí), difúzní poškození mozku (45 % dětí), fokální traumatické změny mozku (37 % dětí) a zlomeniny kalvy (32 % dětí). [18]

Jaké mohou být symptomy u pacientů s abusuivním poraněním hlavy?

Úlohou PLDD není určit příčinu nitrolebního poranění u dítěte, ale především poranění odhalit nebo na něj vyslovit podezření. Toho lze docílit pouze, pokud budete na tuto možnost aktivně myslet. Zevní známky traumatu u dětí často chybějí. Mezi možné projevy nitrolebního poranění u obětí násilí patří různá tíže neurologických symptomů. Od podrážděnosti až k poruchám vědomí, někdy v kombinaci s křečemi, zvracením nebo vyklenutou fontanelou. [65] Některé děti však mohou mít i normální neurologický nález. [29,66] Projevům nitrolebního poranění mohou předcházet varovné známky, jako jsou například suspektní podkožní hematomy (ÚTTOK 4 UFO) nebo poranění úst.

Vyšetřujete-li kojence, který má nespécifické obtíže v kombinaci s dalšími suspektními skutečnostmi (neprospívání, povrchová poranění, anamnéza domácího násilí v rodině apod.), myslíte na možnost nitrolebního poranění a pacienta odešlete k vyšetření na specializované pracoviště. V případě, že u dítěte zaznamenáte náhlý nárůst obvodu hlavičky, odešlete jej na vyšetření na specializované pracoviště, a to i při absenci jakýchkoli obtíží. Může se jednat o jeden z projevů subdurálního hematomu.

Všichni pachatelé, kteří se doznali k násilí spáchanému na dítěti, jež vedlo k nitrolebnímu poranění, uvedli, že příznaky se u dětí dostavily ihned. Jednalo se o náhlé zklidnění, ospalost, hypotonii, ztrátu vědomí, dechové obtíže, zblednutí nebo zvracení. Během následujících desítek minut až hodin došlo ke vzniku fokálních neurologických příznaků, křečím nebo k sekundárnímu zvracení. [67]

Příznaky nitrolebního poranění u dětských obětí násilí mohou mít akutní charakter (porucha vědomí, intrakraniální hypertenze, křeče, apnoe, hypotonie, anémie, šok) nebo chronický charakter (nárůst obvodu hlavičky, neklid, zvracení, neprospívání, hypotonie). [68]

29 % dětí mladších 4 let s normálním neurologickým nálezem a podezřením na týrání mělo na zobrazovacích metodách intrakraniální poranění (subdurální hematom, epidurální hematom, edém mozku). [66]

Autoři studie u 173 dětí s abusuivním poraněním hlavy zjišťovali, co předcházelo určení správné diagnózy. U 31 % dětí nebyla správná diagnóza stanovena včas, přestože tyto děti viděl lékař poté, co u nich došlo k poranění. Téměř třetina těchto dětí během časové prodlevy utrpěla další poranění. [18]

100 % dětí, které zemřely na abusuivní poranění hlavy, mělo při post mortem vyšetření kontuze měkkých tkání hlavy. Pouze u poloviny dětí však tyto změny byly odhaleny při klinickém vyšetření během života. [9]

1.7. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ

Jaké jsou formy psychického týrání?

Jedná se o takové chování vůči dítěti, které má negativní dopad na jeho socioemoční vývoj, na jeho chování, osobnost a sebehodnocení a které negativně ovlivňuje rozvoj jeho interpersonálních vztahů. Psychické (duševní) týrání může být izolované nebo jako součást syndromu CAN. Téměř vždy provází ostatní formy týrání – fyzické týrání, sexuální zneužívání, šikanování. Jedná se o formu týrání, která je většinou málo zjevná, obtížně měřitelná a objektivizovatelná, a proto je mnohem méně diagnostikovaná a forenzně prokázaná. [69]

Aktivní a pasivní forma psychického týrání

Psychické týrání může mít aktivní formu, kdy je dítě ponižováno, zesměšňováno, uráženo, může jít o verbální agrese nebo neverbální projevy (např. urážlivá gesta, posměšné grimasy, výhrůžné postoje). K podceňovaným formám psychického násilí patří křik, řev (rodičů na dítě nebo mezi rodiči, mezi dalšími členy rodiny). Řada studií dokládá, že verbální agrese rodičů má u dětí vážné psychické následky srovnatelné s jinými formami týrání včetně sexuálního zneužití. [76,77]

Kazuistika: 16letý chlapec vyšetřovaný pro sebepoškozování se svěřil s tím, že často má pocit, že vnímá okolí jako za sklem, cítí se odtržený od reality, je to velmi nepříjemné. Stává se to v situacích, kdy matka při neshodách kvůli učení křičí, „až se vyděsí i pes“, přitom se smál a spontánně uvedl, že matka se zlobí oprávněně, některé školní povinnosti neplní. Matka pak v podrobné anamnéze uvedla, že byla v mateřské škole přítomna tomu, jak učitelka na děti křičela a syn kvůli tomu ze školky utekl, ale on si tuto událost nepamatoval.

Pasivní formou psychického týrání je odmítání, ignorování dítěte, nedostatek pozornosti, zájmu, lásky, času věnovaného dítěti. Možná je kombinace obou forem.

Mezi další formy psychického týrání lze řadit „tlak na výkon“ – tedy psychické týrání v podobě nadměrných požadavků na excelentní školní výkon. Za neúspěch pak přicházejí tresty v podobě zákazů kontaktu a hraní s kamarády nebo zákazů zájmových či oblíbených činností dítěte. Pro dítě je však největším trestem pomyšlení, že není schopno naplnit očekávání rodičů, bojí se, že ho nebudou mít rodiče rádi, že je zklame a bude ze strany rodičů odmítnuto. Jedná se o dvojí tlak na dítě, a to v kombinaci s tlakem učitelů. Jde o různorodost přístupů, které děti ponižují.

Další formou je citová deprivace v souvislosti s tzv. „dvoukariérovým manželstvím“ – tedy psychické týrání v rámci nadměrně vyčerpání rodičů, kteří jsou zacílení na materiální zabezpečení rodiny, honbu za kariérou. Rodiče bývají zaujati vlastními cíli, dětem poskytují minimum pozornosti, zájmu, projevu citu. Svůj nezájem se snaží nahradit dítěti materiálně, zahrnováním nesmyslnými dary. Jedná se o materiální hodnotový systém. Dítě se následně ocitá ve stavu samoty, neporozumění, bezmoci. Dítě potřebuje zoufale cit, lásku, společně trávený čas. V praxi se setkáváme s tím, že jediným zájmem rodičů o dítě je školní úspěch, a zároveň aby sami rodiče nebyli zatíženi případnými potížemi dítěte. Dítě musí být „in“ jako rodiče. Pokud tomu tak není, setkává se s ponižováním, nadávkami, snižováním vlastního sebehodnocení. Jedná se o proces, který zasáhne citovou oblast dítěte. Mohou se následně objevit poruchy chování, interpersonální potíže.

Rozvod rodičů

Samotný rozvod rodičů je pro dítě zatěžující a může být traumatizující, některé studie uvádějí, že z hlediska dítěte je rozvod srovnatelný se ztrátou rodiče. Zatažení dítěte do rozvodového a porozvodového sporu je považováno za častou formu psychického týrání. Toto jednání může vést k narušení vztahu dítěte s jedním z rodičů a jako každé jiné týrání také k narušení emočního a osobnostního vývoje dítěte. Součástí tohoto týrání mohou být následující situace:

- bezdůvodné omezování kontaktu s jedním z rodičů a s dalšími příbuznými;
- negativní hodnocení nebo nepodložené obviňování druhého rodiče s cílem omezit jeho podíl na výchově;
- využívání dítěte jako svědka ve sporu rodičů;
- srovnávání dítěte s negativně hodnoceným rodičem („ubližuješ mi jako tvůj otec, jsi hysterka po mámě“);
- citová manipulace (vyvolání výčitek u dítěte, např. rodič je smutný, když dítě tráví čas s druhým rodičem, vzdychá nebo pláče, když dítě odchází, zahrnuje dítě pozorností, vyzvídáním a komentáři po návratu od druhého rodiče);
- přesvědčování či vnucování nepravdivých prožitků dítěti;
- primitivní navozování strachu/vyhrožování (když tam půjdeš, tak tě nebudu mít ráda/rád);
- přetěžování dítěte informacemi, které nejsou adekvátní jeho věku, s cílem degradovat roli druhého rodiče (nevěra jednoho z rodičů, detaily z průběhu soudního jednání);
- nepřipravení dítěte odpovídajícím způsobem na kontakt s druhým rodičem;
- nadměrné „kupování“ přízně a náklonnosti dobrými dárky, penězi.

Dítě jako svědek násilí v rodině

Za psychicky týrané je považované také dítě, které je vystaveno násilí mezi rodiči nebo je svědkem domácího násilí. [70,71] U dětí v předškolním a mladším školním věku může násilí vůči rodiči vyvolat podobné příznaky, jako by se násilí týkalo samotného dítěte. [75]

Münchhausenův syndrom by proxy

Specifickou formou týrání je Münchhausenův syndrom by proxy. Jedná se o situaci, kdy pečující rodič předstírá nebo zveličuje příznaky somatického či duševního onemocnění nebo postižení u dítěte a v důsledku toho se dožaduje opakování vyšetření či léčení v míře, která neodpovídá zdravotnímu stavu dítěte a dítě nadměrně zatěžuje. Tito rodiče mohou naopak působit jako nadměrně pečliví a starostliví, důvody jejich jednání jsou komplikované, často jde o získání pozornosti, ocenění okolí či jiných psychologických výhod (nepatří sem cílené zneužívání systému dávek). Toto chování bývá obtížně prokazatelné, ale pozornost PLDD může upoutat nadměrná starostlivost rodiče, velké teoretické znalosti o příznacích nemoci, opakovaně vyžadovaná vyšetření bez objektivního nálezu a bez ohledu na možnou zátěž pro dítě, časté střídání odborníků, zejména při náznaku pochybností lékaře nebo odmítnutí dalších vyšetření. [74,78]

Shrňme-li nejčastější formy psychického týrání, pak se jedná především o:

- nadávky, vulgární oslovení, ponižování, zesměšňování, opovrhování;
- vyvolávání pocitu viny, citové vydírání („utrápíš mě“);
- křik (na dítě nebo mezi rodiči);
- výhrůžky, cílené vyvolávání strachu u dítěte;

- nepřiměřené kritizování a srovnávání dítěte s okolím;
- nadměrné zatížení neadekvátními nároky ve škole, v zájmových aktivitách;
- necitlivé srovnávání s úspěšnějším sourozencem;
- nepřiměřené zatěžování dítěte domácími povinnostmi či péčí o sourozence;
- sociální izolace, nepřiměřené oddělení dítěte od vrstevníků či ostatních osob;
- odmítání dítěte (opuštění, zavírání o samotě, ignorování citových potřeb);
- cílené narušení vztahu s druhým rodičem;
- Münchhausenův syndrom by proxy.

Jaké jsou projevy a následky psychického týrání?

Psychické týrání dětí nemá žádné specifické následky a neexistuje žádný diagnostický nástroj, který by psychické týrání jednoznačně potvrdil. Škály používané nejčastěji v oblasti sociálních služeb jsou užitečné spíše pro identifikaci míry ohrožení dětí syndromem CAN. [69]

Při vyšetření PLDD nebo jiným lékařem se mohou u psychicky týraného dítěte objevit jednotlivé symptomy psychických poruch, nejčastěji ze skupiny afektivních nebo neurotických, případně může dítě splňovat kritéria psychiatrické diagnózy. Může se ale stát, že dítě nemá žádné zjevné psychické symptomy. Příčiny zjištěných psychických obtíží mohou být různé a z klinického vyšetření a dalších diagnostických nástrojů lze v určitých situacích vyslovit podezření na psychické týrání. Jeho existenci pak musí prokázat orgány činné v trestním řízení.

Psychosomatické obtíže

K nejčastějším příznakům, které mohou vznikat v důsledku psychického týrání, patří psychosomatické obtíže, často neurčité, dítěti „není dobře“, nejčastěji popisuje bolest břicha, hlavy. Může se objevit skleslost, únava, nechutenství, nebo naopak přejídání spojené s určitými situacemi.

Psychické potíže

K častým psychickým příznakům patří emoční změny (smutek, výkyvy nálady, dysforie, podrážděnost, plačtivost, lítostivost, nebo naopak chudost emočních reakcí), poruchy spánku (noční můry, nespavost, strach ze tmy), úzkost, porucha pozornosti, agrese vůči sobě nebo okolí (sebevražedné myšlenky, představy, proklamace, sebepoškozování, šikana), disociativní projevy (derealizace, amnézie, depersonalizace, dítě se jeví jako „duchem nepřítomné“, má imaginární společníky). Může dojít k narušení vývoje osobnosti, dítě má nízké sebevědomí a sebehodnocení, pocity viny.

U dětí s chronickými psychickými obtížemi může dojít k jejich zhoršení (tiky, ADHD). U závažnějších forem traumatizace se může rozvinout posttraumatická stresová porucha (PTSD) nebo komplexní PTSD. Typickým příznakem jsou flešbky, tj. opakované prožívání traumatizujících událostí v myšlenkách, snech, ve hře („posttraumatická hra“). [75,79]

Změny v chování

Dítě se může vyhýbat některým aktivitám buď proto, že při nich dochází k týrání, nebo tuto situaci připomínají (škola, kamarádi, kroužek, pobyt s rodičem). Někdy se děti vyhýbají i tématům, která mají vztah k týrání, např. dítě při vyučování odmítne mluvit nebo kreslit na téma rodina, při dotazu změni téma, neodpovídá, začne jinou aktivitu, fyzicky nebo psychicky unikne ze situace (odejde, objeví se disociace).

Kazuistika: 9letá dívka vyšetřovaná psychiatrem po odebrání z rodiny pro týrání během pohovoru po dotazu na rodiče přestala s lékařem komunikovat, otočila se k sousední židli a začala mluvit s imaginární postavou, o které později tvrdila, že je s ní často, je to hodný pán, který si s ní nyní povídá. V původním hovoru nebylo možné pokračovat, u dívky se stupňoval neklid a úzkost, byla odeslána na psychiatrické lůžkové oddělení, kde komplexní vyšetření vyloučilo schizofrenní onemocnění. Jednalo se o disociativní příznaky v reakci na traumatické vzpomínky.

Mohou se vyskytovat úlekové reakce a zabezpečovací chování, např. schovávání, zamykání se, vyrábění nebo nošení zbraně. Jako reakce na agresi vůči dítěti se může objevit pasivita, nebo naopak poruchy chování (různé formy agrese, útěk z domova, užívání návykových látek, navazování rizikových vztahů). V důsledku psychických změn, narušeného soustředění, absencí ve škole se objevuje zhoršení školního prospěchu.

Kazuistika: 11letá dívka se dostavila na psychiatrické vyšetření kvůli problémovému chování, podle učitelky „konflikty řeší impulzivně, prosazuje se za každou cenu, k dětem je agresivní, často se předvádí, používá velmi sprosté nadávky. Při vyučování velmi dobře spolupracuje...“. Po čase učitelka doplnila svou zprávu: „Z informací od rodičů se zdálo, že se matka pečlivě stará... postupně se ukazuje, že dívka tráví většinu času u prarodičů, kteří jsou přísní, ani dovolenou netrávila s rodiči, velmi tím citově strádá, při vyprávění zážitků nikdy nezmiňuje matku, vyhýbá se tématu rodiny.“

U dívky byla zjištěna depresivní porucha nálady (u dětí se může projevovat poruchami chování), přetížení velkými požadavky rodičů na školní výkon a neustálou kritikou.

Kromě uvedených příznaků u dítěte mohou na možné psychické týrání upozornit také některé projevy rodičů a situace rodiny. Nápadné by mělo být vyžadování opakovaných neindikovaných vyšetření dítěte nebo podezření, že rodič zveličuje nebo předstírá příznaky nemoci dítěte. Zvýšená pozornost by měla patřit dětem, v jejichž rodině probíhá dlouhodobý porozvodový spor nebo jsou vystaveny násilí mezi rodiči.

Patří šikana mezi formy psychického týrání?

Šikanování se obvykle definuje jako přímá nebo nepřímá agrese s cílem způsobit úzkost nebo druhé ovládat. Šikany se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci, který je fyzicky slabší, v závislém postavení nebo není schopen účinné obrany. Může k ní docházet v různých kolektivech v dětském i dospělém věku. Typické je opakování nebo stupňování agrese vůči téže oběti. Prožití šikany v dětství může souviset s psychickými a sociálními potížemi v dospělosti, především vyšší mírou deprese, úzkosti, výskytem sebevražedných myšlenek a psychosomatickými obtížemi. [80]

Podle definice MŠMT je šikana agresivní chování ze strany žáka/ů vůči žákovi nebo skupině žáků či učiteli, které se v čase opakuje (nikoli nutně) a je založeno na vědomé, záměrné, úmyslné a obvykle skryté snaze ublížit fyzicky, emocionálně, sociálně a/nebo v případě šikany učitele také profesionálně. Šikana je dále charakteristická nepoměrem sil, bezmocností oběti, nepříjemností útoku pro oběť a samoučelností agrese. [72] Z výzkumu agresivity dětí ve školách vyplynulo, že v 7.–9. třídě byla pětina dětí obětí šikany a pětina dětí byla původcem šikany. [83]

Formy šikany:

1. Přímá šikana

- fyzická agrese (bití, kopání, tahání za vlasy, strkání, omezování pohybu – např. zavírání v šatně, na WC);
- verbální agrese (nadávky, vyhrožování, vynucování poslušnosti, vyžadování služeb, zesměšňování, ponižování kvůli etnicitě nebo sexualitě);
- neverbální agrese (vulgární gesta, výhrůžné postoje nebo výrazy tváře);
- agrese vůči věcem, které mají pro šikanovaného nějaký význam (okrádání – věci, peníze; ničení věcí, oblečení).

2. Nepřímá šikana

- manipulace, někdy prostřednictvím dalších osob;
- cílem je psychicky zranit nebo vyčlenit jedince z kolektivu;
- probíhá formou pomlouvání, intrik, obtěžování, provokace.

3. Kyberšikana

- probíhá nejčastěji na sociálních sítích, prostřednictvím SMS, e-mailu;
- zakládání falešných profilů s dehonestujícím obsahem;
- prezentace ponižujících fotografií, videí, zraňujících komentářů, rozesílání vulgárních nebo výhrůžných koláží s tváří šikanovaného.

Kyberšikana má v porovnání s běžnou šikanou mnohem větší dosah, jejími svědky mohou být tisíce osob, což výrazně zhoršuje a umocňuje psychické prožívání oběti. Bývá opakovaná, dlouhodobá a oběť ji vnímá jako traumatizující, nedokáže se jí bránit, podobně jako u běžné šikany zde existuje mocenská nerovnováha. Specifická je nepředvídatelnost útoku a anonymita, i když bylo zjištěno, že při identifikaci útočníka šlo v 51 % o osoby ze stejné třídy, v 27 % ze stejné školy. On-line obtěžování (kyberagrese, nepravá kyberšikana) označuje jednorázové útoky, jejichž dopad je dočasný. [81,82] Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže 2019–2027 kyberšikanu řadí mezi interpersonální agresivní chování. [73]

Formy kyberšikany:

- veřejná (cílem je rozšířit informace o oběti mezi velké množství osob) – probíhá prostřednictvím veřejných komunikačních kanálů;
- soukromá (komunikuje pouze pachatel a oběť, často jde o vynucenou výměnu intimních materiálů, vydírání, vyhrožování) – probíhá prostřednictvím soukromých komunikačních kanálů – soukromé chaty, instant messengery, VoIP komunikátory (Skype), SMS/MMS.

Projevy kyberšikany:

- dehonestování (ponižování, nadávání, urážení) v on-line prostředí;
- vyhrožování a zastrašování v on-line prostředí;
- vydírání v on-line prostředí;
- očerňování (pomlouvání) v on-line prostředí;
- publikování ponižujících videozáznamů, audiozáznamů nebo fotografií;
- ponižování a pomlouvání (denigration);

- krádež identity (impersonation) a její zneužití;
- ztrapňování pomocí falešných profilů;
- provokování a napadání uživatelů v on-line komunikaci (flaming/bashing);
- zveřejňování cizích tajemství s cílem poškodit oběť (trickery/outing);
- vyloučení z virtuální komunity (exclusion);
- obtěžování (harassment);
- specifické formy kyberšikany spojené s hraním on-line her;
- happy slapping (v překladu „zábavné fackování“);
- cyberstalking (pronásledování s využitím informačních komunikačních technologií);
- webcam trolling (zneužívání webkamer pro manipulaci uživatelů internetu prostřednictvím podvržených videozáznamů).

Jaké jsou důsledky šikany a kyberšikany?

Šikana ve škole negativně ovlivňuje nejen oběti a pachatele, ale i celý školní kolektiv.

- U šikanovaných jedinců může vést k obdobným projevům jako u jiných forem psychického a fyzického týrání. Pravděpodobnost výskytu sebevražedných myšlenek je u obětí šikany 2x vyšší v porovnání s nešikanovanými. Dochází ke změnám chování, při dlouhodobé šikaně šikanovaný přijme někdy celoživotně roli oběti, má snížené sebehodnocení, nemá kamarády, je vyčleněn z kolektivu.

Může dojít k tomu, že šikanované dítě používá agresivní strategie chování v jiných situacích, např. vůči mladšímu sourozenci.

- U pachatelů šikany je vyšší riziko rozvoje antisociální poruchy osobnosti.
- V kolektivu má šikana negativní psychický dopad i na ty, kteří nebyli přímou obětí nebo pachatelem, ale šikanu nedokázali zastavit nebo ji nepřímou umožňovali (mlčící většina/menšina), svědci šikany mohou mít pocit studu a spoluviny, přestože se přímo šikany neúčastnili. V těchto situacích je vhodné poskytnout pomoc celému kolektivu. Je vhodné ptát se při vyšetření dítěte, zda zažilo šikanu v kolektivu, i když se netýkala přímo jeho samého.

Co je potřeba zanést do zdravotnické dokumentace v případě podezření na psychické týrání dítěte?

O symptomech psychického týrání je vhodné vést záznam ve zdravotnické dokumentaci dítěte.

- Vždy zaznamenejte datum a popis situace, který vám předal rodič nebo dítě. Připojte záznam o aktuálním stavu dítěte (psychický i fyzický).
- Odešlete dítě na další odborné vyšetření (např. neurolog, psycholog, psychiatr, pedagogicko-psychologická poradna), jehož cílem může být posouzení rozsahu problému a nalezení adekvátního dalšího postupu ve prospěch dítěte.
- Zaznamenejte doporučení, která jste předali rodiči. Důsledně sledujte, zda rodič na vyšetření k odborníkovi došel.

Správně vedená dokumentace slouží ke zkvalitnění péče o dítě a lepší ochraně jeho zdraví. Současně umožňuje v budoucnu prokázat a vysvětlit, co vás jako PLDD vedlo k volbě konkrétního postupu u daného dětského pacienta.

1.8. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

Sexuálním zneužíváním dítěte se podle usnesení Rady Evropy (1992) rozumí nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. [84] Zahrnuje jakékoliv využití dítěte pro navození vzrušení či uspokojení sexuálních potřeb zneuživatelé a vystavení dítěte takovému chování, které tento cíl sleduje; to znamená jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu je dítě svěřeno do péče, nebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého kontaktu. Takovou osobou může být např. rodič, prarodič, jiná příbuzná osoba, rodinný známý nebo cizí osoba.

Jaké jsou formy sexuálního zneužívání?

Sexuální zneužívání zahrnuje tři rozdílné formy zneužití dítěte: bezkontaktní, kontaktní a komerční. Mezi bezkontaktní formy patří zejména pozorování obnaženého dítěte, fotografování obnaženého dítěte, obnažování se před dítětem nezávisle na tom, zda tyto činnosti probíhají v osobním kontaktu nebo v kontaktu prostřednictvím internetu (tzv. „sexuální predátoři“). Mezi kontaktní formy patří osahávání a/či líbání dítěte na intimních místech, požadavek, aby se dítě dotýkalo intimních míst zneuživatelé, dále orální, anální nebo vaginální styk. Do komerčních forem se řadí všechny tyto aktivity v případě, že jsou realizovány s cílem zisku.

Je důležité si uvědomit, že i bezkontaktní formy sexuálního zneužívání dětí jsou trestné. Navíc i tyto bezkontaktní formy mohou mít závažný dopad na prožívání dítěte a mohou negativně ovlivnit jeho psychický a psychosexuální vývoj. Pokud se dozvíte o takovém chování k dítěti, je vaší povinností dítěti pomoci a zjištěné informace předat zodpovědným orgánům.

Je u některých dětí vyšší riziko, že se stanou obětí sexuálního zneužívání?

Kterákoliv dívka či chlapec, a to bez ohledu na věk, se mohou stát obětí sexuálního zneužívání. Sexuálně zneužívané mohou být děti již v předškolním, a dokonce i v kojeneckém a batolecím věku, kdy vyhledávají fyzický kontakt, jsou bezprostřední, mazlivé, nekritické k dospělým a snadno zmanipulovatelné. Zvažujte proto při podezření tuto formu zneužívání i u nejmenších dětí!

Vyšší riziko sexuálního zneužívání pozorujeme u dětí s disharmonickým vývojem, s „odbrzděným“ chováním, s tendencí k prostupu do oblasti uspokojování potřeb, u dětí inklinujících k rizikovému chování, s příklonem k sociálně nežádoucímu chování a u dětí se sníženými sociálními dovednostmi. Vyšší riziko je také u dětí s handicapem, které jsou závislé na péči jiné osoby a jsou bezbrannější i ve vyšším věku.

V rámci jedné rodiny může být zneužíváno pouze jedno jediné dítě z několika sourozenců, více dětí z jedné rodiny nebo i více dětí v rámci širší rodiny (bratraci a sestřenice). Nejčastěji je pachatelem někdo přímo z rodiny – člen rodiny (rodič, ojedinele oba rodiče, sourozenec) nebo člen širší rodiny (strýc, děda apod.), pachatelem může být jak muž, tak žena. Pachatelem může být také nevlastní rodič, prarodič nebo nevlastní sourozenec.

K sexuálnímu zneužití dítěte může docházet i mimo rodinu, např. v rámci sportovního oddílu, kroužku nebo letního tábora. Pachatelem potom může být někdo, koho rodina dobře zná (známý rodiny, soused, vedoucí zájmové či sportovní aktivity), nebo někdo, koho zná pouze dítě (starší sourozenec kamaráda dítěte, spolužák z jiné třídy, někdo na internetu), nebo někdo zcela cizí, tedy osoba, kterou neznají rodiče a do okamžiku zneužití ji neznalo ani dítě.

V naprosté většině případů (cca 90 %) děti zneužívají tzv. nedevidantní pachatele, u nichž se sexuologickým znaleckým posudkem nepotvrdí žádná deviace! Z toho plyne, že negativní znalecký posudek nelze vykládat pouze ve smyslu „nestalo se“. Důvody, které vedou nedevidantní pachatele ke zneužití dítěte, se více týkají „využití dítěte jako náhradního objektu“, osobnostní struktury pachatele, nezdrženlivosti, impulzivity, úrovně morálního vývoje, oslabení složky sebekontroly a kontroly uspokojování svých potřeb ve smyslu „já chci = já můžu“. Roli může hrát také transgenerační přenos a zkušenost s vlastním sexuálním zneužitím v dětství. Matky sexuálně zneužitých dětí byly v dětství (statisticky významně) častěji samy oběťmi sexuálního zneužívání! Pedofilní jedinci ve většině případů nezneužívají svoje vlastní děti.

Ke zneužívání může docházet i ve virtuálním prostoru. Děti se zde často pohybují samostatně, bez kontroly a podpory rodičů, v některých případech i navzdory rodičům. V takových případech je pro děti obzvlášť těžké se v případě negativní zkušenosti svěřit dospělé osobě.

Proč se děti obvykle nesvěřují se sexuálním zneužíváním?

UTAJOVÁNÍ JE TYPICKÝ JEV, KTERÝ DOPROVÁZÍ SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTÍ.

Mnohé děti se se zneužíváním buď nesvěří vůbec, nebo se svěří až po delší době od zahájení zneužívání či v pozdějším věku. Proto pokud se vám v ordinaci dítě svěří se svou obavou, budete s vysokou pravděpodobností jediní nebo jednou z mála osob, které to dítě řekne. A je zapotřebí, abyste konali ve prospěch dítěte i v případě vlastních pochybností. Někteří rodiče mohou být zaskočení a znejistěni tím, že jim jejich dítě o zneužití neřeklo dříve a oni neměli možnost je ochránit. Utajování není chyba ani selhání dítěte, je to typická reakce na zneužití. Utajování není chyba ani selhání rodičů. Děti vidí a prožívají situaci jinak než dospělí.

Z pohledu dětí existuje mnoho důvodů, proč se se sexuálním zneužíváním nesvěří (např. obava z reakce okolí, ostych a stud, obava z pomsty zneuživatelé; protichůdné pocity dítěte a vnitřní zmatek; absence vhodných slov pro popsání toho, co se odehrávalo, nerozpoznání toho, že jde o sexuální zneužívání, obava z rozpadu rodiny, obava ze ztráty lásky rodiče...).

Leckdy se zneužívané děti nechtějí se svým traumatizujícím zážitkem svěřovat nikomu blízkému z rodiny – blízkost vztahu totiž může prohlubovat míru studu, ostychu, ochranné tendence, obavy z reakce nejbližších aj.

Pokud se dítě svěří se sexuálním zneužitím, může se stát, že své sdělení vezme zpět kvůli následkům, které přináší. Může ho vylekat množství starostí, které svým sdělením „způsobilo“, smutek nebo zloba rodiče, změna celkové atmosféry v rodině, hovory o možném odsouzení pachatele, vyjádřená nedůvěra ve sdělení dítěte, strach z vyšetřování nebo strach z naplnění pohrůzek od zneuživatelé. Děti umějí být velmi ochranné, zejména pokud cítí, že rodiče jsou informacemi o jejich zneužití příliš zasaženi.

Jak se zachovat, pokud se dítě v ordinaci svěří nebo nabudete podezření, že je obětí sexuálního zneužívání?

Zkušenost Dětského krizového centra ukazuje, že pro děti není typické podávat spontánně falešnou výpověď. Pokud k falešnému obvinění dochází, činí tak v naprosté většině případů dospělá osoba (rodič, prarodič, partner/ka rodiče aj.) a ti se pak snaží k falešnému sdělení zmanipulovat i dítě. Mnohem častěji je dětem chybně nevěřeno, než chybně věřeno! Počet falešných sdělení ze strany dětí je odhadován na 5 %.

Mnohem častější je falešné obvinění sdělované dospělou osobou z okolí dítěte.

Mohou pak přestat o věci hovořit, aby rodiči neubližovaly nebo aby nikomu „nepřidělávaly další starosti“. Odvolání původního sdělení (výpovědi) dítětem vás může zmást a znejistět. Může pro vás znamenat také velkou úlevu a může vás vést k mylnému výkladu, že si dítě „vše vymyslelo“. Proto i v případě odvolání výpovědi dítětem je třeba, aby dítě podstoupilo odborné vyšetření! Pamatujte, že bez odborného vyšetření nemůžete spolehlivě rozpoznat, zda ke zneužívání docházelo, či nikoliv. Pouze přímé dotazování se dítěte na vyhodnocení míry rizika jeho ohrožení nestačí!

Nedopusťte situaci, že je konkrétní dítě skutečně zneužívané, dokázalo se někomu svěřit a v konečném důsledku není ochráněno před dalšími atakami! Mnohé děti si po promarněném pokusu o odtajnění již podruhé netroufnou o traumatizující situaci s kýmkoliv hovořit. Zmařený pokus o odtajnění může u dítěte výrazně posílit jeho pocit bezmoci a neřešitelnosti takové situace. Pokud dojde k odtajnění zneužívání a řešení není dotaženo do konce, zneuživatel to může posílit v pocitu beztrestnosti a nepostížitelnosti a v důsledku toho se stává, že bude ve zneužívání dítěte pokračovat, a to leckdy závažnější formou, než činil doposud.

Jaké symptomy můžeme pozorovat u dětí, které jsou oběťmi sexuálního zneužívání?

Jako PLDD se spíše setkáte s případy, kdy dítě nebo rodič sami přijdou do ordinace s podezřením nebo tvrzením o sexuálním zneužívání, protože symptomy jsou v těchto případech většinou nepřímé, projevují se v podobě změn chování dítěte nebo v podobě neočekávané regrese v jeho psychickém vývoji.

Nejčastější reakcí dětí na sexuální zneužívání jsou změny jejich obvyklého chování, např. náhlá extroverze nebo introverze, smutek, pocity neštěstí, návrat k chování odpovídajícímu mladšímu věku, uzavřenost, stáhnutí se do sebe, tvrdohlavost, přílišná aktivita, neklid.

Mezi další průvodní symptomy mohou patřit nespavost, pomočování (denní i noční), manipulace s výkaly, okusování nehtů, náhlá roztěkanost nebo nepozornost, nově pozorovaný chaos ve věcech. Doprovodným znakem mohou být také nápadné změny ve vztahu ke konkrétní osobě (např. strach, vyhýbání se, odmítání kontaktu, návštěv či pobytu u dané osoby, nevraživost, projevy nepřátelství).

U některých dětí je sexuální zneužívání spouštěčem rizikového chování (např. útěky, krádeže, agresivní chování, sexualizované chování ve hře, v kresbě, sexuální experimentování v interakci s jinými dětmi, otázky po sexuální orientaci v důsledku zneužití osobou stejného pohlaví, sebepoškozování, hovory o sebevraždě, experimentování s alkoholem nebo drogami).

Mezi typické následky sexuálního zneužívání patří především posttraumatická stresová porucha², ale také disharmonický vývoj osobnosti, úzkostné a depresivní poruchy, narušené sebepojetí, narušený vztah k lidem. V důsledku zneužití se u dětí setkáváme se sebepoškozováním a rozhodně nelze podceňovat zvýšené riziko suicidálního jednání.

² V důsledku opakující se traumatické zkušenosti, ke které dochází obvykle v kontextu blízkých interpersonálních vztahů, typicky u sexuálního zneužívání nebo týrání, vzniká komplexní posttraumatická stresová porucha (CPTSD), někdy v literatuře označovaná jako vývojové trauma. Může se projevit narušením primární citové vazby, dysregulací v oblasti emoční, kognitivní, vztahové i somatické, v dalším vývoji představuje rizikový faktor pro vznik poruchy osobnosti, závislosti na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivity a úzkostnosti, narušeného sebepojetí a sebepoškozování.

Sexuální zneužívání může ovlivnit a/či urychlit psychosexuální vývoj dítěte.

Některé děti v důsledku sexuálního zneužívání masturbují. Na druhou stranu masturbují i mnohé nezneužívané děti, a to leckdy již od předškolního věku a každou masturbaci nelze automaticky považovat za přímý důkaz sexuálního zneužívání dítěte. Nicméně děti excesivně a/či nutkavě masturbující by měly podstoupit odborné vyšetření, mimo jiné i proto, zda nedochází k jejich sexuálnímu zneužívání.

Jak postupovat při podezření, že je dítě obětí sexuálního zneužívání?

V první řadě je třeba zachovat profesionální klid a rozhodnost. Vaše podezření není jistota. O svém podezření nehovořte s doprovodem. Doprovodu sdělte jediné, že dítě musíte odeslat do specializovaného zdravotnického zařízení, neboť ve své ordinaci mu odborně pomoci nemůžete.

Dále je třeba omezit počet rozhovorů s dítětem týkajících se okolností a průběhu jeho sexuálního zneužívání. Takové rozhovory jednak dítě psychicky velmi zatěžují a jednak při jejich nešetrném vedení mohou dítě i sekundárně traumatizovat. Opakováním rozhovoru se ale také mění jeho forma i obsah, stejně jako emoční projevy dítěte, a to může negativně ovlivnit vyšetřování dítěte policií či soudními znalci při posuzování věrohodnosti/ /nevěrohodnosti výpovědi. Proto je také namístě poučit vždy rodiče o tom, aby s dítětem na téma jeho zneužití doma pokud možno do detailů nehovořili a aby se namísto zjišťování podrobností o průběhu zneužívání soustředili na vyjadřování emoční podpory dítěti.

Jedná-li se o děvče, je zapotřebí poslat dítě na vyšetření k lékaři specialistovi se zaměřením na dětskou gynekologii. Jedná-li se o chlapce, je zapotřebí poslat dítě na vyšetření k lékaři specialistovi se zaměřením na dětskou proktologii. Vyšetření má provádět lékař, který má na dítě čas, ovládá komunikační techniky potřebné na vyšetřování dětí a na jednání s oběťmi sexuálních trestných činů. Mějte na paměti, že se jedná o trestné činy, které vážným a mnohdy nenapravitelným způsobem zasahují do integrity osoby, jak do její psychické, tak fyzické oblasti.

Při vyšetření se lékař vždy snaží svým jednáním předejít sekundární viktimizaci oběti!!!

Co sdělit na žádance k vyšetření?

Je třeba vystavit žádost o gynekologické vyšetření dítěte – pro podezření na sexuální zneužívání. V žádosti je třeba stručně popsat, k čemu mělo u dítěte v souvislosti se zneužíváním dojít, popř. další informace, které mohou být pro následující gynekologické vyšetření podstatné.

Kontakty dětských gynekologů pro jednotlivé regiony ČR naleznete na stránkách Gynekologie dětí a dospívajících **www.detskagynekologie-cgps.cz**.

Pokud vyšetření potvrdí podezření na sexuální zneužití dítěte, je vaší povinností o tom neprodleně informovat policii nebo státní zastupitelství, neboť se jedná o trestný čin, na který se vztahuje oznamovací povinnost (viz čl. 3. *Oznamovací povinnost PLDD*).

Včasným zachycením ohroženého dítěte lze mnohým následkům předejít. Ke včasnému zachycení ohroženého dítěte můžete přispět i vy! Věnujte pozornost všem projevům dítěte a zkuste o nich uvažovat v širším kontextu sexuálního násilí.

Sexuální zneužívání, zejména pokud k němu dochází ze strany nejbližších osob, kontaktní formou a dlouhodobě, může způsobit závažnou formu traumatizace dítěte a závažným způsobem negativně ovlivnit psychický, emoční i sociální vývoj dítěte s rizikem celoživotních následků. Proto je třeba vždy citlivě reagovat na jakékoliv sdělení dítěte o jeho možném sexuálním zneužívání, stejně jako na jakékoliv náznaky a signály, které dítě vysílá a které mohou vést k obavě z jeho sexuálního zneužití. Každé podezření je potřeba odborně posoudit a také vhodnými postupy zabránit v jeho možném pokračování.

Co je potřeba zanést do zdravotnické dokumentace v případě podezření na sexuální zneužívání dítěte?

Aspekce celého těla je velmi důležitá součást celého vyšetření. Prohlédneme celé tělo, v lékařské zprávě popíšeme všechny známky poranění, ať již čerstvého data, či ve stadiu hojení, je nutný popis přesné lokalizace nálezu, jeho velikost, tvar, zda zasahuje do podkoží či jde jen o povrchové oděrky, popíšeme všechny hematomy, jejich tvar, barevnost, velikost a lokalizaci. Nálezy je vhodné zakreslit do nákresu (*viz Příloha č. 2 – Záznam o zranění dítěte pro zdravotnickou dokumentaci*) a pořídit fotodokumentaci. Není nutné zjišťovat, zda nalezená poranění nutně souvisejí s reportovanou událostí, je však nutné vše důkladně popsat. V případě, že na kůži celého těla nenajdeme žádné známky poranění, uvedeme to v lékařské zprávě, aby bylo zřejmé, že jsme po potenciálních známkách poranění pátrali. Vyšetření by měla být vždy přítomna zdravotní sestra, která záznam ve zdravotnické dokumentaci podepisuje. Je vhodné požádat o podpis záznamu i zákonného zástupce.

1.9. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – ZANEDBÁVÁNÍ PÉČE A DALŠÍ RIZIKA

Z pozice PLDD se s dětmi ve své ordinaci setkáváte pravidelně a jste jedni z mála odborníků, kteří mají možnost pravidelně dítě vidět a sledovat a vyhodnocovat adekvátně jeho psychický a fyzický vývoj. V případě dětí do 6 let jste v podstatě jediní, kdo mohou včas zachytit ohrožené dítě a zajistit mu pomoc.

Jste také v pravidelném kontaktu s rodiči dítěte a máte možnost identifikovat nevhodnou péči nebo nevhodné chování rodiče směrem k dítěti. Nezřídka s vámi rodiče sdílejí své obavy nebo problémy, které bezprostředně nesouvisejí se zdravotním stavem dítěte.

Máte také možnost působit na rodiče a pomoci mu péči o dítě zlepšit. Mějte na paměti, že práva a povinnosti rodičů spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj dle § 858 občanského zákoníku. Dlouhodobé porušování rodičovské odpovědnosti může být předmětem trestního stíhání dle ustanovení upravujícího trestný čin zanedbání povinné výživy dle § 196 trestního zákoníku.

Zanedbávání péče o dítě je termín, pod kterým si lze představit různé klinické či sociální jednotky. „Nevýhodou“ oproti fyzickému týrání nebo sexuálnímu zneužívání je velmi častá nenápadnost příznaků, možná záměna se skutečným onemocněním dítěte. Zanedbávání je často dlouhodobě se vleklým problémem, kterého si nikdo nemusí všimnout. Přesto je zanedbávání dítěte v rodině velmi nebezpečné, důsledky se mohou projevit až v dospělosti, z dítěte roste traumatizovaná osobnost, dokonce může vyrůst i osobnost psychopatická. Alarmující je, že i mírné, ale dlouhodobé zanedbávání může mít horší následky než řešené jednorázové fyzické týrání.

Zanedbávání je chápáno jako takový nedostatek péče, který zapříčiňuje vážnou újmu na vývoji dítěte, nedostatečné zajištění potřeb a bezpečí dítěte, nedostatek podnětů k vývoji. Jako PLDD dokážete odborně posoudit, zda vývoj dítěte odpovídá jeho věku, zdravotnímu stavu

a duševním schopnostem, nebo zda je dítě ve svém vývoji nějak ohroženo. V tomto ohledu se nelze většinou opřít o jeden důkaz nebo jednu situaci, jde obvykle o soubor skutečností nebo událostí, které až ve svém souhrnu naznačí, že může jít o zanedbávané dítě. Je proto důležité, abyste pečlivě zaznamenávali do zdravotnické dokumentace všechna svá pozorování a mohli jste později o tyto záznamy opřít svoje podezření. Doporučujeme proto pečlivě a opakovaně zaznamenávat do zdravotnické dokumentace sociální anamnézu a rodinnou anamnézu a jejich změny.

Zanedbávané dítě svými projevy buď nezískává žádnou pozornost okolí, nebo získává pozornost negativní, tudíž dochází k jeho další traumatizaci. Dítě se projevuje „neadekvátně“ vůči svému okolí – „zlobí“, je vzdorovité, agresivní. Příznaky se jeví jako porucha chování, ale je to vlastně projev „zraňovaného“ dítěte, které vyžaduje pozitivní přístup. Naproti tomu se často dočká trestu a tvrdšího režimu. Ve světě se hovoří o tzv. Adverse Childhood Experiences (ACE), negativních zážitcích v dětství. Zkoumá se jejich dopad na psychické i fyzické zdraví dítěte a ukazuje se, že míra narušení dospělého života je přímo úměrná počtu ACE v dětství.

Co může být považováno za zanedbávání?

Za zanedbávání je obecně považováno:

- pozorované nedostatečné uspokojování tělesných potřeb dítěte (např. podvýživa, nedostatek minerálů/vitaminů, problémy s dehydratací, nedostatečné bytové podmínky, nedostatečné oblečení);
- nedostatečná hygiena (špína, zápach, neupravené vlasy, špinavé oblečení);
- nedostatečná lékařská péče (např. nedodržování doporučené léčby nebo režimu péče, nepodávání potřebných léků, stará zranění bez adekvátní péče);
- zanedbávání prevence (např. absence preventivních prohlídek, zanedbávání návštěv lékaře);
- pozorované duševní zanedbávání nebo citová deprivace (např. nedostatek podnětů pro všestranný rozvoj dítěte, známky rané deprivace, projevovaný nedostatek náklonnosti, emoční chlad, situace spojené s rozvodem, s duševní nemocí rodičů, tíživou sociální situací rodičů, chudobou, drogově závislí rodiče, raná ústavní výchova);
- pozorované zanedbávání výchovy (např. nedostatečné výchovné vedení dítěte, nedostačující osvojování sociálních norem dítětem, nedostatek nácviku hygieny, nedostatečné rozvíjení sociálních dovedností dítěte, nepravidelný životní rytmus);
- pozorované zanedbávání dozoru, ponechávání zejména malých dětí bez adekvátního dohledu nebo nedostatečná ochrana před rizikovým prostředím, vyšší úrazovost, opakující se potřeba léčit kožní parazity, nejčastěji vši, svrab;
- zanedbávání povinné školní docházky a všeobecného vzdělání dítěte;
- nedostatek pozornosti/péče, nadbytek péče, nedostatek jídla, aktivit, nedostatečná kontrola;
- opuštění dítěte.

Další situace, které jsou považovány za zanedbávání:

1. Emoční zanedbávání

Může se projevit u dítěte, o něž se rodiče zdánlivě dobře starají – dostane správně najíst, nechodí špinavé, zanedbává školu, ale dítěti chybí láska, přijetí, vřelost, případně je postoj

rodičů k dítěti negativní. Může se jednat o dítě nechtěné, nesplňující rodičovské představy, rodiče sami mohou být emočně ploší. Takové dítě se buď uzavírá do sebe, nebo zlobí. Problém může nastat i u primárně úzkostného dítěte, jehož úzkosti nejsou rodinou adekvátně vnímány, naopak například bagatelizovány. Toto dítě se pak snadněji stává i obětí školní šikany, toto pak ústí do úzkostných či depresivních poruch nebo naopak do stavu bezcitné psychopatické osobnosti.

2. Výživa a zanedbávání

Podvýživa v rámci zanedbávání se u nás neobjevuje často, i když ani takové případy vyloučené nejsou. Při pravidelném sledování dítěte by uniknout pozornosti PLDD neměla. Ovšem co také spadá pod zanedbávání, je nevyvážená a nezdravá strava, jednostranná strava, přejídání – to vše vede k obezitě, kardiovaskulárním chorobám, a de facto je tedy poškozováním zdravotního stavu dítěte. Je nutné si ale v tomto smyslu uvědomit, že ne každé zanedbávání je záměrný, špatný úmysl rodičů. Rodiče mohou dítě milovat, ale mohou být nedostatečně kompetentní. Zde je opět zásadní úloha PLDD spíše v podporujícím a pozitivním přístupu.

3. Aktivita, kontrola a zanedbávání

V mnohých rodinách dnes, pod vlivem společnosti jedoucí na výkon, je dítě vystaveno nadměrným aktivitám – kroužkům, výkonnostním sportům s tréninky několikrát týdně a víkendovými zápasy, dítěti není dáván prostor pro vlastní vývoj, lenošení, nicnedělání. Přestože je chvályhodná pohybová i zájmová aktivita dětí, pokud se koná přespříliš, poškozuje zdravé dítěte.

Stejně tak je určitou formou zanedbávání i nadměrná ochrana dítěte, přílišná kontrola dítěte, která vede k nesamostatnosti a handicapování dítěte v sociálním zařazení a ve schopnosti samostatného života.

Všechny formy zanedbávání závažným způsobem poškozují zdravý a plnohodnotný vývoj dítěte. Některá z poškození vývoje způsobená závažným zanedbáváním již nejde zcela bez následků napravit, a to ani intenzivní péčí např. terapií. [85] Zanedbávané děti projevují podobné symptomy citové deprivace a poruchy attachmentu jako děti vychovávané v ústavní péči.

V případech, kdy budete osloveni pracovníky OSPOD s žádostí o poskytnutí informací o konkrétním dítěti, je potřeba, abyste do zprávy pro OSPOD zaznamenali i skutečnosti, které mohou souviset se zanedbáváním dítěte. Pro tento případ použijte seznam symptomů uvedený níže a vaše záznamy ve zdravotnické dokumentaci, které mohou doložit frekvenci a intenzitu problémů, které dítě řeší, a zároveň ukázat vývoj těchto problémů v čase. Znovu proto zdůrazňujeme, že je vhodné do zdravotnické dokumentace zaznamenávat pravidelně (např. jako součást preventivní prohlídky) i skutečnosti související se sociální anamnézou dítěte.

Je třeba si také uvědomit, že všechny níže uvedené symptomy nemusí naznačovat pouze zanedbávání dítěte. Řadu z nich pozorujeme i u dětí, které jsou vystaveny fyzickému nebo psychickému násilí, vyskytují se i v případech sexuálního zneužívání dítěte.

Jaké symptomy můžeme pozorovat u zanedbávaných dětí?

Projevy zanedbávání mohou mít různou podobu a jejich identifikace není snadná. Při identifikaci zanedbávaného dítěte hrají významnou roli kulturní zázemí a hodnotové

postoje společnosti, ve které dítě vyrůstá. Přesto je možné uvést řadu symptomů, kdy je třeba zvažovat, zda nemohou mít souvislost se zanedbáváním dítěte. Podstatným faktorem je především kumulace těchto faktorů jak v aktuální situaci, tak v delším časovém horizontu.

1. Nesnáze dítěte v oblasti úzkosti

Dítě vykazuje vyšší ostražitost než jeho vrstevníci, vyhýbá se sociálním interakcím, trpí strachem ze situací, lidí či objektů, kdy ho tento strach ochromuje, výrazně mu narušuje běžné fungování a zasahuje do každodenního života, má panické záchvaty, úlekové reakce. Dítě může také deklarovat pociťovanou úzkost – lze definovat např. jako strach bez konkrétního předmětu, tedy často pocit napětí a obavy, jimž v naší mysli průběžně přiřazujeme různé důvody, dále to může být strach z konkrétních předmětů či situací, které ovšem v běžném životě nebezpečné nejsou. Čím je dítě mladší, tím více jsou projevem úzkosti somatické příznaky.

Nesnáze v oblasti úzkosti mohou souviset s řadou skutečností (např. s dlouhodobým rodičovským sporem, násilím mezi rodiči dítěte). V těchto případech je důležité odkázat rodiče na odborníky, kteří mohou pomoci dítěti, ale také na odborníky, kteří mohou pomoci rodiči/rodičům. Primárně je zapotřebí podpořit rodiče, aby vyhledali odbornou pomoc. Tyto problémy nemusí být vždy důsledkem zanedbání péče.

O komunikaci s rodičem a doporučeních je vhodné provést záznam do zdravotnické dokumentace.

2. Depresivní projevy dítěte

V souvislosti se zanedbáváním chápeme depresivní projevy zejména jako snížení, až vymizení schopnosti prožívat potěšení a radost, výskyt pokleslých nálad dítěte a patologického smutku. Obraz deprese u dětí se liší od obrazu u dospělých osob, někdy se může projevovat jako nápadná znučenost dítěte, ztráta vztahu k oblíbeným činnostem a věcem; poruchy chování, kolísání nálad, sebepoškozování a sebevražedné úvahy, někdy hyperaktivita, záchvaty vzteku, provokace okolí; nechutenství a přejídání, problémy se spánkem či nadměrná únava.

I v těchto případech je zapotřebí podpořit rodiče, aby vyhledali odborníky. Včasná diagnóza je velmi důležitá, a přestože aktuálně čelíme nedostatku pedopsychologů a pedopsychiatrů, měl by vždy správnou diagnózu určit odborník. Tyto problémy nemusí být vždy důsledkem zanedbání péče.

O komunikaci s rodičem a doporučeních je vhodné provést záznam do zdravotnické dokumentace.

3. Neurotické obtíže

Sledujte a zaznamenejte do zdravotnické dokumentace především situace, kdy si dítě stěžuje na vtíravé myšlenky, pozorujete tiky, kousání nehtů, zadržování v řeči, trhání vlasů, dítě řeší pomočování nebo pokálení bez účasti zdravotního problému.

4. Regresivní chování dítěte

Všímejte si projevů šišlání, zvýšené závislosti na pečující osobě nebo ztráty samostatnosti. Regresivní chování se objevuje u dětí jako reakce na nějakou zátěžovou situaci (např. může

souviset s rozchodem rodičů). Regresí je v tomto smyslu nutno chápat propad nebo návrat na nějaký dřívější, již dosažený vývojový stupeň (např. předškolní věk, mladší školní věk, pubescence). Věnujte pozornost především regresím dlouhodobého charakteru.

5. Problémy dítěte s realitou

Zde je třeba připomenout, že malé děti mají často zcela přirozeně velmi barvitou fantazii, a proto je zapotřebí případné problémy s realitou u dětí posuzovat velmi individuálně a citlivě. Vždy proto posuzujte, s čím by problémy s realitou dítěte mohly souviset – zda s věkem dítěte, nebo zda se jedná o závažnější problém. Měli byste si všímat především úteků do fantazie, chybného porozumění situacím, vyplňování mezer v paměti domněnkami, někdy zcela absurdními, nebo dezorganizovaného myšlení nebo chování.

6. Strach dítěte

Strach je velmi silná emoce, která vzniká jako reakce na hrozící nebezpečí a může souviset s nějakou prožitou událostí – např. se sexuálním zneužitím, zkušenost s domácím násilím. U zanedbávaných dětí se vyskytuje např. strach z mužů/žen, strach z nějakého prostoru, strach o bezpečí druhých lidí, strach ze zabití, strach z pronásledování nebo strach z opuštění. Strach může být doprovázen řadou tělesných projevů – např. zblednutí, chvění a třes, zrychlené dýchání, bušení srdce aj.

7. Problémy dítěte se sociabilitou a nesnáze dítěte v oblasti vztahů

Sociabilita je velmi důležitá schopnost, umožňuje nám vstupovat do vztahů s druhými lidmi. Děti ji potřebují k tomu, aby byly schopny udržovat vztahy uvnitř rodiny včetně širší rodiny, ale i se svými vrstevníky a lidmi mimo rodinu. Problémy se sociabilitou mohou u dětí např. souviset s tím, že jim někdo ublížil (ve smyslu sexuálního nebo fyzického týrání nebo se může jednat o šikanu aj.). Jde tedy o symptom, kterému byste měli vždy věnovat pozornost. Problémy se sociabilitou se projevují např. jako nedostatek otevřenosti, zvýšená uzavřenost, samotářské chování, izolování se, nebo naopak nadměrné poutání pozornosti.

Mezi nesnáze v oblasti vztahů patří např. narušené vztahové pole k členům rodiny, k vrstevníkům, hostilní nebo odmítavé chování, ale i zesílená touha po kontaktu s druhými.

8. Přejímání nepřiměřené odpovědnosti vzhledem k věku dítěte

Můžete se setkat s dětmi, které přijímají role určené v naší společnosti dospělým lidem, u kterých poté pozorujeme nepřiměřené odpovědnosti vzhledem k jejich věku, pseudodospělost, předčasnou samostatnost nebo slovník odpovídající starší osobě. Tento problém se může objevovat např. u dětí, které jsou svědky domácího násilí. Přistoupit k tomuto tématu je velmi nesnadné, nemělo by však uniknout vaší pozornosti.

9. Problémy dítěte se spánkem

Symptomy zanedbání dítěte mohou být také problémy se spánkem, např. nespavost, nadměrná spavost, problémy s usínáním, noční můry, problémy s probouzením a nadměrnou únavou. Doporučená celková doba spánku se liší podle věku dítěte.

Kvalita a doba spánku je velmi důležitá. Problémy se spánkem u malých dětí mohou naznačovat nějaký jiný problém, např. domácí násilí (obava o matku, že „když usnu, nebudu moci pomoci své matce“). Je proto třeba se tímto problémem vždy do hloubky zabývat a pátrat po příčině.

10. Potíže dítěte s jídlem

Mezi potíže s jídlem nepatří pouze poruchy příjmu potravy, ale také situace, kdy dítě málo/hodně jí, má zažívací problémy, opakované bolesti břicha a nevolnosti a kdy registrujete nápadné změny v hmotnosti dítěte. Potíže s jídlem jsou velmi typické pro dívky, ale objevují se i u chlapců (např. přejídání). Problémy s jídlem nemusí být u dítěte vyvolané pouze vlivem prostředí (sociální sítě, tlak společnosti), ale mohou být vyvolané stresem, který dítě aktuálně prožívá. Nepřistupujte proto k rychlým závěrům a vždy problém sledujte v širších souvislostech rodiny dítěte.

11. Psychosomatické obtíže dítěte a somatické stesky

Pokud vámi indikovaná další specializovaná vyšetření nepotvrdí zdravotní příčinu pociťovaných problémů dítěte (např. časté bolesti hlavy, břicha, nevolnost, zesílený/zrychlený tlukot srdce, zrychlený dech nebo problémy s dechem, pocit sevřeného hrudníku, lapání po dechu) nebo sledujete u dítěte častou nemocnost, opakované infekce v urogenitální oblasti apod., je třeba zvažovat, zda nejde o symptomy zanedbávání nebo týrání dítěte. Psychosomatické obtíže se objevují u všech dětí bez rozdílu věku a pohlaví a mohou souviset s psychickou zátěží dítěte (např. rozchod rodičů, šikana, sexuální, psychické či fyzické týrání nebo domácí násilí mezi dospělými).

12. Agrese dětí

Agresivní chování u dětí může být důsledkem zanedbávání dítěte, přičemž agresí je myšleno napadení, útočné jednání, které se projevuje poškozováním nebo násilným omezováním jiné osoby nebo věci, dále záchvaty nevyprovokovaného prudkého vzteku, krutost k osobám/zvířatům, opakující se destruktivní chování, nadávky nebo verbální útoky, fyzické útoky, agresivní prvky zaznamenané v kresbě nebo ve hře. Agresivního chování se obecně více dopouštějí chlapci, ale objevuje se i u dívek.

Problematika agrese může souviset s domácím násilím, kdy se dítě identifikuje s agresorem a jeho chování napodobuje. K nápodobě chování může docházet i v pozdějším věku dítěte, v době, kdy už dítě samo není tomuto chování vystaveno.

13. Sebedestruktivní chování dítěte

V některých případech děti obrátí agresivní chování vůči sobě. Za sebedestruktivní chování se považuje vědomé či nevědomé jednání, kterým si dítě ubližuje. Vedle sebepoškozujícího chování, sebezraňování, sebevražedné tendence a jednání mezi toto chování patří také alkoholismus, kouření a užívání drog, přejídání se, nedostatečný pohyb, v krajním případě pak anorexie nebo bulimie. Vždy se jedná o závažné projevy, proto nedopusťte, aby rodiče podceňovali situaci nebo zlehčovali situaci dítěte, protože jde o situace ohrožující život a zdraví jejich dítěte a je zapotřebí, aby závažnost situace vnímali. Ve všech těchto případech je třeba dítě poslat na další odborné vyšetření.

14. Rizikové nebo problematické chování dítěte

Do rizikového chování řadíme kriminalitu, promiskuitu, užívání návykových látek, lhaní, vulgaritu, neposlušnost, výchovné problémy (např. vážné porušování pravidel, krádeže, destrukci majetku) a problémy s respektováním autority, útoky, šikanu druhých aj.

Pokud se objevuje u dítěte rizikové chování, nepodceňujte situaci společně s rodiči a podpořte rodiče ve spolupráci se střediskem výchovné péče nebo ve spolupráci s psychologem.

15. Problémy se sebezpojetím dítěte

Sebezpojetím rozumíme vztah dítěte k sobě samému i k subjektivně důležitým skutečnostem jeho života, jak je vnímá, prožívá a hodnotí. U zanedbávaných dětí se setkáváme se sníženým sebehodnocením, sebenenávistí, pocity viny, pocity ostychu, zvýšenou nejistotou, pocity odlišnosti od jiných, zvýšenou ostýchavostí, odmítáním svého těla, sebedevalvováním aj.

Jak už bylo uvedeno výše, posouzení zanedbávání péče o dítě je silně ovlivněno kulturním zázemím a hodnotovým nastavením naší společnosti. Některé aspekty péče jsou ovlivněny mezigeneračními přenosy a rodič pak aplikuje ve výchově to, co zažil ve svém dětství. Je třeba mít na paměti, že zanedbání péče tak není vždy záměrným činem rodiče, rodič sám může svou péči chápat jako odpovídající. Posuzujte proto rodiče také s ohledem na jeho dětství, osobní zkušenosti a jeho širší zázemí. Vždy je vhodné rodiče citlivě na jeho neodpovídající péči upozornit hned v počátku, nabídnout mu informace a edukaci, v případě potřeby jej nasměrovat na organizace nebo služby, které mu mohou pomoci. Řada rodičů neumí odpovídající péči poskytnout proto, že se to nemají od koho naučit. Než přistoupíte k oznamovací povinnosti v případě zanedbávání péče, pokuste se rodiči včas nabídnout pomoc nebo jej na pomoc nasměrovat.

Co je potřeba zanést do zdravotnické dokumentace v případě podezření na zanedbávání dítěte?

Všechny výše zmíněné symptomy jsou obvykle projevy nějakého jiného problému, jde o signály, že v životě dítěte není něco v pořádku. Je proto vhodné o těchto skutečnostech vést záznam ve zdravotnické dokumentaci dítěte.

- Vždy zaznamenejte datum a popis situace, který vám předal rodič nebo dítě. Připojte záznam o aktuálním stavu dítěte (psychický i fyzický).
- Odešlete dítě na další odborné vyšetření (např. neurolog, psycholog, psychiatr, pedagogicko-psychologická poradna), jehož cílem může být posouzení rozsahu problému a nalezení adekvátního dalšího postupu ve prospěch dítěte.
- Zaznamenejte doporučení, která jste předali rodiči. Důsledně sledujte, zda rodič na vyšetření k odborníkovi došel.

Správně vedená dokumentace slouží ke zkvalitnění péče o dítě a lepší ochraně jeho zdraví. Současně umožňuje v budoucnu prokázat a vysvětlit, co vás jako PLDD vedlo k volbě konkrétního postupu u daného dětského pacienta.

Na základě správně vedené dokumentace budete schopni vyhodnotit, zda jde o situaci, na kterou se vztahuje oznamovací povinnost podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (*viz čl. 2. Zdravotnická dokumentace*). V případech, kdy dochází ke kumulaci problémů, jejich vysoké intenzitě nebo vysoké frekvenci výskytu, půjde s velkou pravděpodobností o dítě, které potřebuje sociálně-právní ochranu.

Čl. 2 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

2.1. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Vedení zdravotnické dokumentace je upraveno v ustanovení § 53 a násl. Zákona č. 372/2011 Sb. a z pohledu poskytování sociálně-právní ochrany dětí tento zákon mimo jiné upravuje, že kromě informací o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb jsou ve zdravotnické dokumentaci vedeny informace i o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb.

Jsou v ní vedené informace zjištěné z rodinné a osobní anamnézy dětského pacienta, a je-li to důvodné, též údaje ze sociální anamnézy. V případě dětí má zápis ve zdravotnické dokumentaci o sociálních aspektech své nezastupitelné místo.

Zápisy ve zdravotnické dokumentaci jsou mnohými PLDD ještě stále podceňovány. Vždy myslíte na to, že v jakékoli forenzní záležitosti bude dokumentace zkoumána jako případný důkaz a při nesprávném zápisu může poškodit pacienta, ale také způsobit problém lékaři, který nesprávný zápis provedl. Stejně tak naopak může správně vedená zdravotnická dokumentace poskytnout faktickou oporu v případech podání oznámení na OSPOD nebo policii, například v případech, kdy dochází k řetězení mnoha drobných úrazů, které samy o sobě nejsou závažné, ale jejich kumulace ukazuje na ohrožení dítěte.

Základem každé zdravotnické dokumentace musí být již na počátku pečlivá anamnéza – osobní, rodinná, sociální, společenská. V rámci preventivních prohlídek tyto údaje opakovaně kontrolujte a vždy zaznamenejte případné změny. Stejně tak pečlivě dokumentujte doporučení k vyšetření specialistů a zpětně vyžadujte zprávy z těchto vyšetření i zprávy z případných hospitalizací. Zaznamenávejte pečlivě každé vyšetření dítěte – akutní i preventivní.

Do zápisu, který již směřuje přímo k podezření na špatné zacházení, uveďte:

1. přesné datum a čas, nejlépe trvání vyšetření (od–do);
2. osobu doprovodu, případně jméno a kontakt, především pokud se nejedná o zákonného zástupce dítěte;
3. podrobnou anamnézu – příčinu patologického stavu. Pokud se rozchází údaj dítěte a doprovodu, pokuste se jej nekonfrontačně upřesnit či zaznamenejte obě verze. Pakliže zákonní zástupci udávají anamnézu traumatu, pečlivě to zdokumentujte. Zaznamenejte, kdy podle zákonných zástupců k traumatu došlo, jaký byl mechanismus úrazu včetně detailů (u pádů – z jaké výšky dítě spadlo, jakou částí těla a na jaký povrch dopadlo). Pokud došlo k zásadní časové prodlevě, než zákonní zástupci vyhledali lékařskou péči, také to zaznamenejte;
4. podrobný popis vyšetření dítěte a všech patologických nálezů a poranění (rozsah, umístění, tvar, barvu, povrch, je-li to možné, tak i odhad stáří poranění). Poranění zakreslete do nákresu (viz Příloha č. 2 – *Záznam o zranění dítěte pro zdravotnickou dokumentaci*). Bližší údaje o tom, co zaznamenat v případě konkrétního poranění, najdete v čl. 1.6.–1.9. *Diagnostika ohroženého dítěte*;

5. psychomotorické schopnosti dítěte (přetočí se na břicho / plazí se / leze / stojí / chodí kolem nábytku / chodí samostatně apod.). Na základě těchto psychomotorických schopností dítěte vyhodnoťte, zda ke vzniku poranění nebo patologického nálezu mohlo dojít tak, jak zákonní zástupci popisují. Toto zhodnocení také zanepte do dokumentace;

6. v případě, že máte důvodné podezření na špatné zacházení s dítětem, odešlete jej ke specialistovi či k hospitalizaci a zaznamenejte to do vaší dokumentace;

7. pokud případ splňuje již ohlašovací povinnost, ohlaste jej příslušnému pracovišti OSPOD (viz příloha č. 3 – *Žádost o prošetření podle § 10 zákona č. 359/1999 Sb.*) nebo Policii ČR (viz Příloha č. 4 – *Trestní oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu*), do zdravotnické dokumentace si o tomto oznámení vždy zaznamenejte, jak a komu jste informace předali (např. datum, orgán/instituce a kontaktní údaje, způsob předání – e-mail, datová schránka, popř. jméno pracovníka instituce).

2.2. PRÁVO RODIČE NA INFORMACE A SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍMI ÚKONY

Rodič dítěte, pokud není soudem zbaven rodičovské odpovědnosti (či byla rodičovská odpovědnost omezena), má právo na informace o zdravotním stavu dítěte a o poskytnutých zdravotních službách. Toto právo rodiče vyplývá z rodičovské odpovědnosti definované občanským zákoníkem.

Zákonným zástupcem je rodič dítěte, osvojitel či poručník. Rodič je uveden v rodném listě dítěte. Stejně tak je osvojitel uveden v rodném listě dítěte po pravomocném rozhodnutí soudu o osvojení. PLDD nemá možnost se dozvědět, že se jedná o osvojené (adoptované) dítě, pokud jej o tom osvojitel–rodič nebude informovat. O jmenování poručníka rozhoduje soud – proto se poručník prokazuje rozhodnutím soudu o jmenování poručníkem, ve kterém je definován rozsah práv, která poručník vykonává namísto rodiče.

Rozvod rodičovskou odpovědnost nijak neomezuje.

Oba rodiče v zásadě jednají ve vzájemné shodě. Pokud je třeba neodkladně rozhodnout a jeden z rodičů uvede PLDD rozhodnutí týkající se poskytování zdravotních služeb nezletilému dítěti, má se za to, že jednal v souladu s názorem i druhého rodiče. Pro PLDD je významné, že není povinen zjišťovat názor druhého rodiče, je v dobré víře, že rodiče jednají ve shodě, a zdravotní služby dítěti poskytne.

Pokud se jedná o akutní či neodkladnou péči a souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, ošetřující zdravotnický pracovník rozhodne o jejich poskytnutí. Za těchto podmínek je lékař povinen nezletilému dítěti poskytnout zdravotní služby i bez souhlasu zákonných zástupců³.

Jakou zdravotní péči lze poskytnout bez souhlasu rodiče?

Neodkladnou péčí je péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

³ K tomuto úpravě v ustanovení § 35 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.

V případě akutní péče je účelem odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo okolí.

Nezletilému pacientovi lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce, pokud je u něj podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání⁴. PLDD se může setkat s pěstounem dítěte – pěstoun je oprávněn rozhodovat o běžných záležitostech týkajících se nezletilého dítěte. Občanský zákoník umožňuje, aby soud blíže upravil práva a povinnosti pěstouna. Rozsah oprávnění je dán občanským zákoníkem, popř. doplněn rozhodnutím soudu a doporučujeme PLDD se v konkrétním případě s rozsudkem v dané věci seznámit a informace uvést do zdravotnické dokumentace.

Záznam do zdravotnické dokumentace by tak zdokumentoval rozsah oprávnění pěstouna a s tím související oprávnění PLDD rozhodnout o poskytnutí zdravotních služeb nezletilému dítěti na základě souhlasu pěstouna, a nikoliv rodiče jakožto zákonného zástupce.

O nezletilé dítě se může osobně starat i poručník. Poručník je osoba, která se stará o nezletilé dítě, pokud dítě nemá zákonného zástupce (např. rodiče zemřeli či jsou zbaveni rodičovské odpovědnosti). Často to bývá i pěstoun, který má tzv. i poručenská práva v péči o nezletilé dítě. Poručník je zákonným zástupcem dítěte a výkon jeho činnosti je pravidelně kontrolován příslušným soudem podle místa trvalého pobytu dítěte.

Má stejné oprávnění jako zákonný zástupce také pěstoun nebo poručník dítěte?

Rodič má plnou rodičovskou odpovědnost, pokud soud nerozhodl jinak. Soud však může rozhodnout, že i pěstoun bude mít oprávnění rozhodovat o poskytování zdravotních služeb, v tom případě má pěstoun více oprávnění rozhodovat o poskytování zdravotních služeb dítěti. Dalším možným subjektem, který zastupuje dítě v ordinaci PLDD, může být poručník. Pokud poručník rozhoduje o poskytování zdravotních služeb, je výkon jeho práv pravidelně kontrolován soudem. Pokud má PLDD pochybnosti o rozsahu oprávnění subjektu zastupovat dítě, doporučujeme kontaktovat OSPOD.

Pěstoun má:

- právo na informace o zdravotním stavu dítěte,
- právo klást otázky,
- právo vyjádřit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže hrozí nebezpečí z prodlení a nelze bez zbytečného odkladu vyjádření zákonného zástupce získat (do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi se zaznamenávají důvody, pro které nebyl souhlas zákonného zástupce získán),
- právo získat od poskytovatele zdravotních služeb informaci o hospitalizaci dítěte svěřeného mu do pěstounské péče⁵.

2.3. VYŠETŘENÍ DÍTĚTE BEZ PŘÍTOMNOSTI RODIČE

V případě, že PLDD pojme podezření, má právo být s dítětem v ordinaci o samotě a moci jej bez přítomnosti rodičů či zákonných zástupců, popřípadě jiného doprovodu dítěte vyšetřit. Tento postup je možné využít právě v případech podezření na týrání či zneužívání dítěte.

⁴ K tomuto úpravě v ustanovení § 38 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

⁵ K tomuto blíže úpravě v ustanovení § 42 zákona č. 372/2011 Sb.

Pokud zdravotníci vyhodnotí, že by bylo vhodnější dítě vyšetřit bez přítomnosti zákonných zástupců, mají právo tak učinit. Zákon o zdravotních službách k tomu uvádí, že PLDD rozhodne o vyloučení rodiče z ordinace při vyšetření nezletilého dítěte, má-li podezření, že je tento pacient zneužíván nebo týrán, popřípadě že je ohrožován jeho zdravý vývoj. Rovněž tak může rozhodnout o nepřítomnosti pěstouna či jiné osoby, do jejíž péče bylo dítě svěřeno. Podmínkou však je, aby vyšetření bylo provedeno za účelem vyloučení známek podezření na týrání či ohrožení zdravého vývoje⁶.

Od jakého věku je vhodné využít možnosti vyšetření bez zákonného zástupce?

Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Pro oblast medicínského práva není výslovně definována věková hranice, od které je dítě schopné vyjádřit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Využijeme orientační hranici 12 let věku dítěte. Od tohoto věku má dítě právo využít možnosti souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb při zohlednění rozumové a volní vyspělosti, a tudíž být vyšetřeno bez přítomnosti zákonného zástupce. Pokud by se jednalo o dítě mladší a byla by splněna zákonná podmínka o nepřítomnosti zákonného zástupce v případě vyšetření z důvodu podezření na týrání či zneužívání viz výše, tak o tomto může rozhodnout PLDD bez ohledu na věk dětského pacienta.

Starší děti mohou samy rozhodnout o tom, že zákonný zástupce nemá být při jejich vyšetření přítomen. I pro tento postup nalézáme oporu v zákoně o zdravotních službách. Nezletilý pacient může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyl přítomen zákonný zástupce, uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. Může se ale jednat i o vyloučení pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl nezletilý pacient na základě rozhodnutí soudu svěřen.

Pokud po žádosti PLDD rodič odmítá dítě zanechat samotné v ordinaci, je třeba tuto skutečnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Jako PLDD nemáte prostředky na vykázní rodiče z ordinace. Policii ČR můžete přivolat v případech, kdy jde o ohrožení života osob nebo majetku v ordinaci PLDD.

2.4. OMEZENÍ PŘÍSTUPU DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Dále má PLDD možnost omezit přístup do zdravotnické dokumentace. Pokud jsou ve zdravotnické dokumentaci vedené o nezletilém pacientovi uvedeny informace o zákonném zástupci, pěstounovi nebo jiné pečující osobě a lze z nich vyvodit podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání, poskytovatel zdravotních služeb může omezit přístup do zdravotnické dokumentace uvedeným osobám. Pro tyto osoby se jedná o omezení přístupu do zdravotnické dokumentace, ale pouze ve vztahu k údajům, ze kterých vyplývají tyto skutečnosti, nikoliv omezení přístupu k celé dokumentaci.

Jakým způsobem provést omezení přístupu do zdravotnické dokumentace?

Omezení přístupu do zdravotnické dokumentace se v praxi realizuje poměrně obtížně, neboť PLDD je povinen i mimo výše uvedené případy při nahlížení do zdravotnické dokumentace zabránit tomu, aby se informace o třetích osobách dozvěděla osoba, která do zdravotnické dokumentace nahlíží. Může to být ošetřeno tak, že část, do které by neměl mít nahlížitel přístup, tak tuto část třeba tzv. zasvorkuje a tak se stane list zdravotnické dokumentace

⁶ K tomuto úpravě v ustanovení § 35 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

dočasně nepřístupný pro nahlížeatele. Anebo má možnost pořídit výpis ze zdravotnické dokumentace, kde budou uvedeny pouze informace, které jsou relevantní a na seznámení se s nimi má nahlízející osoba nárok.

2.5. ZADRŽENÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Při péči o dítě s podezřením na týrání či zneužívání je možné využít další úpravu ze zákona o zdravotních službách. PLDD může zadržet v nezbytném rozsahu informaci o zdravotním stavu nezletilého pacienta jeho zákonnému zástupci, pěstounovi nebo jiné pečující osobě v případě podezření, že se tato osoba podílí na zneužívání nebo týrání nebo ohrožování zdravého vývoje nezletilého pacienta, a lze-li předpokládat, že poskytnutím informace by mohlo dojít k ohrožení pacienta.

Může se jednat např. o případy Münchhausenova syndromu by proxy (v zastoupení). Pokud by se osoba dopouštějící se tohoto jednání dozvěděla, že lékaři mají podezření, že je dítě takto poškozováno, mohla by reakce této osoby být nepřiměřená a jednání by mohlo vést k ohrožení pacienta (tato osoba by mohla podat zdravému dítěti letální dávku léčiva, které vůbec nepotřebuje, např. inzulin, léky na léčbu hypertenze apod.). Příkladem Münchhausenova syndromu v zastoupení může být též snaha dítě izolovat od kolektivu, ponechávat jej pouze doma na lůžku s tím, že je nemocné a slabé. Rovněž snaha o zajištění nadměrných a opakovaných vyšetření, mnohdy bolestivých a nepříjemných pro dítě, může být manifestací tohoto syndromu⁷.

O zadržení informací rozhoduje PLDD dle ustanovení § 32 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.

Jak se realizuje zadržení informací o zdravotním stavu dítěte?

Informace se nesdělí, ale toto nesdělení není trvalé – proto hovoříme o zadržení na rozdíl od omezení přístupu ke zdravotnické dokumentaci, které je trvalé.

Například při podezření, že dítě je aktuálně vystaveno násilí, není toto podezření s rodičem komunikováno a rodič je odeslán na další vyšetření (např. ihned do nemocnice) s odůvodněním potřeby udělat doplňující vyšetření z jiného důvodu. Je vhodné pak pracoviště, kam je rodič s dítětem odeslán, předem telefonicky či jinak informovat.

Čl. 3

OZNAMOVACÍ POVINNOST PLDD

PLDD jsou jako jedni z mála odborníků v pravidelném kontaktu s rodinami a jejich dětmi. Vedle školy jsou druhým místem v systému péče, kde se dítě téměř s jistotou během svého života objeví, a tím mají jedinečnou možnost včas najít dítě, které může být potenciálně ohrožené. V některých případech mohou být dokonce jedinými lidmi mimo rodinu, kteří mají šanci ohrožení dítěte odhalit a dítěti pomoci.

⁷ V případě takového podezření doporučujeme konzultovat na Psychiatrické klinice FN Motol – <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-deti/detska-psychiatricka-klinika-2-lf-uk-a-fn-motol/specializace/>.

Zároveň jsou, stejně jako jiní odborníci, vázáni ohlašovací povinností, která je zavazuje ke konání v případech, kdy se setkají s ohroženým dítětem. Za nedodržení ohlašovací povinnosti hrozí lékařům postih, stejně jako jiným odborníkům, kteří nedostojí své oznamovací povinnosti.

3.1. DŮKAZY NÁSILÍ NA DÍTĚTI A POVINNOST PŘEKAZIT A OZNÁMIT SPÁCHÁNÍ TRESTNÉHO ČINU TÝRÁNÍ SVĚŘENÉ OSOBY

Základní situace, která je spojena s oznamovací povinností PLDD, je upravena v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v ustanovení § 367 – Nepřekažení trestného činu (ve výňatku jsou uvedeny jen trestné činy související s touto problematikou):

- Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin vraždy, zabití, těžkého ublížení na zdraví, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, neoprávněného odebrání tkání a orgánů, znásilnění, pohlavního zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie, týrání svěřené osoby, a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta; stanoví-li tento zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.
- Překazit trestný čin lze i jeho včasným oznámením státnímu zastupitelství nebo policejnímu orgánu.

Obdobnou úpravu uvádí také ustanovení § 368 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Skutková podstata trestného činu neoznámení trestného činu je zde upravena takto (uvádíme opět jen výňatek související s danou problematikou):

- Kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin vraždy, těžkého ublížení na zdraví, mučení a jiného nelidského a krutého zacházení, týrání svěřené osoby, a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zastupitelství nebo policejnímu orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta; stanoví-li tento zákon na některý z těchto trestných činů trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.
- Čin uvedený v odstavci výše není trestný, nemohl-li oznámení učinit, aniž by sebe nebo osobu blízkou uvedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví, jiné závažné újmy nebo trestního stíhání.

Jaký je rozdíl mezi „nepřekažením trestného činu“ a „neoznámením trestného činu“?

Z pohledu oznamovací povinnosti v případě ohroženého dítěte a dalšího postupu pro PLDD neplyne z těchto dvou situací žádný rozdíl. V obou případech je nutné ihned jednat ve prospěch dítěte. Obecně je „nepřekažení trestného činu“ orientováno spíše na přítomnost a budoucnost a „neoznámení trestného činu“ na minulost.

Pokud se PLDD dozví, že v minulosti se dítě stalo obětí trestných činů v sexuální oblasti, a i kdyby bylo zřejmé, že již k tomu nebude docházet (pachatel zemřel), je namístě zvážit, zda se nejedná o dítě, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana dětí a ve vztahu k nimž má PLDD oznamovací povinnost minimálně podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí⁸ (viz dále).

⁸ Dle ustanovení § 6 odst. e) zákona o sociálně-právní ochraně dětí se sociálně-právní ochrana zaměřuje zejména na děti, na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění nebo je podezření ze spáchání takového činu. Tato právní úprava jasně pamatuje na případy, kdy se dítě stalo obětí trestného činu a páčání trestného činu v tuto chvíli již neprobíhá. Pokud by aktuálně docházelo k páčání trestného činu, tak samozřejmě PLDD mají povinnost oznámit i páčání trestného činu v sexuální oblasti. Pokud bychom měli odlišit situace, kdy vzniká povinnost překažit páčání trestného činu zasahující do sexuální oblasti, tak by se jednalo o situace, kdy existuje nebezpečí,

Kdy kontaktovat Policii ČR a kdy OSPOD?

Obecným vodítkem pro určení, kdy kontaktovat OSPOD a kdy Policii ČR či státní zastupitelství, je míra jistoty, se kterou se PLDD dozvídá, že někdo jiný spáchal či páchá trestný čin. Pokud se PLDD toto hodnověrným způsobem dozví, pak mu vzniká oznamovací povinnost dle trestních předpisů. V případě vysoké míry jistoty, že byl spáchán trestný čin týrání nebo zneužívání svěřené osoby, oznamuje PLDD tuto skutečnost Policii ČR či státnímu zastupitelství. Pokud PLDD vyhodnotí, že k páchání trestného činu týrání svěřené osoby stále dochází, tuto skutečnost oznámí Policii ČR či státnímu zastupitelství neprodleně poté, co k tomuto závěru došel.

Patří sem proto případy, kdy PLDD ošetřuje zraněné dítě a dojde k závěru, že zranění mohla být způsobena zaviněním třetí osoby, případně mu tuto informaci sdělí i sám dětský pacient. V takovém případě PLDD popíše vznik zranění a stopy násilí odpovídající tomuto mechanismu. Podobně PLDD postupuje v případě, kdy mechanismus vzniku zranění pravděpodobně souvisí s týráním dítěte a nejde o první takovou situaci v anamnéze dítěte, např. v minulosti byl PLDD dotazován na okolnosti jiného zranění ze strany OSPOD. Pokud je zranění způsobeno zaviněním třetí osoby, nemůže se PLDD dovolávat povinné mlčenlivosti a má povinnost přerušit další páchání trestného činu.

S kým může PLDD podezření konzultovat?

Je vhodné, aby PLDD byli v pravidelném kontaktu s OSPOD a měli možnost s pracovníky OSPOD konzultovat jednotlivé případy podezření na týrání či zneužívání dítěte. Je rovněž vhodné, aby se PLDD účastnili případových konferencí pořádaných OSPOD. Na případových konferencích se projednává aktuální situace konkrétního dítěte a snahou je zhodnotit názory a doporučení jednotlivých spolupracujících odborníků.

PLDD není zodpovědný za získání dalších důkazů o možném ohrožení dítěte. Není oprávněn ani kontaktovat další spolupracující subjekty, např. školská zařízení, aby si potvrdil či vyvrátil své podezření na ohrožení dítěte. Má však právo získat některé informace od OSPOD dle právní úpravy, která je popsána. Subjektem, který je oprávněn zjišťovat další informace, tak je OSPOD. OSPOD tak získává podněty od poskytovatelů zdravotních služeb, provozovatelů školských zařízení a od dalších zainteresovaných subjektů, které se mohou setkat s dítětem, na které se sociálně-právní ochrana dětí zaměřuje.

Může PLDD s někým konzultovat právní aspekty oznamovací povinnosti?

PLDD může konzultovat takové situace, včetně situace ohledně prolomení povinné mlčenlivosti, spolupráce s OSPOD apod., na Rychlé lince právní pomoci, kterou zřídila pro své členy Česká lékařská komora. Další informace jsou dostupné online www.lkcr.cz/rychla-pravni-pomoc-259.html.

Má PLDD postupovat jinak, když s podezřením přijde jeden z rodičů (např. v rozvodovém řízení)?

Pokud rodič oznámí PLDD obvinění na jinou osobu a chce po PLDD, aby toto oznámení předal jinému orgánu, měl by PLDD rodiči doporučit, aby se obrátil přímo na OSPOD (popř. Policii ČR). Oznamovací povinnost v tomto případě vzniká především rodiči samotnému. V případech, kdy se PLDD dozví o nevhodných (např. konfliktních) vztazích nebo podmínkách

že pachatel bude v páchání trestného činu pokračovat. V takovém případě PLDD překaží páchání trestného činu oznámením státnímu zastupitelství či Policii ČR. Jiný způsob překažení páchání trestného činu z pohledu PLDD je skoro nerealizovatelný.

v rodině od rodiče, měl by PLDD motivovat tohoto rodiče k návštěvě OSPOD. OSPOD disponuje velkou znalostí místně dostupných podpůrných služeb (včetně např. utajeného bydlení) a je vázán mlčenlivostí. Rodič se proto nemusí obávat obrátit na pracovníky OSPOD s žádostí o konzultaci nebo podporu, primárním zájmem pracovníka OSPOD není odebírat děti z rodin, ale pomoci maximálně rodině tak, aby dítě v rodině mohlo bezpečně zůstat.

Obecně oba rodiče mají právo na informace o zdravotním stavu dítěte, pokud oba rodiče mají plnou rodičovskou odpovědnost. Skutečnost, že je dítě svěřeno do péče jednoho z rodičů a druhému rodiči je upraven styk rodiče s dítětem, nemá vliv na rozsah sdělovaných informací. Výjimkou by byla situace, pokud by jeden z rodičů byl zbaven rodičovské odpovědnosti na základě rozhodnutí soudu. V těchto případech doporučujeme, aby se PLDD seznámil s obsahem rozhodnutí soudu a podle toho i sděloval informace zákonným zástupcům dítěte.

Jak postupovat, když se svěří dítě? Co mu poradit, kam ho předat?

Postup je stejný jako výše. Zakládají-li informace důvodný pozitek o (s)páchání trestného činu, který podléhá oznamovací povinnosti nebo povinnosti trestný čin přerušit, PLDD oznámí skutečnosti orgánu činnému v trestním řízení (Policie ČR nebo státní zastupitelství).

Jde-li o podezření na týrání, zneužívání dítěte nebo zanedbávání péče o něj, oznámí tuto skutečnost OSPOD. S dítětem PLDD jedná s ohledem na jeho věk: u dítěte školního věku, zejména staršího školního věku, může poskytnout informace o pomáhajících službách (linky důvěry, pracoviště odborného sociálního poradenství).

Co znamená „hodnověrný způsob“? Kolik musí mít PLDD důkazů, aby jeho hlášení bylo odůvodněné a hodnověrné?

Předně je třeba zdůraznit, že tento pojem se používá v trestním právu při zhodnocení, zda je páchan trestný čin či již byl spáchán. Příkladem tzv. hodnověrného způsobu proto může být již předešlé podezření na týrání u dítěte, kdy si PLDD povšiml poranění, která neodpovídala psychomotorickému vývoji dítěte. Dítě přitom uvedlo jiný mechanismus zranění než jeho rodič – výpovědi se lišily. Nebo uvedený popis vzniku zranění rodičem neodpovídá mechanismu vzniku zranění. V těchto případech je vhodné zaznamenat popis vzniku zranění uváděný rodičem s jeho podpisem (např. na samostatném listu, který vyplní sám rodič). Pokud se PLDD domnívá, že zranění na těle dítěte byla způsobena jinou osobou, a k tomuto závěru dospěl na základě své erudice a zkušeností, jde o hodnověrný způsob. Rovněž v případě, kdy další zainteresovaní odborníci pojali podezření na týrání či zanedbávání dítěte (např. při vyšetření specialisty), se jedná o hodnověrný způsob. Stejně tak informace získané ústním sdělením dítěte představují hodnověrný způsob zjištění, že byl spáchán trestný čin.

Nejedná se o určitý počet důkazů, doporučený souhrn důkazů, které buď lékař shromáždí, či nikoliv. Rozhodující je, nakolik je podezření závažné. Pokud PLDD nemůže podezření rozptýlit na základě dalšího vyšetření, které třeba prokáže interní onemocnění pacienta, které má za následek vznik modřin, je jeho podezření odůvodněné. Pokud PLDD není schopen podezření rozptýlit, poukázat na jinou skutečnost vedoucí k poraněním, o kterých se můžeme domnívat, že se jedná o známky týrání, je zde podezření na týrání či zneužívání. V tomto případě má PLDD oznamovací povinnost dle trestních předpisů.

V praxi PLDD většinou využije možnosti překazit páčání trestného činu tak, že ho oznámí státnímu zastupitelství nebo policejnímu orgánu, protože fakticky překazit páčání trestného činu je pro PLDD velmi těžké, až nemožné.

Jakou podobu má mít oznámení na policejní orgán? Komu a jakým způsobem oznámení předat?

Forma ani obsah trestního oznámení nejsou pevně stanoveny. Trestní oznámení lze podat ústně i písemně na kterékoli služebně Policie ČR nebo na státním zastupitelství (*viz Příloha č. 4 – Trestní oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu*).

V případě podezření ze spáchání trestného činu vůči dítěti je však vždy doporučeným postupem kontaktování linky 158. Linka je propojena s návazným systémem pomoci, který je ihned automaticky aktivován. Telefonátem na linku je založen případ, který musí být vždy prošetřen a je bez prodlení předán příslušným specialistům. Operátor navíc dokáže PLDD přesně nasměrovat tak, aby poskytl potřebné informace. Na linku 158 by měl PLDD volat vždy, kdy pojme důvodné podezření, a to bez ohledu na akutnost situace, tedy např. i v situaci, kdy dítě po vyšetření odešlo z ordinace s rodiči domů.

Před telefonátem by si PLDD měl připravit následující informace: jméno PLDD, adresa a kontaktní údaje (telefon, e-mail), základní informace o dítěti (jméno, bydliště), co dnes zjistil (=důvod podezření), vysvětlení, proč to z pohledu PLDD není v pořádku. Na případné další informace, které bude policie potřebovat, se operátor PLDD zeptá již sám.

V případě, kdy je obava o život či zdraví dítěte akutní, je vhodné poslat rodinu ihned z ordinace na vyšetření do nemocnice nebo k hospitalizaci (a to včetně možnosti využít převoz rychlou záchrannou službou). I v tomto případě je však PLDD nadále povinen podat oznámení na policii (povinnost nepřechází na jiného poskytovatele zdravotních služeb) a může opět využít linku 158, kde upozorní na převoz dítěte do zdravotnického zařízení.

Další možností, kterou lze zvolit, je předání oznámení Policii ČR datovou schránkou nebo osobně. Nikdy oznámení nepodávejte anonymně, protože tím nedojde ke splnění vaší oznamovací povinnosti.

V případech, kdy PLDD vznikne oznamovací povinnost dle trestních předpisů, může lékař také učinit oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí, což je vhodné. Je třeba v tomto případě informovat OSPOD, že oznámení na policii už bylo podáno. Je třeba však zdůraznit, že oznámením na OSPOD neplní PLDD svou oznamovací povinnost podle trestních předpisů, kterou mu ukládá trestní zákoník, tzn. že v těchto případech nepostačuje oznámení na OSPOD. O podání oznámení na policii je třeba vždy učinit zápis do zdravotnické dokumentace dítěte.

Může PLDD obdržet informaci o tom, co bylo po podání oznámení učiněno?

PLDD jako oznamovatel má právo vědět, jak bylo s jeho oznámením naloženo. Pokud chce mít PLDD jistotu, že bude informován o dalším postupu, doporučujeme oznámení podat na linku 158 a poté toto oznámení zaslat také datovou schránkou, kde PLDD výslovně uvede, že žádá, aby byl vyrozuměn o opatřeních. Do které konkrétní datové schránky takové oznámení zaslat, mu sdělí operátor na lince 158. PLDD musí do tohoto oznámení také uvést, že již kontaktoval linku 158. Obecně lze využít např. datovou schránku policejní stanice v místě ordinace PLDD.

Vyrozumění o opatřeních by měl PLDD obdržet i v případech, kdy nebude situace vyhodnocena jako trestný čin.

Jaký je další postup po oznámení?

Pokud není oznámení podáno osobně, bude PLDD po podání oznámení obvykle kontaktován policií a pozván na služebnu, aby učinil svědeckou výpověď. Cílem svědecké výpovědi je poskytnutí detailnějších a doplňujících informací k danému případu. Policie se může dotazovat i na další skutečnosti ohledně dítěte a jeho rodiny. Výpověď PLDD, i v případech, kde je PLDD oznamovatelem, je vždy jednou z mnoha svědeckých výpovědí, které policie shromažďuje. Stejný postup je uplatňován i v případech, kdy je oznamovatelem jiný subjekt než PLDD.

Policejní orgán je oprávněn pro účely trestního řízení a řádného objasnění věci vyžadovat po poskytovateli zdravotních služeb informace týkající se zdravotního stavu konkrétní osoby. V případech dětské oběti se tak většinou děje po předchozím souhlasu zákonného zástupce dítěte nebo opatrovníka: „... aby pro účely trestního řízení poskytovatel zdravotních služeb orgánům činným v trestním řízení sdělil všechny skutečnosti týkající se zdravotního stavu osoby a zároveň umožnil nahlížet, pořizovat si výpisy nebo kopie ze zdravotnické dokumentace osoby“. Tento souhlas bývá přílohou policejní žádosti o poskytnutí informací a jeho zajištění je zodpovědností policie. Tento souhlas kromě zákonného zástupce (rodiče) může poskytnout také opatrovník dítěte (např. OSPOD) nebo soud⁹. Požadované informace jsou závislé na charakteru konkrétní vyšetřované kauzy. Policejní orgán může požadovat poskytnutí informací osobně (předvolání) nebo v podobě výpisu ze zdravotnické dokumentace. V takových případech je vhodné připojit také informace, zda bylo dříve učiněno již nějaké oznámení na OSPOD, a základní fakta o komunikaci a spolupráci s rodiči. Žádost může být PLDD zaslána také datovou schránkou.

V ostatních případech je PLDD povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Co se nepovažuje za porušení povinné mlčenlivosti?

- a) předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb (spolupráce mezi PLDD a dalšími zdravotnickými pracovníky),
- b) sdělování údajů nebo jiných skutečností, je-li poskytovatel zproštěn pacientem, popřípadě zákonným zástupcem pacienta, mlčenlivosti a sděluje-li údaje nebo tyto skutečnosti v rozsahu zproštění,
- c) sdělování, popřípadě oznamování údajů nebo jiných skutečností podle zákona č. 372/2011 Sb., nebo jiných právních předpisů, pokud údaje nebo skutečnosti lze sdělit bez souhlasu pacienta,
- d) sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení – zde je vyžadován souhlas pacienta či souhlas soudu,

⁹ Nejde-li o případ oznamovací povinnosti u trestného činu neoznámení trestného činu či nejedná se o překažení páchaní trestného činu, lze Policii ČR a dalším orgánům činným v trestním řízení podat informace bez souhlasu pacienta pouze se souhlasem soudce. K tomuto blíže úprava v ustanovení § 8 odst. 5 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), dle které, nestanoví-li zvláštní zákon podmínky, za nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce. Pokud pacient nevyjádří souhlas s podáním informace, je možné informace podat pouze na základě souhlasu soudce.

e) za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti překazit nebo oznámit spáchání trestného činu – viz výše detailní úprava.

Na PLDD se dále může v některých případech obrátit také soudní znalec s žádostí o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo žádostí o součinnost, a to i v případech, kdy oznamovatelem byl někdo jiný než PLDD.

Posledním subjektem, který může žádat od PLDD informace o zdravotním stavu dítěte, je opatrovnícký soud (občanskoprávní řízení) nebo trestní soud (trestní řízení). Na rozdíl od trestního řízení není soudce v občanskoprávním řízení oprávněn požadovat bez souhlasu zákonného zástupce údaje o dítěti, které podléhají povinné mlčenlivosti. Proto v této situaci i soudce musí doložit souhlas zákonného zástupce konkrétního pacienta s poskytnutím těchto informací a s uvedením rozsahu, v jakém pacient zprošťuje zdravotnického pracovníka povinné mlčenlivosti¹⁰.

Jak vypadá souhlas pacienta s poskytnutím údajů třetímu subjektu?

Pokud by PLDD obdržel souhlas pacienta s poskytnutím informací komukoliv, je třeba zdůraznit, že vždy by tak mělo být písemně, s jasně uvedenou identifikací pacienta a s konkrétním rozsahem zproštění této povinné mlčenlivosti – zda se zproštění povinné mlčenlivosti vztahuje na veškeré informace uvedené ve zdravotnické dokumentaci, či pouze na informace vztahující se např. k určitému onemocnění či k určitému časovému období anebo informace podstatné např. pro sjednání komerčního pojištění.

3.2. PODEZŘENÍ NA OHROŽENÍ DÍTĚTE A OZNAMOVACÍ POVINNOST

Vedle oznamovací povinnosti podle trestních předpisů je PLDD povinen oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, tedy OSPOD, takové skutečnosti, které nasvědčují tomu, že se do jeho péče dostalo dítě, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana dětí¹¹. V případě, kdy je podezření na týrání, zneužívání dítěte nebo zanedbávání péče o něj (srov. § 53 odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb.), výčet důvodů prolomení mlčenlivosti ze zákona se značně rozšiřuje.

Pokud má PLDD podezření, že je dítě týráno, zneužíváno či zanedbáváno, oznámí to obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností s uvedením okolností, v nichž PLDD ohrožení dítěte spatřuje.

¹⁰ K tomuto blíže úprava v zákoně č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád – ustanovení § 124 – Dokazování je třeba provádět tak, aby byla šetřena povinnost zachovávat mlčenlivost o utajovaných informacích chráněných zvláštním zákonem a jiná zákonem stanovená nebo státem uznávaná povinnost mlčenlivosti. V těchto případech lze provést výslech jen tehdy, jestliže vyslýchaného zprostil povinnosti mlčenlivosti příslušný orgán nebo ten, v jehož zájmu má tuto povinnost; přiměřeně to platí i tam, kde se provádí důkaz jinak než výslechem.

¹¹ Pro lékaře jsou např. relevantní následující části zákona č. 359/1999 Sb.

Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti,

e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;

g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami.

Jak PLDD pozná, že jde o situaci, na kterou se vztahuje oznamovací povinnost?

Ustanovení § 6 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů k tomuto uvádí, že se sociálně-právní ochrana dětí zaměřuje na děti, u nichž výše uvedené skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí. Intenzita a dlouhodobost jsou důležité aspekty, které je třeba brát v úvahu. Vychází se z toho, že nejenom v tuto chvíli ohrožují vývoj dítěte, ale je třeba vzít v úvahu i možnost potenciálního nebezpečí do budoucna. K posouzení dlouhodobosti a intenzity se PLDD opírá o záznamy ve zdravotnické dokumentaci dítěte (*viz čl. 2. Zdravotnická dokumentace*). V případě akutního a přímého ohrožení je však v tomto ohledu jasná výjimka.

Samotné odmítnutí návštěvy ordinace PLDD nemůže být samo o sobě vyhodnoceno jako ohrožené dítě dle § 6 (viz povinné očkování).

Má PLDD právo na informace, co OSPOD po oznámení učinil?

PLDD má podle §10, odst.4 zákona č.359/1999 Sb. právo dozvědět se informaci, zda OSPOD – obecní úřad obce s rozšířenou působností shledal, či neshledal, že jde o dítě, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje. Pro bližší spolupráci mezi PLDD a OSPOD můžeme uvést i informační povinnost OSPOD vůči poskytovateli zdravotních služeb. Na základě ustanovení § 51 odst. 4 písm. e) zákona o sociálněprávní ochraně dětí může OSPOD poskytnout potřebné údaje PLDD. Lékař musí uvést v oznámení, že požaduje zpětnou informaci o tom, jak dítě vyhodnotil. Bez toho OSPOD nemá povinnost informovat o výsledku.

Je třeba zdůraznit, že aby mohl PLDD splnit oznamovací povinnost, není povinen shromažďovat důkazy o zanedbání nebo týrání dítěte, které poté budou použity v případném dalším řízení. Shromažďování důkazních materiálů je povinností dalších zainteresovaných subjektů. Povinností PLDD je řádně vést zdravotnickou dokumentaci dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování¹².

Úlohou lékaře je sledovat zdravý vývoj dítěte a náležitě vést zdravotnickou dokumentaci, skutečnosti plynoucí z těchto aktivit jsou dostatečným podkladem pro naplnění oznamovací povinnosti a není potřeba, aby PLDD shromažďoval další informace od jiných subjektů. Při nesplnění této oznamovací povinnosti může být poskytovateli zdravotních služeb uložena pokuta do výše 50 000 Kč.

Citlivou otázkou bývá obava z toho, že případným splněním oznamovací povinnosti může dojít k „obvinění rodiče“. Podstatou oznamovací povinnosti je ochrana dítěte, především jeho zdravého vývoje. Úkolem PLDD je zajistit, aby se v případě existence podložených skutečností, které svědčí o zanedbávání, týrání nebo zneužívání dítěte, tyto skutečnosti dostaly k orgánům, které jsou oprávněny dítě ochránit. Není jeho úlohou kohokoli obviňovat, obvinění je již úlohou orgánů činných v trestním řízení. PLDD proto v rámci své oznamovací povinnosti předává toliko odpovídající skutečnosti, které při vyšetření dítěte zjistil. Splněním oznamovací

¹² Vedení zdravotnické dokumentace je upraveno v ustanovení § 53 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., a z pohledu poskytování sociálně-právní ochrany dětí tento zákon mimo jiné upravuje, že kromě informací o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb jsou ve zdravotnické dokumentaci vedeny informace i o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb. Jsou v ní vedeny informace zjištěné z rodinné, osobní a pracovní anamnézy pacienta, a je-li to důvodné, též údaje ze sociální anamnézy. Proto zápis ve zdravotnické dokumentaci o sociálních aspektech má nezastupitelné místo. Na rozdíl od sociálních pracovníků OSPOD však PLDD není oprávněn vést oddělenou složku zdravotnické dokumentace a neumožnit do ní přístup oprávněným osobám, např. rodičům nezletilého dítěte.

povinnosti se proto rozumí čistě posouzení zdravotního stavu dítěte s poukazem na možné ohrožení dítěte. Naopak PLDD se musí vyvarovat nepodložených obvinění a hodnotových soudů, které nejsou předmětem oznamovací povinnosti.

Příklad: PLDD může oznámit, že při vyšetření mělo dítě opakovaně modřiny na ruku a nohou, které odpovídají spoutání dítěte. Matka, která byla při vyšetření přítomna, nebyla PLDD schopna na jeho přímý dotaz původ modřin objasnit, uvedla výslovně, že o tom, jak k modřinám dítě přišlo, nic neví. PLDD však nesmí oznámit, že oznamuje týrání dítěte matkou, protože je to úplně jasné, že dítě doma poutá matka, protože to nebyla schopna vysvětlit.

Možné aktuální ohrožení dítěte či ohrožení potenciální v budoucnu posoudí další zainteresovaní odborníci, kteří na základě prvotního podnětu od PLDD dále hodnotí míru ohrožení.

Kam podat oznámení na OSPOD?

Oznámit tyto skutečnosti je potřeba bez zbytečného odkladu poté, co se o nich poskytovatel zdravotních služeb dozví. **Aktivní oznamovací povinnost tedy směřuje k oznámení totožnosti konkrétního dítěte, kterému by měla být poskytnuta sociálně-právní ochrana dětí.**

Sociální pracovníci, kterým se takové případy oznamují, působí na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností (v rámci Prahy a dalších statutárních měst se jedná o úřady jednotlivých městských částí), obvykle na odborech sociálních věcí, v odděleních sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). PLDD se primárně obrací na OSPOD, který je místně příslušným úřadem podle místa trvalého pobytu dítěte. Pokud PLDD trvalé bydliště nezná, obrací se na OSPOD, v jehož správním obvodu poskytuje zdravotní služby. OSPOD podle místa trvalého pobytu je koordinátorem případu a zodpovědným orgánem za výkon SPOD.

V případě situace akutního ohrožení dítěte lze zaslat oznámení nejen OSPOD podle trvalého bydliště, ale příslušnému OSPOD, v jehož obvodu má PLDD ordinaci.

Jakou formou podat oznámení?

Podle zákona může PLDD podat oznámení libovolnou formou, avšak nejvhodnější formou je písemné oznámení v elektronické nebo papírové podobě. Na základě takového oznámení může OSPOD ihned začít jednat, v opačném případě musí nejdříve OSPOD potřebné dokumenty ve spolupráci s PLDD připravit. Pokud se oznámení podává v elektronické podobě, je zapotřebí jej podat pomocí datové schránky příslušného úřadu. Zaslání e-mailu je hodnoceno jako nepřípustné vzhledem k pravidlům GDPR. Pokud PLDD podá oznámení v papírové podobě, může jej osobně doručit na podatelnu úřadu nebo zaslat poštou.

Pro urychlení konání OSPOD může PLDD po podání oznámení o tomto oznámení informovat OSPOD také telefonicky. Samo o sobě je telefonické oznámení však nedostatečné. Skutečnost o podání oznámení na OSPOD musí PLDD zaznamenat do zdravotnické dokumentace (*viz čl. 2. Zdravotnická dokumentace*).

Lze oznámení učinit anonymně?

Dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí je každý, komu v tom nebrání zákonem uložená nebo uznaná povinnost mlčenlivosti, oprávněn upozornit OSPOD na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti. Pokud by oznamovatelem byla osoba, která nemá specifickou oznamovací povinnost – viz oznamovací povinnost lékaře, bylo by možné oznámení učinit i anonymně. V případech plnění oznamovací povinnosti lékařem dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí to však není možné, neboť by lékař nemohl prokázat, že oznamovací povinnost uloženou tímto zákonem splnil. Proto pokud PLDD plní oznamovací povinnost dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí, je třeba toto oznámení učinit písemně, aby bylo zřejmé, že tuto svoji povinnost splnil.

Může být PLDD nařčen z křivého obvinění?

Lékaři se mnohdy zdráhají sdělovat informace o dětských pacientech z obavy, že by původně zvažované známky týrání, zneužívání či zanedbávání mohly být posléze vyhodnoceny jako zranění, která nebyla zaviněna jednáním další osoby, či že se může jednat o projevy nově diagnostikovaného onemocnění dítěte (např. porucha srážlivosti krve, projev metabolického onemocnění, sebepoškozování dítěte apod.), a lékaři by pak mohli čelit případnému postihu za porušení mlčenlivosti, nebo dokonce i za spáchání trestného činu křivého obvinění.

Především trestného činu křivého obvinění se dopustí ten, kdo jiného lživě obviní z trestného činu či kdo jiného lživě obviní z trestného činu v úmyslu přivodit jeho trestní stíhání. Lékař by se tedy tohoto trestného činu musel dopustit úmyslně. Neboli trestného činu křivého obvinění by se dopustil takový lékař, který by skutečnosti o týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte záměrně vyfabuloval s cílem, aby zajistil obvinění osoby, na kterou by poukázal. Pokud PLDD oznámí pravdivé skutečnosti, z nichž vyplývá podezření na to, že je dítě zanedbané, týrané nebo zneužívané, znaky trestného činu křivého obvinění nenaplňuje. Podstatné je, že skutečnosti, které PLDD uvádí, jsou pravdivé, nikoli to, zda se následně potvrdí, že tyto skutečnosti byly důsledkem týrání, zneužívání nebo zanedbávání. Vezmeme-li proto např. výše uvedený příklad, pak pokud PLDD zjistí při vyšetření na těle dítěte modřiny, které reálně existují a mohly by být důsledkem týrání dítěte, pak PLDD, který takové oznámení učiní, postih za křivé obvinění nehrozí, i pokud se následně ukáže, že dítě trpí poruchou srážlivosti krve, neboť učinil oznámení založené na pravdivých skutečnostech s cílem splnit svou oznamovací povinnost a dítě ochránit.

Lze tedy uzavřít, že zákon o sociálně-právní ochraně dětí uvádí už samotné podezření na týrání či zanedbávání jako dostatečný důvod k oznamovací povinnosti. Pokud PLDD měl toto podezření na základě vyhodnocení subjektivních a objektivních skutečností v době vyšetření dítěte a toto je náležitě zdokumentováno ve zdravotnické dokumentaci, nelze v plnění oznamovací povinnosti spatřovat křivé obvinění.

Jaké informace má oznámení na OSPOD obsahovat?

Samo oznámení musí v úvodní části obsahovat informaci, že jde o oznámení podle zákona č. 359/1999 Sb. (viz Příloha č. 3 – *Žádost o prošetření podle § 10 zákona č. 359/1999 Sb.*). Dále je zapotřebí uvést identifikační údaje PLDD (jméno a příjmení, adresa ordinace, telefon, popř. e-mail) a identifikační údaje dítěte (jméno a příjmení, datum narození, trvalé a faktické bydliště, jména rodičů, pokud všechny tyto údaje zná), žádoucí je přidat také informaci, zda žijí v rodině další děti. Stejnějná částí oznámení je popis aktuálního zdravotního, popř. psychického stavu dítěte. PLDD by měl uvést skutečnosti, které ho vedou k názoru, že dítě může

být ohroženo na svém zdravém vývoji týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním, může jít jak o aktuální stav dítěte, tak o kumulaci historicky zaznamenaných situací (dlouhodobé a opakované události méně závažného charakteru, které kumulativně mohou ohrožovat dítě). PLDD neoznamuje chování rodiče směrem k dítěti, ale objektivní skutečnosti, které mohou ohrožovat zdravý vývoj dítěte z lékařského pohledu a zakládají podezření na týráním, zneužívání nebo zanedbávání. Ke zdokumentování skutečností by měl využívat citace ze zdravotnické dokumentace, popř. lékařských zpráv specialistů, kteří dítě vyšetřili.

Z důvodu povinnosti mlčenlivosti se PLDD v oznamovací povinnosti soustředí pouze na skutečnosti, které zakládají podezření na ohrožení dítěte zanedbáváním, týráním nebo zneužíváním.

Jaké povinnosti dle GDPR má PLDD?

PLDD a OSPOD shromažďují a zpracovávají osobní údaje nezletilých dětí na základě zákonné úpravy. Právním titulem pro toto zpracování je povinnost uložená na základě právního předpisu. Proto PLDD nevyžaduje od rodičů nezletilých dětí souhlas se zpracováním osobních údajů ve zdravotnické dokumentaci. Při spolupráci s OSPOD PLDD postupuje v souladu s obecnou právní úpravou upravující ochranu osobních údajů, není k plnění oznamovací povinnosti vyžadován žádný souhlas se zpracováním osobních údajů.

PLDD má právo jako oznamovatel dozvědět se informaci, zda OSPOD shledal, či neshledal, že je dítě ohrožené. Toto právo je zakotveno v § 10 zákona č. 359/1999 Sb.¹³ Proto doporučujeme PLDD, aby požádali OSPOD o informaci ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy OSPOD oznámení obdržel, zda dítě shledal či neshledal dítětem dle § 6 zákona č. 359/1999 Sb., na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje. Je však nutné o tuto informaci požádat již v rámci oznámení (*viz Příloha č. 3 – Žádost o prošetření podle §10 zákona č. 359/1999 Sb.*).

Pokud je dítě shledáno ohroženým, pak obvykle OSPOD zahájí další komunikaci s PLDD v rámci následujících kroků. PLDD může být také přizván na případovou konferenci (*viz čl. 3.3. Další spolupráce PLDD a OSPOD*). Při podání oznámení je PLDD zproštěn povinností zachovat mlčenlivost podle jiných právních předpisů.

Má PLDD informovat rodiče o podání oznámení na OSPOD?

Rodiče je vhodné o podání oznámení na OSPOD informovat. Jde v tomto případě o krok, který musí PLDD udělat na základě oznamovací povinnosti bez ohledu na vůli rodičů. Je třeba rodiče informovat, že z lékařského pohledu je stav dítěte vyhodnocen jako ohrožující jeho zdravý vývoj, tedy vzniká oznamovací povinnost. Není na libovůli PLDD, zda oznámení zaslat či nikoli.

¹³ Znění §10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb.: „Státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti, jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6, a to bez zbytečného odkladu poté, kdy se o takové skutečnosti dozví. Pokud o to ten, kdo učinil oznámení podle věty první, požádá, obecní úřad obce s rozšířenou působností ho informuje ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy oznámení obdržel, zda na základě skutečností uvedených v oznámení shledal či neshledal, že jde o dítě uvedené v § 6. Zřizovatel zařízení uvedeného v § 39 odst. 1 písm. c) má při přijetí dítěte do zařízení povinnost tuto skutečnost ohlásit bez zbytečného odkladu obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož správním obvodu má dítě trvalý pobyt, a není-li tento pobyt znám, obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož správním obvodu se nachází zařízení, do kterého bylo dítě přijato. Při plnění povinností podle věty první a třetí se nelze dovolávat povinnosti zachovat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu.“

Pokud rodič odmítá povinné očkování dítěte, týká se to oznamovací povinnosti PLDD?

Dítě neočkované z důvodu odmítnutí zákonných zástupců není považované za dítě, na které se sociálně-právní ochrana dětí zejména zaměřuje. K neočkování a jeho odmítnutí by musela přistoupit další sociální skutečnost, kdy bychom takové dítě mohli považovat za zanedbávané, a tudíž by mu byla poskytnuta sociálně-právní ochrana dětí.

3.3. DALŠÍ SPOLUPRÁCE PLDD A OSPOD

PLDD se ve své praxi setkává i s dalšími situacemi, kdy vstupuje do kontaktu s OSPOD. Sociální pracovníci OSPOD řeší situace, kdy potřebují od PLDD informace o dětech, na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana dětí.

PLDD předávají informace OSPOD ve formě písemné zprávy. Je možné, aby PLDD také zavolal OSPOD a sdělil jim informace telefonicky, tyto informace by však poté měl neprodleně zaslat i ve formě písemné zprávy.

Na výzvu orgánu sociálně-právní ochrany dětí jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni sdělit bezplatně údaje potřebné pro poskytnutí sociálně-právní ochrany. Je výslovně uvedeno, že povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zákona o zdravotních službách se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání nebo ze zanedbávání péče o dítě. Jedině tak může OSPOD preventivně zasáhnout a poskytnout dítěti adekvátní ochranu. PLDD poskytuje OSPOD informace o zdravotním stavu dítěte ve formě výpisu ze zdravotnické dokumentace, kopie zdravotnické dokumentace či zprávy o poskytnutých zdravotních službách¹⁴. OSPOD informace o zdravotním stavu dítěte potřebuje jako součást vyhodnocení potřeb dítěte. Na základě tohoto vyhodnocení se potom rozhoduje o dalším postupu směrem k dítěti a jeho rodině. Vyjádření PLDD je proto v tomto ohledu velmi důležité.

Lze předpokládat, že ve chvíli, kdy OSPOD vyzývá poskytovatele zdravotních služeb ke sdělení informací, má již o potřebách dítěte určité indicie (např. z MŠ či ZŠ, od sousedů či dalších subjektů) a dotazem u PLDD si ověřuje skutečnosti i po medicínské stránce.

Pro úplnost dodejme, že nedodržení této zákonné povinnosti je dle zákona č. 359/1999 Sb. a jednotlivých paragrafů sankcionováno pokutou do výše 50 000 Kč.

Co jsou případové konference organizované OSPOD?

Jako jeden z nejefektivnějších způsobů, jak postupovat koordinovaně a efektivně v zájmu ohroženého dítěte, obzvláště v komplikovaných či naléhavých případech, je institut případové konference. Je ukotven v zákoně č. 359/1999 Sb.¹⁵

Jedná se o formu případové sociální práce a mezioborové spolupráce, jejímž cílem je aktivovat rodinu dítěte a hledat řešení nepříznivé situace dítěte nebo rodiny. Případová konference umožňuje koordinaci plánovaných kroků směrem k rodině a dítěti, a to s ohledem na nejlepší zájem dítěte.

¹⁴ Bližší úpravu nalezneme v příloze č. 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., upravující minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace.

¹⁵ § 51 odst. 1, 3, 4 a 5, § 53 odst. 1, 2 a 3, § 57 odst. 1, 2, 3, § 10 odst. 4 až 7, § 10a odst. 1, § 7 odst. 2, § 8 odst. 2 a 3, § 29 odst. 3, 4, 5 a 6, § 42 odst. 9, § 38 odst. 2, 5 a 6.

Případová konference může být také příležitostí pro provedení strukturovaného vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny s cílem nalézt optimální řešení. [86] Účastníky případové konference mohou být všichni, kdo ze zákona mají právo nebo povinnosti vystupovat k ochraně a zájmu dítěte. I při účasti na případové konferenci je třeba respektovat zákonem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti. Samotná účast na konferenci tuto neprolamuje, proto u osob, které povinnost mlčenlivosti mají, je třeba, aby je jejich klienti této povinnosti zprostili.

Případovou konferenci svolává OSPOD (v souvislosti se zákonem č. 359/1999 Sb.) nebo (mimo zákon č. 359/1999 Sb.) organizace, která pracuje v záchranné síti dítěte, např. škola, ZDVOP, PLDD, policie atd. Z případové konference se sepisuje protokol nebo zápis, který je součástí spisové dokumentace vedené příslušným OSPOD. Všichni účastníci případové konference jsou vázáni mlčenlivostí o jejím obsahu.

3.4. SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY PŘI PODEZŘENÍ

Jak již bylo řečeno výše, zodpovědností PLDD není sbírat důkazy o ohrožení dítěte, na druhou stranu je však jeho zodpovědností vyloučit přirozené příčiny nežádoucího zdravotního stavu dítěte (např. onemocnění, vývojová vada). K tomu může využít spolupráci s dalšími odbornostmi.

1. Poskytovatelé zdravotních služeb

Dle platné právní úpravy má PLDD povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, kterou se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Pokud jsou tyto podmínky splněny, jedná se o správný odborný postup tzv. dle lege artis. Proto je PLDD oprávněn požadovat provedení vyšetření, která mají za cíl rozptýlit podezření na týrání či zneužívání dítěte. Takto indikovaná vyšetření není možné považovat za postup non lege artis, byť by na základě výsledku provedeného vyšetření byl učiněn závěr vyvracející podezření na týrání či zneužívání dítěte.

Navíc, pokud není příčina nalezené patologie či příznaků jasná, je nutné vyloučit jinou příčinu, medicínskou či psychosomatické onemocnění, které nemusí být přímo kvalifikováno jako týrání dítěte. Stejně tak, především v případě oblasti zanedbávání, může být příčinou potíží vrozená vada, poruchy v příjmu potravy aj.

Mezi odbornosti, na které se PLDD může například obrátit s žádostí o další vyšetření, patří především:

- Dětská radiologie – žádost o provedení kostního protokolu při podezření na fyzické týrání;
- Dětská gynekologie – při podezření na sexuální zneužívání dívek;
- Dětská proktologie – při podezření na sexuální zneužívání chlapců;
- Dětská urologie – při podezření na sexuální zneužívání dětí;
- Klinická psychologie – ve všech případech týrání a zneužívání dětí;
- Dětská psychiatrie.

2. Další služby

Podporu dětem a ohroženým rodinám poskytují i neziskové organizace. Může se jednat o organizace, které pracují v rámci pověření k sociálně-právní ochraně dětí a poskytují ohroženým dětem a jejich rodičům odborné poradenství, terapii nebo sociální služby zaměřené na tuto problematiku. Dále jde o registrované poskytovatele sociálních služeb, popř. o psychology činné na základě živnostenského oprávnění.

Nejčastěji se jedná o krizová centra pro děti i dospělé. Jejich přehlednou mapu má na svých stránkách zpracovanou Asociace poskytovatelů krizové pomoci <https://pomoc-v-krizi.asociacepkp.cz/>. Krizová pomoc může být poskytována telefonicky, osobně či terénní formou, kdy krizový intervenent vyjíždí přímo za klientem. Krizová intervence je zaměřena na řešení krizové situace, které byl klient vystaven a stabilizaci jeho psychického stavu. Zpravidla probíhá v 5–12 sezeních. Navazovat na ni mohou jiné formy pomoci. Poskytují ji psychologové a proškolení krizoví intervenenti. V některých případech krizová centra nabízejí i možnost okamžitého ubytování pro rodinu v krizi, např. v případech domácího násilí.

Pomoc osobám ohroženým domácím násilím poskytují intervenční centra. V každém kraji je ze zákona povinně zřízeno nejméně jedno takové centrum. Jejich přehled lze najít na stránkách APIC (Asociace pracovníků intervenčních center) www.domaci-nasili.cz.

Některá z nich pracují i s dětmi ohroženými domácím násilím. Přehled specializovaných služeb pro děti ohrožené domácím násilím lze najít na stránkách www.detstvibeznasili.cz.

Rodiče v jejich rodičovských kompetencích mohou podpořit služby registrované v rámci poradenství či tzv. sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, které přímo pomáhají rodinám zvládat péči o děti a domácnost v jejich rodinách. Jejich přehled pro daný kraj obsahuje registr sociálních služeb dostupný na <http://iregistr.mpsv.cz/>. Důležitou úlohu mohou hrát i střediska výchovné péče pro děti a mládež (SVP).

Vhodnou metodou, která umí předcházet nevhodnému zacházení s dětmi, zejména křiku a bití pramenícímu z rodičovské bezradnosti, je metoda videotréninku interakcí. Přehled interventů pracujících touto metodou lze najít na stránkách profesní organizace SPIN www.spin-vti.cz/praxe-vti-v-cr/najdi-si-vti-trenera.

Psychologickou pomoc a podporu rodinám poskytují také rodinné poradny (zdarma) a někteří psychologové v soukromých praxích (zdarma nebo za úhradu).

Pokud se o dítě nemohou postarat rodiče sami, může být umístěno do péče příbuzných nebo blízkých osob, do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) nebo do přechodné pěstounské péče nebo do ústavního zařízení. Cílem by měl být návrat dítěte do rodiny. O umístění do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) může požádat i dítě samo. Stejně tak může dítě samo, i bez rodičů, požádat o pomoc v krizovém centru či přímo na OSPOD či na Policii ČR.

Dítě má rovněž podle zákona o zvláštních řízeních soudních možnost požádat o vykázní násilné osoby ze společné domácnosti. Za dítě mladší 16 let tento úkon provádí zákonný zástupce nebo OSPOD, mladistvý starší 16 let může takovýto návrh podat sám. Ve všech těchto případech je nutná součinnost OSPOD.

O přesné působnosti sociálních i návazných služeb v daném kraji je povinný vést přehled krajský úřad odpovědný za jejich plánování a dobrou dostupnost. Zpravidla lze adresář těchto služeb najít na webu krajských či obecních úřadů v sekci komunitní plánování. Přehlednou mapu služeb pro ohrožené děti poskytuje i web **www.ohrozenedite.cz**.

Dětem, které jsou v krizi, lze prioritně nabízet služby:

- Linka bezpečí – www.linkabezpeci.cz (krizová telefonická i chatová linka, poradna pro rodiče);
- Linka DKC – www.ditekrize.cz (krizová telefonická i chatová linka, poradna pro rodiče a odborníky);
- Centrum LOCIKA – www.centrumlocika.cz, www.detstvibeznasili.cz (specializovaný chat pro děti ohrožené násilím, mailové a telefonické poradenství pro rodiče i odborníky).

Čl. 4

KOMUNIKACE S RODIČI

Není pochyb o tom, že naprostá většina PLDD ovládá umění komunikace s dětmi i jejich rodiči velmi dobře. Náročnost vhodné komunikace, která zohledňuje nejen (především psychický) vývojový stupeň dítěte, ale také jeho emoční ladění, které je podmíněno zdravotním stavem, jež ho také ovlivňuje, i celkovou situaci v kontextu jeho rodiny, značně kolísá a nezáleží jen na délce praxe PLDD, jeho znalostech a dovednostech, ale i na jeho osobnosti. Podezření na týrání či zneužívání dítěte, natož přímá konfrontace s jejich následky, je vždy zátěžovou situací a dosavadní komunikační dovednosti se mohou ukázat jako neadekvátní a v konkrétní situaci i selhat. Velkou výhodou může být již dobře navázaný kontakt, který zahrnuje především důvěru rodičů a důvěru dítěte v PLDD. Tato důvěra je však obvykle snadno narušitelná, cítí-li se jedna ze stran komunikace (tj. dítě, rodič i lékař) v ohrožení.

PLDD má vždy možnost konzultovat své postupy nejen s kolegy, ale i s odborníky jiných profesí v rámci multidisciplinarity. Takovým odborníkem je například psycholog nebo sociální pracovník – kdy v této fázi se ještě zdaleka nemusí jednat o oznámení, ale skutečně o pouhou konzultaci. Řadu informací mohou poskytnout i pracovníci linek důvěry, kterých je v současnosti po celé ČR široká síť. Na linkách důvěry lze navíc konzultovat i zcela anonymně.

4.1. OBECNÁ KOMUNIKACE

Práce PLDD je založena na dlouhodobém vztahu s rodinou. V tomto dlouhodobém vztahu je nutné **především budovat a stále vytvářet pocit jistoty a bezpečí**, jde o systematickou práci na budování důvěry mezi rodinou a PLDD. V budování vztahu s rodinou mohou PLDD pomoci i techniky rozvíjející komunikaci, základem je vždy projevený zájem lékaře o dítě a jeho dobrou prosperitu.

Důležitý je již **první dojem**, který rodiče získají při vstupu do čekárny a ordinace. V prostředí čekárny mají možnost se v klidu rozhlédnout a utvořit si obrázek podle toho, co je v ní umístěno (u plakátů a nástěnek nevybírejte materiály, které jsou postaveny na „strašení rodičů“, např. ve smyslu ukázek ohrožujících situací s fotografií dítěte).

Jde nejen o příjemnou atmosféru a čistotu prostor, ale také o informace a způsob, jakým jsou v čekárně prezentovány. Co je naopak vyhovující, je např. upozorňování na vhodné výchovné postupy – letáčky zaměřené na výchovu (četné jsou např. pro děti s ADHD – kde také rodiče často sahají k nevhodnému trestání) či odkazy na vhodnou literaturu (např. Po dobrém, nebo po zlém?, od známého českého psychologa prof. Z. Matějčka). [87]

Budování důvěry stojí především na osobní komunikaci PLDD s rodičem. **Vhodná je mírně pozitivní neverbální komunikace** – tedy mírný úsměv, vlídný tón hlasu a vstřícná gesta.

Pro prevenci je nanejvýš nevhodné rodiči i jen náznakem vyhrožovat („Kdybyste dítě trestali... kdyby mělo modřiny... Netrestáte dítě?... Musel/a bych to ohlásit... Měl/a jsem případ, kdy rodiče dítě týrali...“). Vhodné je naopak sdělovat, že fyzické tresty nejsou v současnosti přijatelné, i když do výchovy patří jak odměny, tak tresty, pozitivní stimulace je ale účinnější. Tresty (a to jak v rovině fyzické, tak psychické) by měly být pro dítě srozumitelné a přiměřené – jak říkával pan profesor Zdeněk Matějček: „... v pravý čas, přiměřeně a s láskou“. **Pozitivní motivace je vždy mnohem účinnější nežli negativní!** Rodiče samotné často nenapadá řešení nebo z něj mají obavy, je pro ně obtížně přijatelné (návštěva psychologa, pedagogicko-psychologické poradny), a jestliže PLDD vhodně návrh formuluje, je pro ně přijatelnější. PLDD může například rodiči sdělovat: „Jste dobrá matka, a tak jistě dojdete k psychologovi... lékaři...“ nebo „Vím, že máte zájem o to, aby se vašemu dítěti dobře vedlo, tak... Chápu, že výchova je někdy těžká, ale protože vy máte zájem, tak můžete udělat/zkusit...“.

4.2. KOMUNIKACE V PŘÍPADĚ PODEZŘENÍ

V okamžiku, kdy PLDD identifikuje, že zdravotní stav dítěte může naznačovat nevhodné zacházení s dítětem, je potřeba zdravotní stav a příčiny tohoto stavu řádně zmapovat. K takovému zmapování by měl PLDD použít otevřené otázky, nejvhodnější jsou ty, které začínají slovy „jak, jaký, co, kdy“. Např.: „Jak se stalo, že dítě má tuhle modřinu? Co se přihodilo? Jak upadl? Na co přesně upadl, jak to vypadalo?“ Nikdy není vhodné začínat zjišťování dotazem: „Kdo ti to udělal?“.

Je-li dítě schopno verbalizace, pak by měl PLDD nechat nejdříve odpovídat dítě a rodiče nechat výpověď dítěte doplnit. Jestliže dítě není schopné samostatné verbalizace, je dotazován rodič. PLDD může i rodiče požádat, aby mu v čekárně popsal do formuláře vznik úrazu, a tento formulář poté založit do zdravotnické dokumentace dítěte. Čas, který rodič stráví v čekárně, může PLDD využít pro rozhovor s dítětem. Neochotu rodiče nechat dítě, které je schopné verbalizace, o samotě s PLDD, lze chápat i jako úzkost a vázanost rodiče na dítě – nelze z ní tedy jednoznačně usuzovat na to, že se rodič dopouští nevhodného zacházení vůči dítěti!

Důležité je také sledovat, jak se dítě během rozhovoru, ať za účasti, nebo neúčasti rodiče, projevuje, např. zvýší se při nějaké otázce jeho motorický neklid? Má nějaké projevy ve smyslu zvýšení rozpaků, sleduje úzkostně reakce rodiče na jeho odpovědi? Zrudne, má slzy v očích, dívá se směrem k doprovázející osobě...? Je vhodné toto pozorování zapsat i do zdravotnické dokumentace. (Může to být také důležité i pro pozdější zprávy vyžádané např. soudy či policií.)

O tom, zda je nutné, aby u rozhovoru PLDD s dítětem byli i rodiče, je zmínka výše (viz čl. 2. Zdravotnická dokumentace). To, zda je dítě v ordinaci samotné, nebo s rodičem, by měl být schopen zajistit PLDD – schopnost být chvíli bez rodičů mimo jiné napovídá i o sociální vyspělosti dítěte. PLDD může doprovázejícímu rodiči sdělit: „Počkejte, prosím, chvíli

v čekárně.“, či zcela reálně: „Teď potřebuji, abyste chvíli počkal v čekárně.“, a je přitom vhodné vstát a rodiče vybídnout i neverbálně (např. pokynem ruky, pár kroky ke dveřím) k odchodu z ordinace.

Rozhovor PLDD s dítětem nebo rodičem by se nikdy neměl odehrávat jako výslech. Výslech, tedy opakované otázky a případně zpochybňování odpovědí, zjišťování věrohodnosti či bagatelizace výpovědi dítěte, je v ordinaci PLDD zcela nevhodný. Stejně tak by PLDD neměl přistoupit ke konfrontaci rodičů. Důsledkem konfrontace může být často skrytější týrání či přehlášení dítěte k jinému PLDD, a faktická pomoc dítěti je pak značně problematická. Výslech (včetně zjišťování věrohodnosti) je v kompetenci institucí, které jsou k tomu určeny a jejichž pracovníci jsou k tomu speciálně vyškoleni, např. v případě Policie ČR jde o specialisty práce s dětmi a mládeží. Policie ČR má kromě proškolených odborníků již i řadu let speciální výslechové místnosti pro děti a zvláště zranitelné oběti trestných činů (mezi které týrání, zneužívání a zanedbávání dětí patří). PLDD by proto nikdy neměl provádět výslech dítěte nebo rodiče.

Smyslem rozhovoru PLDD s dítětem a rodičem je zjistit informace, které souvisejí se vznikem poranění nebo které souvisejí s průběhem zdravotních projevů, např. psychosomatické problémy. Na původ modřin či škrábanců, natož popálenin by se měl PLDD ptát vždy.

Cíl rozhovoru se liší podle dané situace, protože se snažíte zjistit vždy jiné informace. Aktuální zdravotní stav dítěte může souviset s následky nepřiměřeného fyzického trestání (modřiny, spáleniny, škrábance, řezné rány a jizvy po nich). Při podezření se také ptejte na změny v projevech dítěte, především v jeho emocionalitě. Dotazujte se také na vysvětlení vzniku úrazu. Všimněte si v případě opakovaných zdravotních problémů, jaká vysvětlení rodič nabízí, jsou vágní nebo nevěrohodná (např. odpovědi na dotazy po vzniku poranění „Nevím.“, „Nevšiml jsem si.“ či „Modřiny se mu/jí dělají snadno.“). Mezi zjevné varovné signály psychické nepohody i v souvislosti s psychickým týráním jsou stopy po sebepoškozování. I v těchto případech se doptávejte na širší souvislosti a podmínky v rodině.

Podle současné legislativy není PLDD oprávněn zjišťovat informace o dítěti od jiných subjektů, tato role v našem systému patří OSPOD. Jedná se především o vznášení dotazů směrem ke škole nebo školce dítěte. To ovšem předpokládá, že OSPOD má znalost o tom, že se něco dítěti děje – a jestliže toto podezření či znaky (viz čl. 1.6.1. *Podkožní hematomy*) PLDD již zaznamenal, měl by OSPOD upozornit.

Důležité je připomenout: Jestliže se dítě již následně do ordinace nedostaví, měl by PLDD své podezření oznámit vždy!

Když PLDD po vyšetření dítěte a rozhovoru s dítětem a rodičem učiní závěr, že je dítě akutně nebo chronicky ohroženo ve svém zdravém vývoji, vztahuje se na tuto situaci oznamovací povinnost (viz čl. 3. *Oznamovací povinnost PLDD*). Při oznámení OSPOD, ale i Policii ČR či státnímu zastupitelství je nutné uvést kromě jména a adresy dítěte důvod (např. Dne ... jsem zjistil u dítěte zranění, které nasvědčuje tomu, že bylo dítěti způsobeno další osobou / zanedbáním péče...), více (viz Příloha č. 3 – *Žádost o prošetření podle § 10 zákona č. 359/1999 Sb. nebo viz Příloha č. 4 – Trestní oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu*).

Informovat rodiče, u kterého nemůžeme vyloučit, že je aktérem týrání, o tom, že věc nahlásíme Policii ČR, je zcela nevhodné, protože tím můžeme ještě více ohrozit dítě. To, že se na PLDD bude rodič zlobit, sice nelze vyloučit, ale to by měl lékař unést, stejně jako zvládá i jiné nespokojenosti některých rodičů s různými úkony.

Na případnou nespokojenost rodičů s tím, že PLDD své podezření oznámil, je nejvhodnější **reagovat pravdivě** – PLDD má povinnost při nestandardním stavu dítěte situaci oznámit. Další vyšetřování není v jeho kompetenci, zdravotní péče ano – a o té je vhodné komunikovat standardně.

Na dotazy typu: „Paní doktorko, dozvěděli jsme se, že jste udala Novákovy, je to pravda?“ je nejlépe reagovat asertivně, ale slušně: „Plním svoje povinnosti.“, případně odpověď opakovat a dál nereagovat a neposkytovat žádné další informace. Stejná reakce je nejvhodnější i při pokusech některých rodičů (agresivních, násilných, „vlivných“) o zastrašování či vyhrožování lékaři.

Je také **nutné neslibovat** nikdy rodičům ani dítěti, že informace, které se PLDD dozví, nikomu nesdělí, a to ani v situaci, kdy toto dítě či rodič vyžadují (např.: To nemohu slíbit, protože jinak nemůžu pomoci, budu rád/a, když mi to řekneš...). Ustrašený, nejistý, váhající lékař dítěti nepomůže a reputace PLDD neklesne, jestliže dojde k tomu, že chrání dítě!

Jestliže má PLDD obavy, že jeho hlášení bude rodič chápat jako „bonzování“ a ohlašovací povinnost nesplní, tak nejenže neochrání dítě, ale ohrožuje i sám sebe (viz platná právní úprava). Rozhodně nelze předpokládat, že týrající rodič změní své chování k dítěti jen proto, že ho PLDD bude informovat o své ohlašovací povinnosti.

Je OSPOD povinen zachovat mlčenlivost o oznamovateli?

Není povinností OSPOD aktivně sdělovat, kdo je oznamovatelem skutečností dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí – k tomuto blíže úprava výše (viz čl. 3. *Oznamovací povinnost PLDD*). Na přímý dotaz rodiče, kdo oznámení učinil a proč se provádí např. sociální šetření však OSPOD informuje rodiče, že lékař tímto oznámením splnil zákonnou povinnost.

Uvedme, že dle ustanovení § 57 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí mají zaměstnanci OSPOD povinnost zachovávat mlčenlivost o osobě, která upozornila OSPOD na porušení povinností či zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti. Toto může učinit každá fyzická osoba (např. soused, příbuzná osoba), je jí tak dána možnost učinit oznámení. Tato fyzická osoba na rozdíl od PLDD nemá zákonnou oznamovací povinnost při podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte.

Naopak ustanovení § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., upravuje plnění oznamovací povinnosti PLDD – k tomuto více úprava výše (viz čl. 3. *Oznamovací povinnost PLDD*). Obsah takového oznámení nepodléhá mlčenlivosti OSPOD vůči osobám, které mají právo nahlížet do spisové dokumentace vedené OSPOD o nezletilém dítěti. Rovněž tak nepodléhá mlčenlivosti OSPOD informace o osobě oznamovatele. K těmto informacím se vztahuje pouze obecná povinnost mlčenlivosti OSPOD vůči třetím osobám.

4.3. KOMUNIKACE V PŘÍPADĚ ROZVODOVÝCH A VZTAHOVÝCH KONFLIKTŮ RODIČŮ

V situaci konfliktů rodičů je nanejvýš vhodné **nenechat se zatáhnout do koalice s jedním z rodičů** – a v případě předrozvodových, rozvodových i porozvodových sporů o děti (resp. v současné době také v situaci rozchodu rodičů dětí z nesezdaného vztahu) to platí o to víc. PLDD, v jehož péči dítě je, má zohlednit zájmy dítěte – tedy je vhodné komunikovat s tím, že dítě potřebuje oba rodiče (výjimkou je rodič dítěti reálně škodící v jeho vývoji) a ohledně problémů ve vztazích rodičů jsou jiní odborníci (nejčastěji profese rodinných poradců, psychologové). Pokud rodič projeví ochotu o vztazích v rodině komunikovat, měl by PLDD rodiče k případné konzultaci s těmito odborníky motivovat.

Je ale vhodné rodiče upozornit, že každé dítě vnímá atmosféru v rodině, stejně jako emoční stav a náladu svého rodiče, a je nutné dítě chránit. Jestliže je dítě vystavováno strachu a psychické nepohodě, může se jednat o psychické týrání.

Někteří rodiče žádají pro soudní účely zprávy od lékaře – PLDD by měl věcně popsat zdravotní stav dítěte a nevynechat to, s kým dítě obvykle přichází do ordinace, s kým PLDD jedná, a explicitně napsat, s kým nejednal! Odolat manipulaci je pro některé PLDD obtížné, ale nechá-li se ovlivnit, aby „měl pokoj“, situace se mu s vysokou pravděpodobností vymstí i tím, že po něm budou vyžadovány další a další zprávy. Nejlépe je formulovat pouhé věcné vyjádření, bez doporučování, s kým má dítě být, kdo je lepší rodič... a vyhnout se hodnocení péče o dítě. Velmi důležité je vyhnout se posuzování někoho, s kým PLDD nehovořil! Maximálně zapsat, co kdo referoval (např. Matka sděluje, že otec... Dítě sdělilo, že... a připsat, že s otcem PLDD nehovořil).

Rodiči leckdy vyžadovaná opakovaná vyšetření, kde ze zdravotního pohledu není indikace, nemusí PLDD akceptovat – rozhodnutí je plně v jeho kompetenci! Je ovšem důležité takové opakované požadavky rodiče zapsat do dokumentace (pamatujme na syndrom Münchhausen by proxy). Na požadavky rodiče může PLDD reagovat např.:

„Podle mých zkušeností není dobré takové (požadované) vyšetření aktuálně u vašeho dítěte opakovat.“ „Při výsledcích, které vyšly, je v současné době dítě po této stránce v pořádku.“ „Uvidíme časem podle stavu dítěte, zda to bude nutné...“.

AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ – nabízí formulace, které pomáhají druhé osobě se rozhovořit – povzbuzují a rozvíjejí tedy komunikaci. Mezi základní dovednosti patří:

POVZBUZOVÁNÍ – které pro druhého znamená projevení zájmu. Je nutné nevyslovovat souhlas či nesouhlas, je třeba používat neutrální slova a v neverbální komunikaci měnit tón hlasu. Například: „Můžeš mi o tom říct něco víc?“;

OBJASŇOVÁNÍ – má za cíl získat více informací, objasnit to, co nám druhý říká, a také někdy i pomoci mluvčímu, aby viděl i další hlediska. K tomu je třeba klást otázky – tedy vést druhého k tomu, aby dále vysvětloval. Díky tomu si můžeme i opravovat případný chybný výklad sdělovaného. Například: „Kdy se to stalo?... Jak jsi reagoval?... Co jsi dělal?...“;

PARAFRÁZOVÁNÍ – touto komunikační technikou ukazujeme, že nasloucháme a rozumíme tomu, co druhá strana sděluje, zároveň si ověřujeme, zda správně sdělované chápeme. Můžeme shrnout sdělení – dobré je nově formulovat sdělované a připustit možnou chybu na naší straně. Například: „Takže ty jsi upadl na roh stolu – nebo se mýlím?... Jestli tomu dobře rozumím, tak...“;

ZRCADLENÍ POCITU – cílem je projevit, že chápeme a rozumíme tomu, co druhá strana (dítě, rodič) cítí. K tomu je třeba vyjádřit, jak rozumíme základním pocitům a emocím druhého.

Například: „Zdá se mi, že jste velmi rozzlobený, mýlím se?“ „Cítím ve tvém hlase smutek. Je to tak?“;

Nikdy bychom neměli opomenout **SHRNUTÍ** – k tomu je zapotřebí parafrázovat hlavní vyřčené. Například: „Takže to, co jsi/jste mi řekl, je...“ Zvláště u dětí školního věku je důležité nechat je formulovat vlastními slovy – což znamená, že věty nedokončujeme, ale hlasem dáváme prostor pro doplnění;

Nejen na závěr, ale i v průběhu komunikace je velmi vhodné **UZNÁNÍ, POTVRZOVÁNÍ** – tedy uznat význam druhé osoby (jak dítěte, tak rodiče), uznat závažnost jejích problémů a pocitů, projevit i uznání úsilí, které při sdělování vynaložila, a dát jí najevo, že jí věříme. Například: „Děkuji, že jsi/jste mi to řekl.“ „Cením si toho, že jsi/jste ochotný situaci měnit...“.

Čl. 5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Toto metodické opatření zrušuje metodické opatření „Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (sy. CAN)“ zveřejněné ve Věstníku MZ č. 3/2008.

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR
ministr zdravotnictví

* * *

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě – karta praktických informací

Příloha č. 2 – Formulář – Záznam o zranění dítěte pro zdravotnickou dokumentaci

Příloha č. 3 – Formulář pro OSPOD – Žádost o prošetření podle § 10 zákona č. 359/1999 Sb.

Příloha č. 4 – Formulář pro Policii ČR / Státní zastupitelství – Trestní oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu

Příloha č. 5 – Formulář – Seznam regionálních odborníků spolupracujících s PLDD při včasné detekci týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí (syndrom CAN)

Použité dokumenty:

Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v ordinaci PLDD. Doporučení pro praxi. Nadace Sirius, OSPDL ČLS JEP, SPLDD ČR a kolektiv autorů. OPS Sirius, 2022.

ISBN 978-80-906468-5-8 (brož.), ISBN 978-80-906468-8-9 (aktualizované vydání pdf).

Zdroje a literatura:

- [1] Dunovský, J. a kol.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Grada Publishing, 1995.
- [2] Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016.
- [3] Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.
- [4] Jochmanová, L.: Trauma u dětí. Psyché Praha, 2021.
- [5] Kaščáková, N., Bednaříková, H., Dobrotková, A., Petříková, M., Hašto, J., Tavel, P.: Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti. PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA, č. 2, 2020.
- [6] Šebková, A., Zíma, Z. a kol.: Praktické dětské lékařství. Grada, 2020.
- [7] Mathew MO, Ramamohan N, Bennet GC. Importance of bruising associated with paediatric fractures: Prospective observational study. British Medical Journal 1998;317:1117–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7166.1117>.
- [8] Peters ML, Starling SP, Barnes-Eley ML, Heisler KW. The Presence of Bruising Associated With Fractures. vol. 162. 2008.
- [9] Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wiser R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. Journal of Neurosurgery 1987;66:409–15. <https://doi.org/10.3171/jns.1987.66.3.0409>.
- [10] Gaines BA, Shultz BS, Morrison K, Ford HR. Duodenal Injuries in Children: Beware of Child Abuse. Journal of Pediatric Surgery 2004;39:600–2. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2003.12.010>.
- [11] Ledbetter DJ, Hatch EI, Feldman KW, Fligner CL, Tapper D. Diagnostic and Surgical Implications of Child Abuse. Archives of Surgery 1988;123:1101–5. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1988.01400330077012>.
- [12] Bowkett B, Kolbe A. TRAUMATIC DUODENAL PERFORATIONS IN CHILDREN: CHILD ABUSE A FREQUENT CAUSE. vol. 68. 1998.
- [13] Loder RT, Feinberg JR. Orthopaedic Injuries in Children With Nonaccidental Trauma. Journal of Pediatric Orthopaedics 2007;27:421–6. <https://doi.org/10.1097/01.bpb.0000271328.79481.07>.
- [14] Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH, et al. A Population-Based Study of Inflicted Traumatic Brain Injury in Young Children. JAMA 2003;290:621–6.
- [15] Thackeray JD. Frenet tears and abusive head injury: A cautionary tale. Pediatric Emergency Care 2007;23:735–7. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181568039>.
- [16] Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. JAMA Network Open 2021; 4:e215832. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5832>.
- [17] Petska HW, Sheets LK, Knox BL. Facial bruising as a precursor to abusive head trauma. Clinical Pediatrics 2013;52:86–8. <https://doi.org/10.1177/0009922812441675>.
- [18] Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. Journal of the American Medical Association 1999;281:621–6. <https://doi.org/10.1001/jama.281.7.621>.
- [19] Pierce MC, Smith S, Kaczor K. Bruising in Infants. Pediatric Emergency Care 2009;25:845–7. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181c06217>.
- [20] Sheets ALK, Leach ME. Sentinel Injuries in Infants Evaluated for Child Physical Abuse 2015;131:701–7. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2780>.

- [21] Atwal GS, Ruttly GN, Carter N, Green MA. Bruising in non-accidental head injured children; a retrospective study of the prevalence, distribution and pathological associations in 24 cases. *Forensic Science International* 1998;96:215–30. [https://doi.org/10.1016/S0379-0738\(98\)00126-1](https://doi.org/10.1016/S0379-0738(98)00126-1).
- [22] Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Evidence Systematic review on Bruising. 2020.
- [23] Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:182–6. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.044065>.
- [24] Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in Infants and Toddlers Those Who Don't Cruise Rarely Bruise. vol. 153. 1999.
- [25] Pierce MC, Magana JN, Kaczor K, Lorenz DJ, Meyers G, Bennett BL, et al. The Prevalence of Bruising Among Infants in Pediatric Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine* 2016;67:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.021>.
- [26] Carpenter RF. The prevalence and distribution of bruising in babies. vol. 80.1999.
- [27] Kemp Alison M, Dunstan Frank, Nuttall Diane, Hamilton M, Collins P, Maguire S. Pattern of bruising in preschool children – a longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood* 2015;100:426–31. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307869>.
- [28] Nayak K, Spencer N, Shenoy M, Rubithon J, Coad N, Logan S. How useful is the presence of petechiae in distinguishing non-accidental from accidental injury? *Child Abuse and Neglect* 2006;30:549–55. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.005>.
- [29] Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD. Additional Injuries in Young Infants with Concern for Abuse and Apparently Isolated Bruises. *The Journal of Pediatrics* 2014:1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.04.004>.
- [30] Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Network Open* 2021; 4:e215832. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5832>.
- [31] Hodgman EI, Pastorek RA, Saeman MR, Cripps MW, Bernstein IH, Wolf SE, et al. The Parkland Burn Center experience with 297 cases of child abuse from 1974 to 2010. *Burns* 2016;42:1121–7. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.02.013>.
- [32] Shah A, Suresh S, Thomas R, Smith S. Epidemiology and profile of pediatric burns in a large referral center. *Clinical Pediatrics* 2011;50:391–5. <https://doi.org/10.1177/0009922810390677>.
- [33] Daria S, Sugar NF, Feldman KW, Boos SC, Colonel L, Benton SA, et al. Into Hot Water Head First Distribution of Intentional and Unintentional Immersion Burns. 2004.
- [34] Pawlik MC, Kemp A, Maguire S, Nuttall D, Feldman KW, Lindberg DM, et al. Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse and Neglect* 2016;55:52–61. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.006>.
- [35] The Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Evidence Systematic review on Burns. 2017.
- [36] Lowell G, Quinlan K, Gottlieb LJ. Preventing unintentional scald burns: Moving beyond tap water. *Pediatrics* 2008;122:799–804. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2979>.
- [37] Titus MO, Baxter AL, Starling SP. Accidental Scald Burns in Sinks. *PEDIATRICS* 2003;111:e191–4. <https://doi.org/10.1542/peds.111.2.e191>.
- [38] Yeoh C, Nixon JW, Dickson W, Kemp A, Sibert JR. Patterns of scald injuries. vol. 71. 1994.
- [39] Hobbs CJ. When are burns not accidental? *Archives of Disease in Childhood* 1986;61:357–61.

- [40] Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK. Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review* 2014;23:35–47. <https://doi.org/10.1002/car.2278>.
- [41] Sheets ALK, Leach ME. Sentinel Injuries in Infants Evaluated for Child Physical Abuse 2015;131:701–7. <https://doi.org/10.1542/peds.2012–2780>.
- [42] The Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Evidence Systematic review on Oral Injuries. 2014.
- [43] Dorfman M v., Metz JB, Feldman KW, Farris R, Lindberg DM. Oral injuries and occult harm in children evaluated for abuse. *Archives of Disease in Childhood* 2018;103:747–52. <https://doi.org/10.1136/archdischild–2017–313400>.
- [44] Karmazyn B, Lewis ME, Jennings SG, Hibbard RA, Hicks RA. The prevalence of uncommon fractures on skeletal surveys performed to evaluate for suspected abuse in 930 children: Should practice guidelines change? *American Journal of Roentgenology* 2011;197. <https://doi.org/10.2214/AJR.10.5733>.
- [45] Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Use of skeletal surveys to evaluate for physical abuse: analysis of 703 consecutive skeletal surveys. *Pediatrics* 2011;127:e47–52. <https://doi.org/10.1542/peds.2010–0298>.
- [46] Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL, Christian CW, Crawford-Jakubiak JE, et al. Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics* 2014;133. <https://doi.org/10.1542/peds.2013–3793>.
- [47] The Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Evidence Systematic review on Fractures. 2020.
- [48] Loder RT, Feinberg JR. Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma: Demographics and incidence from the 2000 kids' inpatient database. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 2007;27:421–6. <https://doi.org/10.1097/01.bpb.0000271328.79481.07>.
- [49] Bilo RAC, Robben SGF, Rijn RR. *Forensic Aspects of Pediatric Fractures*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2010. <https://doi.org/10.1007/978-3–540–78716–7>.
- [50] Lindberg DM, Harper NS, Laskey AL, Berger RP. Prevalence of abusive fractures of the hands, feet, spine, or pelvis on skeletal survey: Perhaps „uncommon“ is more common than suggested. *Pediatric Emergency Care* 2013;29:26–9. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31827b475e>.
- [51] Farrell C, Rubin DM, Downes K, Dormans J, Christian CW. Symptoms and Time to Medical Care in Children with Accidental Extremity Fractures. *Pediatrics* 2012;129. <https://doi.org/10.1542/peds.2010–0691>.
- [52] Rennie L, Court-Brown CM, Mok JYQ, Beattie TF. The epidemiology of fractures in children. *Injury* 2007;38:913–22. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2007.01.036>.
- [53] Lindberg D, Makoroff K, Harper N, Laskey A, Bechtel K, Deye K, et al. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. *Pediatrics* 2009;124:509–16. <https://doi.org/10.1542/peds.2008–2348>.
- [54] Caniano DA, Beaver BL, Boles ET. Child abuse. An update on surgical management in 256 cases. *Annals of Surgery* 1986;203:219–24. <https://doi.org/10.1097/00000658–198602000–00017>.
- [55] Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR. Abdominal injury due to child abuse. *Lancet* 2005;366:234–5. [https://doi.org/10.1016/S0140–6736\(05\)66913–9](https://doi.org/10.1016/S0140–6736(05)66913–9).

- [56] Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, et al. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood-Their range and recognition. *Child Abuse and Neglect* 2013;37:430–45. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.10.009>.
- [57] Donnelly LF. Imaging issues in CT of blunt trauma to the chest and abdomen. *Pediatric Radiology* 2009;39:406–13. <https://doi.org/10.1007/s00247-009-1219-4>.
- [58] Menichini G, Sessa B, Trinci M, Galluzzo M, Miele V. Accuracy of contrast-enhanced ultrasound (CEUS) in the identification and characterization of traumatic solid organ lesions in children: a retrospective comparison with baseline US and CE-MDCT. *Radiologia Medica* 2015;120:989–1001. <https://doi.org/10.1007/s11547-015-0535-z>.
- [59] Village EG. Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries Technical Report. *Pediatrics* 2001;108:206–10. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.206>.
- [60] Kelly P, Farrant B. Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000–2002. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2008;44:99–107. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01234.x>.
- [61] Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet* 2000;356:1571–2. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03130-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03130-5).
- [62] Ewing-Cobbs L, Kramer L, Prasad M, Canales DN, Louis PT, Fletcher JM, et al. Neuroimaging, physical, and developmental findings after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in young children. *Pediatrics* 1998;102:300–7. <https://doi.org/10.1542/peds.102.2.300>.
- [63] Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: Judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 2010;126:546–55. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3647>.
- [64] Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of Perpetrator Admissions to Inflicted Traumatic Brain Injury in Children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2004;158:454–8. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.5.454>.
- [65] Duhaime AC, Christian CW. Abusive head trauma: Evidence, obfuscation, and informed management. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics* 2019;24:481–8. <https://doi.org/10.3171/2019.7.PEDS18394>.
- [66] Laskey AL, Holsti M, Demsond KR, Socolar RRS. Occult head trauma in young suspected victims of physical abuse. *The Journal of Pediatrics* 2004;719–22.
- [67] Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-Salmon C. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements: key points for imaging. *Pediatric Radiology* 2014;44:578–88. <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3171-1>.
- [68] Minns RA, Busuttil A. Patterns of presentation of the shaken baby syndrome: Four types of inflicted brain injury predominate. *Bmj* 2004;328:766. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7442.766>.
- [69] Mydlíková, E., Slaný, J., Kováčová, M.: Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Portál, 2021.
- [70] Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Metodické opatření. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2008.
- [71] Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2008.
- [72] Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních, (č.j. MŠMT–21149/2016).
- [73] Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027. MŠMT, 2019.

- [74] Šustr, J.: Münchhausenov syndróm v zastúpení (by proxy). Psychiatr. prax, 2008.
- [75] Malá, E. et al: Dítě a stres. Tigris, 2007.
- [76] Polcari, A., Rabi, K., Bolger, E., Teicher, M. H.: Parental verbal affection and verbal aggression in childhood differentially influence psychiatric symptoms and wellbeing in young adulthood. Child Abuse Negl. 2014.
- [77] Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., McGreenery, C. E.: Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. American Journal of Psychiatry. 2006.
- [78] Kocourková, J., Koutek, J.: Neobvyklá patologie – Münchhausen by proxy. Čes. a slov. psychiatrie, 1999.
- [79] Kriegelová, M.: Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Grada, 2008.
- [80] Sandoval, A., Praško, J., Ocisková, M., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K.: Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti. Čes a slov. psychiatrie, 2014.
- [81] Kopecký, K., Szotkowski, R. (Centrum PRVoK PdF UP Olomouc): Kyberšikana a další formy kybernetické agrese. 2018.
- [82] Kopecký, K., Szotkowski, R., Krejčí, V.: Nebezpečí internetové komunikace. IV. Univerzita Palackého v Olomouci, 2014.
- [83] Csémy, L., Hrachovinová, T., Čáp, P., Starostová, O.: Agresivní chování dospívajících: prevalence a analýza vlivu faktorů z oblasti rodiny, vrstevnických vztahů a školy. Československá psychologie, 2014.
- [84] Definice CAN podle zdravotní komise Rady Evropy z r.1992. My a děti, 1993.
- [85] The Impact of Early Adversity on Child Development (InBrief). Retrieved from www.developingchild.harvard.edu. Center on the Developing Child, 2007.
- [86] Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci. MPSV, 2010.
- [87] Matějček, Z.: Po dobrém, nebo po zlém?. Portál, 2007.