

Věstník

Ročník **2022**

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka **10**

Vydáno: 30. září 2022

Cena: 749 Kč

OBSAH:

- 1a.** Metodické opatření – Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN) 2
- 1b.** Přílohy 1.-5. metodického opatření (syndrom CAN) 68
- 2.** Postavme se na stranu dětí Doporučení pro využití zobrazovacích metod při podezření na týrané dítě 79

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)	4
1.1. DEFINICE POJMU „SYNDROM CAN“	4
1.2. KLASIFIKACE SYNDROMU CAN DLE MKN	4
1.3. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ Z POHLEDU PLDD	5
1.4. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ (SYNDROM CAN) – CHARAKTERISTIKA RIZIK ..	7
1.5. TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ DÍTĚ (SYNDROM CAN) – PRŮVODNÍ SYMPTOMY ..	8
1.6. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – FYZICKÉ TÝRÁNÍ	11
1.6.1. PODKOŽNÍ HEMATOMY.....	13
1.6.2. POPÁLENINY A OPAŘENINY	15
1.6.3. PORANĚNÍ ÚST	17
1.6.4. ZLOMENINY	17
1.6.5. PORANĚNÍ BŘICHA	19
1.6.6. ABUSIVNÍ PORANĚNÍ HLAVY	19
1.7. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ.....	21
1.8. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ	27
1.9. DIAGNOSTIKA OHROŽENÉHO DÍTĚTE – ZANEDBÁVÁNÍ PÉČE A DALŠÍ RIZIKA.....	31
ČI. 2 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	38
2.1. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	38
2.2. PRÁVO RODIČE NA INFORMACE A SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍMI ÚKONY	39
2.3. VYŠETŘENÍ DÍTĚTE BEZ PŘÍTOMNOSTI RODIČE	40
2.4. OMEZENÍ PŘÍSTUPU DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	41
2.5. ZADRŽENÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE.....	42
ČI. 3 OZNAMOVACÍ POVINNOST PLDD	42
3.1. DŮKAZY NÁSILÍ NA DÍTĚTI A POVINNOST PŘEKAZIT A OZNÁMIT SPÁCHÁNÍ TRESTNÉHO ČINU TÝRÁNÍ SVĚŘENÉ OSOBY	43
3.2. PODEZŘENÍ NA OHROŽENÍ DÍTĚTE A OZNAMOVACÍ POVINNOST	48
3.3. DALŠÍ SPOLUPRÁCE PLDD A OSPOD	53
3.4. SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY PŘI PODEZŘENÍ	54
ČI. 4 KOMUNIKACE S RODIČI	56
4.1. OBECNÁ KOMUNIKACE.....	56
4.2. KOMUNIKACE V PŘÍPADĚ PODEZŘENÍ.....	57
4.3. KOMUNIKACE V PŘÍPADĚ ROZVODOVÝCH A VZTAHOVÝCH KONFLIKTŮ RODIČŮ	60
ČI. 5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ	61
PŘÍLOHY	62

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.

ČI. 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). Objektívni 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 svěřeni 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 nejrůznější 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 ohroženy 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 zajímat 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 nejdříve, 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)
- Sebepoškozování
- 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 sensorická 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, plačtivost, 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. Znamky 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 zstrašovány 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 týráním 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 střídát 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 nálezů 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 hematodem, 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 hematoma. [20]

Retrospektivní studie dětí do 5 let, které zemřely na následky násilného poranění hlavy, prokázala, že 79 % dětí mělo podkožní hematoma. Mezi částmi 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 hematoma mělo pouze 0,6 % dětí mladších 6 měsíců. Výskyt podkožních hematomů stoupal s věkem dítěte: podkožní hematoma 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 hematoma 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 hematoma nepatří mezi očekávaný náhodný nále. [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 obličejí 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 obličejí, 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 hematoma 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 specifitu 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, neprosívání 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 abuzivním 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 abuzivní 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 němá. 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 vyšetřované 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 specificitou 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 specificitou patří také zlomeniny sternu, 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 nitrobřišních 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 nález 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 abusivní poranění hlavy?

Častým mechanismem abusivního 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 třásl. 46 % pachatelů použilo tupého násilí. [64]

Nejčastějšími nálezy u dětí mladších 3 let s abusivním 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 abusivním 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 abusivním 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 abusivní 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 prokázána. [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 vytížených rodičů, kteří jsou zacílení na materiální zabezpečení rodiny, honbu za kariérou. Rodiče bývají zaujati vlastními cíli, dětem poskytují minimum pozornosti, zájmu, projevu citu. Svůj nezáměr 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 vnučování 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]

Shrme-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 flešbaky, tj. opakované prožívání traumatizujících událostí v myšlenkách, snech, ve hře („posttraumatická hra“). [75,79]

Změny v chování

Dítě se může vyhybat některým aktivitám buď proto, že při nich dochází k týrání, nebo tuto situaci připomínají (škola, kamarádi, kroužek, pobyt s rodičem). Někdy se děti vyhybají 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 projevat 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 útočnicka 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 zastrasování 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“);
- kyberstalking (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 nepřímo 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 zneuživatele 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 zneuživatele, 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 (bratřenci 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. nedelegantní 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 nedelegantní pachatele ke zneužití dítěte, se více týkají „využití dítěte jako náhradního objektu“, osobnostní struktury pachatele, nezdrženlivosti, impulzivitu, úroveň 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 obzvláště 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 neublížovaly 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, zneuživatelé to může posílit v pocitu beztrestnosti a nepostižitelnosti 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 sebezpojetí, narušený vztah k lidem. V důsledku zneužití se u dětí setkáváme se sebezpoškozováním 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, depresivitu a úzkostnosti, narušeného sebezpojetí a sebezpoškozování.

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. Nezřídká 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 vlekcím 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, nespĺňující 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 zdravý 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 všimnout především útěků 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 síť, 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 sebepojetím dítěte

Sebepojetím 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 myslete 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 jednájí 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 jednájí ve shodě, a zdravotní služby dítěti poskytnou.

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 úprava v ustanovení § 38 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

⁵ K tomuto blíže úprava 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-2-1f-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.
- Překazít 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 páchaní trestného činu v tuto chvíli již neprobíhá. Pokud by aktuálně docházelo k páchaní trestného činu, tak samozřejmě PLDD mají povinnost oznámit i páchaní trestného činu v sexuální oblasti. Pokud bychom měli odlišit situace, kdy vzniká povinnost překazít páchaní 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 odebrat 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 poznaček o (s)páchání trestného činu, který podléhá oznamovací povinnosti nebo povinnosti trestný čin přezkazit, 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 páchání trestného činu tak, že ho oznámí státnímu zastupitelství nebo policejnímu orgánu, protože fakticky překazit páchání 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 nebo neoznámení trestného činu či nejedná se o překažení páchání 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 informací, 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 nepřijatelné 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. Stěžejní 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 zprostil.

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 odborností, 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 intervent 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 intervencí 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 necháli 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 projevít, 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)

Uveřejněno také na <https://www.mzcr.cz/category/agendy-ministerstva/zdravotni-sluzby-agendy-ministerstva/tyrane-zneuzivane-a-zanedbavane-dite-metodiky/>

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] Kašćáková, N., Bednařiková, H., Dobrotková, A., Petřiková, 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. Frena 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, Ruddy 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, Sirotiak 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, Busuttill 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., Sztokowski, R. (Centrum PRVoK PdF UP Olomouc): Kyberšikana a další formy kybernetické agrese. 2018.
- [82] Kopecký, K., Sztokowski, 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.

Příloha č. 1 (1/4)

Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v ordinaci PLDD – JAK POSTUPOVAT

PRINCIPY KOMUNIKACE S RODIČEM/DÍTĚTEM – JAK KOMUNIKOVAT

Důležité je vytvářet pocit jistoty a bezpečí.
 Pozitivní verbální i neverbální přístup je nejvhodnější.
 Mírný úsměv, vlídný tón ve verbálním projevu patří k profesionalitě.
 Pozor na to, že naše úzkost se přenáší na dítě!
 Neptat se proč, ale co se přihodilo, jak dítě spadlo, kdy...
 Nechat nejdříve vypovídat dítě, rodiče doplňují.
 Sledovat projevy dítěte – zvýšení motorického neklidu, rozpaky, slzy v očích, sleduje rodiče... a zaznamenat do zdravotnické dokumentace.
 Nezpochybňovat výpověď dítěte, nebagatelizovat.
 Nikdy nekonfrontovat dítě s rodičem.
 Cílem rozhovoru je zjistit informace, které souvisejí se vznikem poranění, obtíží.
 Varovné mohou být změny především v emocionálnosti dítěte.
 Na případnou nespokojenost a kritiku rodičů reagovat pravdivě, věcně, stručně - „Plním své povinnosti“.
 Pozor na koalice s jedním z rodičů při vztahových problémech v rodině!
 Při příchodu a také při odchodu dítěte z ordinace (s rodiči i bez) by měl PLDD navodit atmosféru porozumění a otevřít tak možnost spolupráce.
 V případě, že se dítě již následně do ordinace nedostaví a PLDD má podezření na ohrožení, měl by PLDD své podezření oznámit vždy!

ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE – CO ZAZNAMENAT

- Přesné datum a čas, nejlépe trvání vyšetření (od–do)
- Osobu doprovodu, případně jméno a kontakt, především pokud se nejedná o zákonného zástupce dítěte
- Podrobnou anamnézu traumatu:
 - rozsah, umístění, velikost a charakter poranění (nákras) popř. doplnit o fotodokumentaci
 - mechanismus úrazu (u pádů – z jaké výšky dítě spadlo, jakou částí těla a na jaký povrch dopadlo)
- Informaci, pokud došlo k zásadní časové prodlevě, než zákonní zástupci vyhledali lékařskou péči
- Informaci, pokud se rozcházejí údaje dítěte a doprovodu, zaznamenat obě verze
- Psychomotorické schopnosti (přetočí se na břicho / plazí se / leze / stojí / chodí kolem nábytku / chodí samostatně)
- Případně záznam o odeslání ke specialistovi či k hospitalizaci
- Případně záznam o splnění oznamovací povinnosti
- V případě podezření uvést na žádanku k odbornému vyšetření např. zkratku CAN (Child Abuse and Neglect), NAI (Non-Accidental Injury) nebo PTD (podezření na týrané dítě)

V MKN-10 není pro sy CAN odpovídající kód nemoci, ale tyto stavy lze klasifikovat pomocí kódů ze skupiny „T74 Syndromy týrání“, více na <https://mkn10.uzis.cz/>.

OZNAMOVACÍ POVINNOST – KOMU NAHLÁSIT

OZNAMOVACÍ POVINNOST NA OSPOD:

V případě podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání je prolomena povinná mlčenlivost lékaře a PLDD je povinen oznámit ohrožení dítěte na OSPOD!

OZNÁMENÍ POLICII ČR ČI STÁTNÍMU ZÁSTUPITELSTVÍ:

V případě, že se PLDD hodnověrným způsobem dozví, že někdo jiný páchá či spáchal trestný čin týrání svěřené osoby, je PLDD povinen nahlásit ohrožení dítěte na policii!

V případě, kdy PLDD vznikne oznamovací povinnost dle trestních předpisů, nestačí pouze informovat OSPOD, ale především Policii ČR či státní zastupitelství, jinak oznamovací povinnost není splněna.

V případě podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě NENÍ úkolem PLDD zajišťovat informace a obstarávat důkazy, to je úkolem OSPOD, popř. orgánů činných v trestním řízení. Zodpovědností PLDD je vyloučit přirozené příčiny zdravotního stavu dítěte (onemocnění, vývojové vady aj.).

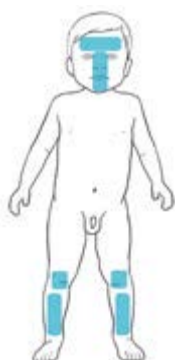
PLDD coby oznamovatel má právo na informaci, zda OSPOD / Policie ČR / státní zastupitelství shledaly dítě za ohrožené. O informaci musí PLDD požádat již v oznámení na OSPOD či v trestním oznámení.

Příloha č. 1 (2/4)

Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě – PRŮVODNÍ SYMPTOMY

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.

Poranění úst

- Každé poranění úst a zejména poranění frenula

Intrakraniální poranění

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

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 břicho (málo časté)

Zlomeniny suspektní z násilí u premobilních dětí

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

Popáleniny

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

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.

Příloha č. 1 (3/4)

Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě – PRŮVODNÍ SYMPTOMY**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)
- Sebepoškození
- 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, neúčast na školních akcích
- Zhoršení školního prospěchu
- Absence ve škole, záškoláctví
- Šikana

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 nutková 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 (odmítání kontaktu, nevraživost, nepřátelství)

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 vitamínů)
 - 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 sensorická deprivace (absence zrakových, sluchových, hmatových a chuťových podnětů).

Další doprovodné symptomy

- Změny chování – náhlá extroverze nebo introverze, uzavřenost, tvrdohlavost, přílišná aktivita, zhoršení prospěchu aj.
- Rizikové chování – útěky, krádeže, experimentování s drogami nebo 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, plačtivost, zvýšené napětí (okusování nehtů, zadržování v řeči), lekovost, poruchy spánku, porucha příjmu potravy, ztráta sebehodnocení, sebepoškození, sebevražedné myšlenky/pokusy aj.

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.

Vždy věnujte 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

Příloha č. 1 (4/4)

Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v ordinaci PLDD – KDE HLEDAT POMOC

DŮLEŽITÉ KONTAKTY PRO PLDD

Policie ČR: 158

Rychlá záchranná služba (RZS): 155

OSPOD (nonstop pohotovost):
je kontaktována prostřednictvím Policie ČR

Obecní úřad s rozšířenou působností,
orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD):
www.mesta.obce.cz

Policie ČR:
www.policie.cz/imapa.aspx

Státní zastupitelství:
www.justice.cz/prehled-statnich-zastupitelstvi

PORADENSTVÍ PRO PLDD

Rychlá linka právní pomoci pro PLDD:
Tísňová linka: +420 721 455 456
www.lkcr.cz/rychla-pravni-pomoc-259.html

Dětské krizové centrum – linka důvěry pro odborníky, kteří se setkali se syndromem CAN:

NONSTOP Linka důvěry:
+420 241 484 149, +420 777 715 215
E-mail: problem@ditekrize.cz, www.ditekrize.cz

Linka bezpečí – linka důvěry pro odborníky, kteří chtějí pomoci dítěti:

(Rodičovská) linka: +420 606 021 021
E-mail: pomoc@rodicovskalinka.cz
www.linkabezpeci.cz

POMOC PRO DĚTI

Dětské krizové centrum (DKC) - krizová telefonická i chatová linka, poradna pro děti

NONSTOP Linka důvěry:
+420 241 484 149, +420 777 715 215
www.ditekrize.cz

Centrum LOCIKA – specializovaný chat pro děti ohrožené násilím, mailové a telefonické poradenství:

Telefon: +420 734 441 233, +420 601 500 196
www.centrumlocika.cz
www.detstvibeznasili.cz

Linka bezpečí – krizová telefonická i chatová linka
NONSTOP krizová linka: 116 111
www.linkabezpeci.cz

POMOC PRO RODIČE

Asociace poskytovatelů krizové pomoci (krizová centra a další služby): <https://pomoc-v-krizi.asociacepkp.cz>

Asociace pracovníků intervenčních center ČR (domácí násilí): www.domaci-nasili.cz

Dětské krizové centrum – linka důvěry pro rodiče, pěstouny, příbuzné a další osoby pečující o děti:

NONSTOP Linka důvěry:
+420 241 484 149, +420 777 715 215
www.ditekrize.cz

Linka bezpečí – linka důvěry pro rodiče, příbuzné a ostatní osoby, kteří chtějí pomoci dítěti:

Rodičovská linka: +420 606 021 021
www.linkabezpeci.cz

PRINCIPY POMOCI

Přestože se jedná o složité a často citlivé téma, PLDD musí být schopen rozhodnout a jednat ve chvíli, kdy je zdravý vývoj dítěte ohrožen!

V případě dětí do 6 let je PLDD jediný, kdo může zachytit ohrožené dítě a zajistit mu pomoc.

Mnohem častěji je dětem chybně nevěřeno, než chybně věřeno!

Odvolání původního sdělení (výpovědi) dítětem by nemělo PLDD zmást a znejistět!

V případě, že se dítě v ordinaci svěří, PLDD nikdy neslibuje, že „to“ zůstane tajemstvím.

Úkolem PLDD není shromažďovat důkazy, ale včas nahlásit podezření ohrožení dítěte.

Při vyšetření se PLDD vždy snaží svým jednáním předejít sekundární viktimizaci dítěte!

V případě podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě by PLDD neměl zapomenout na další děti vychovávané ve stejné domácnosti!

Nezletilému pacientovi může PLDD poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce, pokud je u něj podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání.

Bližší informace k problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí a s ní spojené procesní a právní aspekty a další témata naleznete v příručce určené pro praktické lékaře pro děti a dorost (PLDD):

„Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v ordinaci PLDD. Doporučení pro praxi.“

Součástí příručky jsou i praktické formuláře pro trestní oznámení, oznámení na OSPOD či záznam o zranění dítěte s možností znázornění zranění do ilustrace. Příručku i jednotlivé přílohy naleznete na:

www.ospdl.eu a www.detskylekar.cz

Příloha č. 2 (1/2)

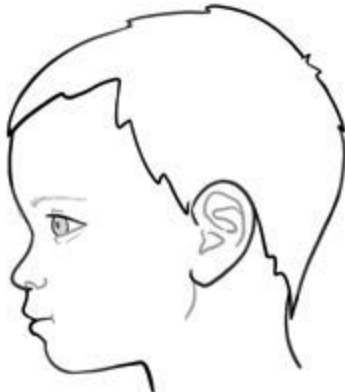
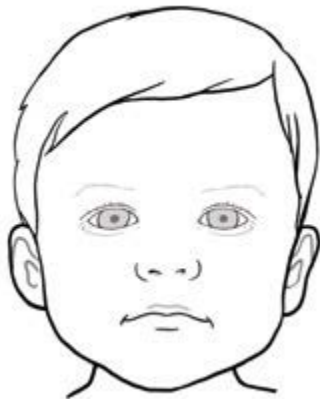
Záznam o zranění dítěte pro zdravotnickou dokumentaci

Jméno a příjmení dítěte:

Datum a čas návštěvy:

Rodné číslo dítěte:

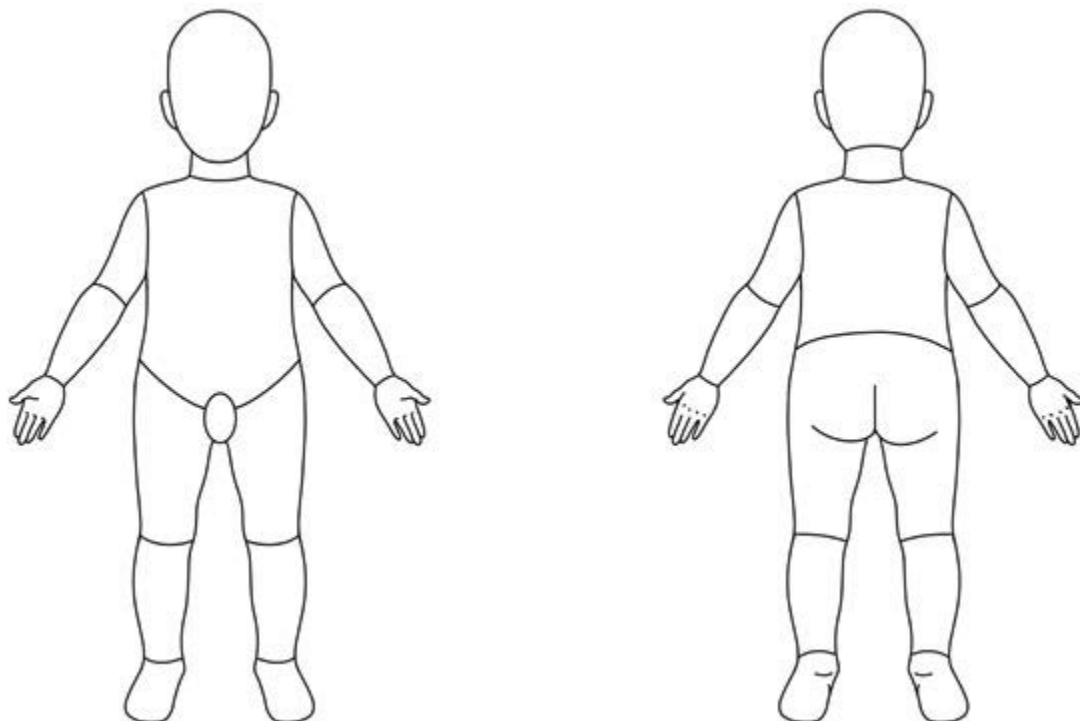
Záznam provedl:

Označte na snímcích oblast/i poranění (např. křížkem):

Uvedte, o jaký druh poranění se jedná (odřenin, hematom, popálenina, kousnutí, tržná/řezná/bodná/střelná rána, zhmoždění, fraktura, jiné), zaznamenejte tvar a velikost poranění a v případě opakujícího se poranění uveďte rovněž počet:

Příloha č. 2 (2/2)

Označte na snímcích oblast/i poranění (např. křížkem):



Uveďte, o jaký druh poranění se jedná (odřenina, hematom, popálenina, kousnutí, tržná/řezná/bodná/střelná rána, zhmoždění, fraktura, jiné), zaznamenejte tvar a velikost poranění a v případě opakujícího se poranění uveďte rovněž počet:

Poznámky:

Příloha č. 3 (1/2)

**Úřad městské části / Obecní úřad obce s rozšířenou působností¹ /
/ Orgán sociálně-právní ochrany dětí²**

Ulice:

č. p.:

PSČ:

Město:

Datum:

Věc: Žádost o prošetření podle § 10 zákona č. 359/1999 Sb.

Identifikační údaje žadatele:

Jméno a příjmení:

Telefon:

IČ:

E-mail:

Adresa ordinace:

Datová schránka:

Identifikační údaje dítěte:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa přechodného bydliště³:

Rodič/e dítěte:

Jméno a příjmení:

Jméno a příjmení:

Další děti žijící v domácnosti:

Jméno a příjmení:

rok narození:

Jméno a příjmení:

rok narození:

Jméno a příjmení:

rok narození:

I. Odůvodnění žádosti

(Popište skutečnosti, které Vás vedou k podání Žádosti o prošetření dle § 10 zákona č. 359/1999 Sb.)

¹ Nehodící se škrtněte a doplňte adresu příslušného úřadu.

² Pokud nevíte, vyberte příslušný OSPOD na www.mesta.obce.cz.

³ Vyplňte adresu místa, kde dítě aktuálně bydlí.

Příloha č. 3 (2/2)

II. Stav dítěte

(Popište aktuální zdravotní, psychický, sociální, emocionální a vizuální stav dítěte vč. chování dítěte v ordinaci.)

III. Další skutečnosti

(Popište spolupráci rodiče/ů s PLDD a další související okolnosti, které jsou Vám známy.)

IV. Žádost o informace

Žádám o informace podle § 10, odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., zda OSPOD dítě shledal či neshledal dítětem posuzovaným dle § 6 zákona č. 359/1999 Sb.

Jméno a podpis žadatele

Příloha č. 4 (1/2)

Policie ČR / Státní zastupitelství¹

Název oddělení²:

Ulice:

PSČ:

č. p.:

Město:

Datum:

Věc: Trestní oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu

Oznamovatel:

Jméno a příjmení:

IČ:

Adresa ordinace:

Telefon:

E-mail:

Datová schránka:

Poškozený:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa přechodného bydliště³:

Podezřelý⁴:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Adresa přechodného bydliště⁵:

I. Důvody podezření

(Popište, na základě čeho, jakých skutečností usuzujete, že došlo k protiprávnímu jednání:

- a) z vyšetření dítěte, v rámci kterého bylo zjištěno ... [podlitiny, zlomeniny atd.] nebo
b) z přímého svědectví poškozeného dítěte či jiných osob.)

¹ Nehodící se škrtněte a dopňte adresu příslušného orgánu.

² Pokud nevíte, vyberte příslušnou služebnu na www.policie.cz/imapa.aspx nebo příslušné státní zastupitelství na www.justice.cz/prehled-statnich-zastupitelstvi.

³ Vyplňte adresu místa, kde poškozený aktuálně bydlí.

⁴ Pokud znáte podezřelého a disponujete bližšími údaji, jako je adresa, doplňte prosím, v opačném případě nevyplňujte nebo doplňte „neznámý“.

⁵ Vyplňte adresu místa, kde podezřelý aktuálně bydlí.

Příloha č. 4 (2/2)

Zdokumentované nálezy:

(Uvedte navrhované zdokumentované nálezy, které budou přiloženy k Oznámení, jako např. lékařské zprávy, fotodokumentace apod.)

II. Zjištěné skutečnosti

(Uvedte další okolnosti, které jsou Vám v souvislosti s možným protiprávním jednáním známy.)

Zdokumentované nálezy:

(Uvedte navrhované zdokumentované nálezy, které budou přiloženy k Oznámení, jako např. lékařské zprávy, fotodokumentace apod.)

III. Provedená opatření

(Uvedte, jaká opatření byla Vámi v dané věci doposud realizována, jako např.: oznámení na OSPOD, hospitalizace dítěte, pořízení fotodokumentace poranění a jiná.)

IV. Žádost o informace

Žádám, abych byl/a v souladu s ust. § 158 odst. 2 trestního řádu informován/a do jednoho měsíce o učiněných opatřeních.

Přílohy:

Zdokumentované nálezy z čl.: I. a II.

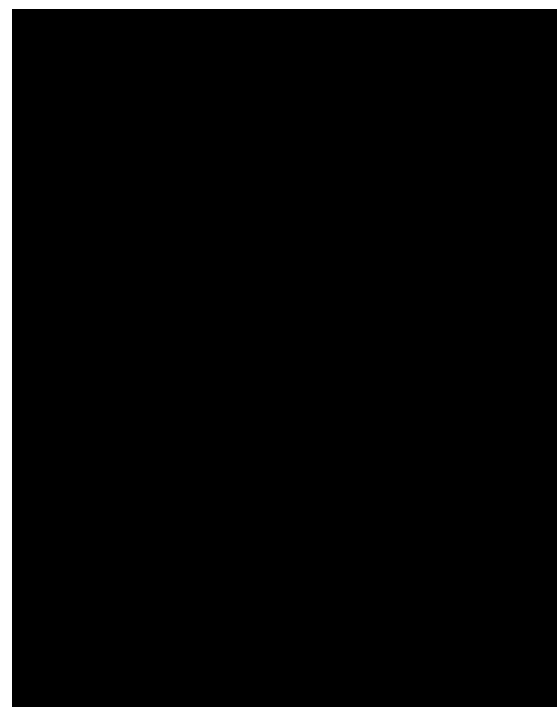
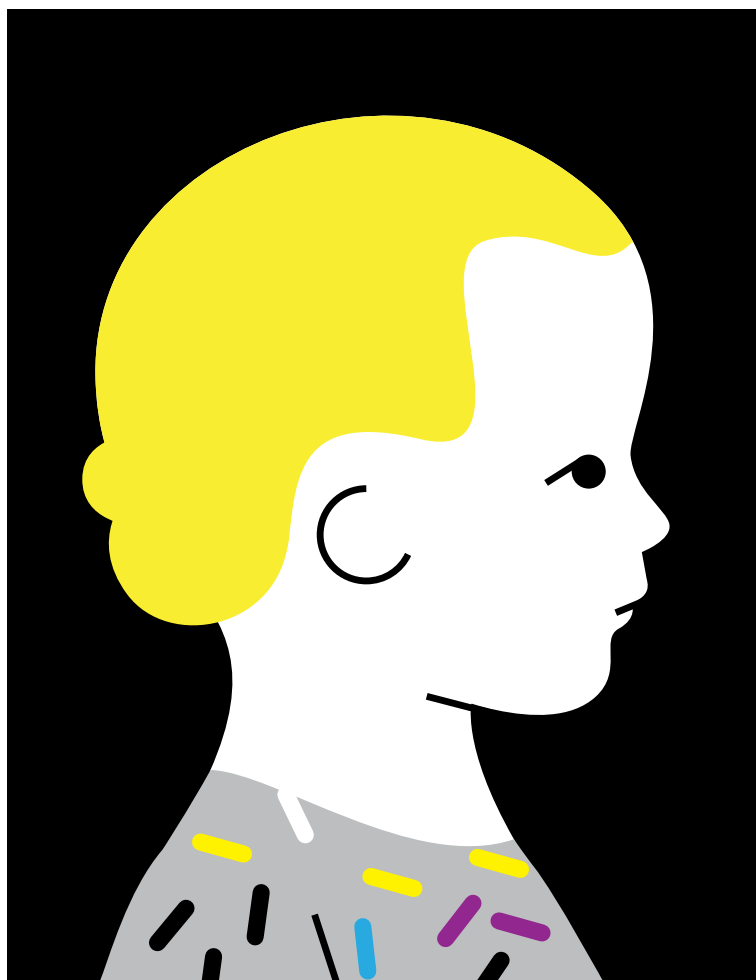
Jméno a podpis oznamovatele

Příloha č. 5 (1/1)

Seznam regionálních odborníků spolupracujících s PLDD při včasné detekci týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí (syndrom CAN)

ODBORNOST	JMÉNO / ZÁSTUP	PRACOVÍŠTĚ	TELEFON/MOBIL	E-MAIL
Dětský psycholog				
Dětský neurolog				
Dětský psychiatr				
Vedoucí dětského oddělení				
Dětský gynekolog				
Kožní lékař				
Dětský chirurg				
Dětský proktolog				
Rtg oddělení				
JINÉ				
OSPOD				
Police ČR				
Státní zastupitelství				
Dispečink RZP				

Postavme se na stranu dětí



**Doporučení
pro využití
zobrazovacích
metod při
podezření na
týrané dítě**

MUDr. Eliška Popelová (ed.)

MUDr. Martin Kynčl, Ph.D.

JUDr. Šárka Speciánová



Přehled zobrazovacích modalit při PTD

Dítě 0–2 roky, podezření na fyzické týrání, akutní známky intrakraniálního poranění

vyšetření	indikace	provedení	
Vstupní kostní protokol	vždy	do 3 dnů	s. 101
Kontrolní kostní protokol	vždy	po 2 týdnech od vstupního kostního protokolu	s. 114
CT hlavy	vždy	ihned po stabilizaci	s. 109
MR mozku a krční páteře	vždy	nejpozději do týdne	s. 108
MR celé páteře	při nálezů intrakraniálního subdurálního hematomu	současně s MR mozku	s. 109
CT břicha / hrudníku	pouze při podezření na intraabdominální či intrathorakální trauma	dle klinického stavu	s. 114

Dítě 0–2 roky, podezření na fyzické týrání, bez známek intrakraniálního poranění

vyšetření	indikace	provedení	
Vstupní kostní protokol	vždy	do 3 dnů	s. 101
Kontrolní kostní protokol	vždy	po 2 týdnech od vstupního kostního protokolu	s. 102
CT hlavy	není indikováno	x	s. 109
MR mozku a krční páteře	u dětí do 1 roku vždy	nejpozději do týdne	s. 108
MR celé páteře	při nálezů intrakraniálního subdurálního hematomu	současně s MR mozku	s. 109
CT břicha / hrudníku	pouze při podezření na intraabdominální či intrathorakální trauma	dle klinického stavu	s. 113

Dítě starší než 2 roky, podezření na fyzické týrání, akutní známky intrakraniálního poranění

vyšetření	indikace	provedení	
Vstupní kostní protokol	není běžně indikován (případně se indikuje u pacientů, které nelze spolehlivě klinicky vyšetřit, např. u dětí s mentální retardací)	(do 3 dnů)	s. 101
Kontrolní kostní protokol	není běžně indikován (pokud se provádí vstupní kostní protokol – viz výše – je vždy nutné doplnit také kontrolní kostní protokol)	(po 2 týdnech od vstupního kostního protokolu)	s. 102
Cílené RTG skeletu	vždy při klinickém podezření na trauma skeletu	do 3 dnů	s. 102
CT hlavy	vždy	ihned po stabilizaci	s. 109
MR mozku a krční páteře	vždy	nejpozději do týdne	s. 108
MR celé páteře	při nálezů intrakraniálního subdurálního hematomu	současně s MR mozku	s. 109
CT břicha / hrudníku	pouze při podezření na intraabdominální / intrathorakální trauma	dle klinického stavu	s. 114

Dítě starší než 2 roky, podezření na fyzické týrání, bez známek intrakraniálního poranění

vyšetření	indikace	provedení	
Vstupní kostní protokol	není běžně indikován (případně se indikuje u pacientů, které nelze spolehlivě klinicky vyšetřit, např. u dětí s mentální retardací)	(do 3 dnů)	s. 101
Kontrolní kostní protokol	není běžně indikován (pokud se provádí vstupní kostní protokol – viz výše – je vždy nutné doplnit také kontrolní kostní protokol)	(po 2 týdnech od vstupního kostního protokolu)	s. 102
Cílené RTG skeletu	vždy při klinickém podezření na trauma skeletu	do 3 dnů	s. 102
CT hlavy	není indikováno	x	s. 109
MR mozku a krční páteře	není indikováno	x	s. 108
MR celé páteře	není indikováno	x	s. 109
CT břicha / hrudníku	pouze při podezření na intraabdominální / intrathorakální trauma	dle klinického stavu	s. 114

Typické nálezy při PTD

Radiologické změny skeletu u týraných dětí

nález na rentgenovém snímku	specifická pro týrání
Fraktury žeber, zejména posteromediálně	Vysoká specifická
Klasické metafyzární léze, zejména proximálního humeru, distálního femuru, proximální i distální tibie	
Zlomeniny lopatky	
Zlomeniny spinálních výběžků obratlů	
Zlomeniny sterna	
Vícečetné zlomeniny, zejména bilaterální	Nižší specifická
Zlomeniny různého stáří	
Epifyzeolýzy	
Zlomeniny obratlových těl a subluxe	
Zlomeniny prstů	
Komplexní zlomeniny lebky (bilaterální, vícečetné, diastatické, impresivní, větvičí se)	Časté, ale málo specifické nálezy
Subperiostální reakce	
Zlomeniny klíční kosti	
Zlomeniny dlouhých kostí	
Lineární fissury	

Použitá literatura:

Kleinman PK. Diagnostic Imaging of Child Abuse. 3rd edition. Cambridge University Press; 2015. 750 p.

Radiologické změny mozku u týraných dětí

nález na zobrazovacích metodách	specifická pro týrání
Subdurální hematomy různé denzity/intenzity v různých lokalizacích	Vyšší specifická, zvláště pokud se jedná o kombinaci uvedených nálezů
Trombózy přemostujících žil (tzv. lollipop nebo tadpole sign)	
Poranění měkkých tkání krku a ligamentózního aparátu krční páteře	
Retinální krvácení	
Lacerace mozkové tkáně	
Subdurální hematom bez zlomeniny lebky nebo bez souvislosti se zlomeninou lebky	Nálezy s nižší specifitou, které však vyžadují důkladné vyšetření pacienta, zejména pokud chybí traumatická anamnéza
Subarachnoidální, subpiální krvácení nebo epidurální krvácení	
Hypoxicko-ischemické změny	
Difúzní axonální poranění	

Použitá literatura:

Orman G, Kralik SF, Meoded A, Desai N, Risen S, Huisman TAGM. MRI Findings in Pediatric Abusive Head Trauma: A Review. J Neuroimaging. 2020;30(1):15–27.
Hahnemann ML, Kinner S, Schweiger B, Bajanowski T, Karger B, Pfeiffer H, et al. Imaging of bridging vein thrombosis in infants with abusive head trauma: the “Tadpole Sign”. Eur Radiol. 2015;25(2):299–305.

Radiologické intraabdominální nálezy u týraných dětí

nález na zobrazovacích metodách	specifická pro týrání
Poranění duodena u dětí do 4 let, které nebyly účastníky autonehody	Vysoká specifická
Poranění mezenteria	Nízká specifická
Poranění pankreatu, jater, sleziny, ledvin nebo nadledvin	
Hypoperfuzní komplex	

Použitá literatura:

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 Negl [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Mar 16];37(7):430–45. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412002542>. Sheybani EF, Gonzalez-Araiza G, Kousari YM, Hulett RL, Menias CO. Pediatric Nonaccidental Abdominal Trauma: What the Radiologist Should Know. Radiographics. 2014;34:139–53.

Tato Doporučení schválil v březnu 2021 výbor Radiologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně.



Vydání publikace finančně podpořila společnost Philips.



Text © Eliška Popelová, Martin Kynčl, Šárka Špeciánová, 2020

Ilustrace © Anežka Součková, studio Datle, 2021

ISBN 978-80-907347-3-9

Obsah

Úvod	
Postavme se na stranu dětí	84
Kapitola 1	
Právní aspekty a základní situace	87
Kapitola 2	
Žádanka k radiologickému vyšetření	93
Kapitola 3	
Komunikace s pacientem a jeho rodiči	95
Kapitola 4	
Zobrazovací metody při podezření na týrané dítě	98
a. Zobrazení skeletu	99
b. Zobrazení centrálního nervového systému	106
c. Zobrazení nitrobřišních orgánů	113
d. Zobrazení nitrohručních orgánů	118
Kapitola 5	
Radiologická zpráva	119
Příloha 1	
Zákonné povinnosti zdravotníků	123
Příloha 2	
Technika vyšetření a strukturované radiologické zprávy	128
Rejstřík	
Zodpovězené otázky	141

Úvod

Postavme se na stranu dětí

Na urgentní příjem v noci přichází maminka s plačícím měsíčním dítětem v náručí. Všimla si, že dcera nehýbe pravou nožičkou a má oteklý bérce. Maminka vypadá ustaraně, je to její druhé dítě, je tedy už na leccos zvyklá, ale toto ji vystrašilo. Dítě podle ní neutrpělo žádné zranění, jen bylo chvíli samo se starším dvouletým sourozencem. Sloužící ortoped objednává snímek pravého bérce a odhaluje zlomeninu distální tibie. S nožičkou v sádře jede dítě po několika hodinách s maminkou domů. Druhý den radiolog kontroluje snímky z uplynulé noci a u měsíčního kojence konstatuje, že jde o klasickou metafyzární lézi, zároveň odhaluje stejný nález na proximální části tibie. Jde tedy o dvě zlomeniny s vysokou specifitou pro týrání.

Vážení kolegové, věřím, že vás nemusím přesvědčovat o tom, že způsob, jakým se v takové chvíli my radiologové ve spolupráci s klinickými lékaři zachováme, má zásadní vliv na všechny zúčastněné, především však na naše dětské pacienty. Péče o děti s podezřením na týrání představuje jednu z nejnáročnějších situací v ordinacích lékařů pracujících s dětmi. Prvním krokem je vůbec pomyslet na možnost, že se dítě stalo obětí fyzického násilí. Znamky proběhlého násilí však bývají nespecifické. (1–3) Rodiče navíc často přicházejí do zdravotnického zařízení s výraznou časovou prodlevou od vzniku potíží (4) a informace, které poskytují, jsou neúplné, zkreslené, nebo zcela nepravdivé. Ani dětská oběť násilí obvykle neposkytne spolehlivé anamnestické údaje – starší děti o incidentu většinou nepromluví ve strachu z pachatele, mladší děti ještě situaci popsat nedokáží. Přitom jsou to nejčastěji děti mladší jednoho roku, které jsou vystaveny fyzickému násilí. (5,6)

Když jako zdravotníci pojmem podezření, že byl náš dětský pacient vystaven fyzickému násilí, čelíme mnoha výzvám. Komunikovat s jeho rodinou v této situaci je bezpochyby velmi náročné. Jsme si vědomi toho, že vyslovením podezření na proběhlé násilí vystavíme celou rodinu nepříjemným dopadům. Dále, má-li být možnost fyzického týrání řádně vyšetřena, potřebujeme, aby s námi spolupracovali kolegové mnoha dalších lékařských odborností, protože tato úloha přesahuje možnosti lékaře jako jednotlivce. A vidina toho, že bychom se mohli stát součástí trestního řízení s nejistým výsledkem, může být pro mnohé odstrašující. Hlavou se nám mohou honit nejrůznější obavy. Co když se týrání nepotvrdí, nemohu být nařčen/a z křivého obvinění? Nebo – nebudu nařčen/a ze způsobené újmy, protože jsem indikoval/a speciální, potenciálně rizikové, rentgenové vyšetření? Odpověď zní v obou případech „ne“ – jak je kromě mnoha dalších právních aspektů vysvětleno v první kapitole této publikace.

I přes všechny zmíněné těžkosti je nutné postavit se na stranu dětí. Zejména u nejmłodších dětí jsme my zdravotníci jedni z mála osob mimo okruh rodiny, které jsou s dětmi v úzkém kontaktu. Z výzkumů vyplývá, že pokud není týrání rozpoznáno včas, ve více než polovině případů se opakuje. (1) Mnohé studie prokázaly, že násilí na dětech se může postupem času stupňovat a skončit až smrtí, pokud jako lékaři nevyužijeme první příležitost k podrobnému vyšetření. (7–9) Pokud tedy coby zdravotníci pojmem podezření, že se dítě stalo obětí fyzického násilí, musíme provést nezbytné kroky k tomu, abychom toto podezření potvrdili, nebo vyvrátili. A velmi důležitou roli v tom hrají právě zobrazovací metody. Mimo to jsme povinni své podezření hlásit orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Tento krok je nezbytný pro zajištění ochrany dítěte, navíc se jedná o povinnost zakotvenou v zákoně. (10) Zákon nám ukládá také povinnost oznámit Policii ČR nebo státnímu zástupci, pokud se tzv. hodnověrným způsobem dozvíme, že někdo páchá či spáchal trestný čin týrání svěřené osoby či těžkého ublížení na zdraví. (11)

Radiolog i přes zdrženlivost ortopeda prosazuje provedení kostního protokolu. Miminko při této další návštěvě nemocnice doprovázejí oba rodiče. Kostní protokol odhaluje stejné zlomeniny i na levé

dolní končetině a dítě je hospitalizováno. V tuto chvíli už otec připouští, že matka se chovala k dítěti hrubě, a lékařům sděluje, že jeho partnerka po porodu prvního dítěte trpěla laktiční psychózou.

Zobrazovací metody jsou při podezření na týrané dítě velmi významnou součástí vyšetřovacího procesu. Mohou odhalit klinicky němé poranění skeletu, centrálního nervového systému i břicha. Mohou poskytnout jasný důkaz o traumatickém původu léze. Mnohdy odhalí změny, které mají vysokou specifitu pro týrání. Umožňují také stanovit přibližné stáří traumatických změn. V neposlední řadě potom mohou ozřejmit jiné příčiny stavu pacienta.

MR mozku dítěte ukázala normální nález, neurologicky byl dětský pacient také v pořádku. Matka podstoupila psychologické a psychiatrické vyšetření a následně byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení s diagnózou laktiční psychóza. Dítě bylo po osmi dnech propuštěno do péče otce. Kontrolní kostní protokol neodhalil žádné další zlomeniny. Původní zlomeniny obou dolních končetin se zhojily bez následků. Případ fyzického týrání dítěte tak byl odhalen včas a nenastal častý scénář, kdy se dítě o pár dnů či týdnů později vrátí na pohotovost se subdurálním krvácením...

Přínosů radiologických metod lze plně využít pouze, pokud jsou vybrány vhodné zobrazovací modality ve správný čas, při vyšetření jsou zvoleny optimální technické parametry, je kladen důraz na vysokou kvalitu zobrazení, nálezy jsou interpretovány objektivně a v souladu s dostupnými vědeckými poznatky, a je vypracována taková radiologická zpráva, která může obstát i při následném trestním řízení.

Tento dokument vznikl proto, aby vám právě v těchto oblastech přinesl praktické informace, a usnadnil tak praxi na radiologickém oddělení. Uvedená radiologická doporučení se opírají o aktuální vědecké poznatky. Ke každému doporučení je doplněno jeho zdůvodnění, konkrétní tvrzení jsou podepřena citacemi vědeckých prací. Pokud máte zájem problematiku prostudovat blíže, můžete využít odkazy na původní práce a studie. Vedle radiologické problematiky tato příručka přibližuje také právní aspekty péče o děti s podezřením na týrání a tipy na usnadnění komunikace s rodiči pacienta.

Pokud potřebujete rychle sáhnout po jednoduché nápovědě, poslouží vám tabulky na vnitřních stranách obálky: *Přehled zobrazovacích modalit při PTD* usnadní rozhodování, jaké metody indikovat v různých klinických situacích; tabulka *Typické nálezy při PTD* poskytuje přehled nejčastějších zranění. V přílohách pak najdete stručné technické popisy jednotlivých vyšetření a strukturované radiologické zprávy, které můžete použít jako vzor. Pokud máte konkrétní otázku, můžete ji vyhledat v závěrečném rejstříku a odpověď pak naleznete na uvedené straně. S dotazy ohledně konkrétních případů s podezřením na týrané dítě se můžete obracet e-mailem na adresu konzultace.ptd@fnmotol.cz. Na tomto místě bych ráda poděkovala JUDr. Šárce Špeciánové za velkou vstřícnost a expertní konzultace, na jejichž základě jsem mohla zformulovat odpovědi v první kapitole, a také za její příspěvek *Zákonné povinnosti zdravotníků*, jež najdete v přílohách. Děkuji také vám všem kolegům-radiologům za podnětné komentáře k rukopisu.

Na závěr bych ráda ještě jednou zdůraznila, že radiologové a radiologičtí asistenti hrají v případě podezření na týrané dítě zásadní roli. Naše práce může významným způsobem ovlivnit další péči o pacienta a mnohdy zachraňuje nejen zdraví, ale i životy. Věřím, že tato publikace poskytne oporu vám všem – radiologům a radiologickým asistentům – při plnění této zodpovědné a nelehké úlohy.

MUDr. Eliška Popelová
Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK
a FN v Motole, Praha

Použitá literatura – Úvod:

1. Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-Salmon C. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements : key points for imaging. *Pediatr Radiol.* 2014;44:578–88.
2. Minns RA, Busuttill A. Patterns of presentation of the shaken baby syndrome: Four types of inflicted brain injury predominate. *Bmj.* 2004;328(7442):766.
3. Hilmes MA, Hernanz-Schulman M, Greeley CS, Piercey LM, Yu C, Kan JH. CT identification of abdominal injuries in abused pre-school-age children. *Pediatr Radiol.* 2011;41(5):643–51.
4. Raissaki M, Veyrac C, Blondiaux E, Hadjigeorgi C. Abdominal imaging in child abuse. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Mar 16];41(1):4–16; quiz 137–8. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21088831>>.
5. Agran PF, Anderson C, Winn D, Trent R, Walton-haynes L, Thayer S, et al. Rates of Pediatric Injuries by 3-Month Intervals for Children 0 to 3 Years of Age The online version of this article , along with updated information and services , is located on the World Wide Web at : Rates of Pediatric Injuries by 3-Month Intervals for. *Pediatrics.* 2003;111(e683):683–92.
6. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2010;95(6):170–7.
7. Petska HW, Sheets LK, Knox BL. Facial bruising as a precursor to abusive head trauma. *Clin Pediatr (Phila).* 2013;52(1):86–8.
8. Thackeray JD. Frenet tears and abusive head injury: A cautionary tale. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23(10):735–7.
9. King WK, Kiesel EL, Simon HK. Child Abuse Fatalities. Are We Missing Opportunities for Intervention? *Pediatr Emerg Care.* 2006;22(4):211–4.
10. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.
11. Zákon č. 40/2009 Sb., ustanovení § 367 a § 368.

Kapitola 1

Právní aspekty a základní situace

Podezření na týrání se odlišuje od ostatních diagnóz, se kterými se jako lékaři a radiologičtí asistenti u dětských pacientů setkáváme. Vyšetřování těchto dětí se často pojí s nejistotou, jaká jsou v takové situaci naše práva a povinnosti stanovené platnou právní úpravou. Následující kapitola pomocí příkladů představuje nejčastější scénáře, ke kterým při vyšetření dítěte s podezřením na týrání může dojít.

Nese radiolog odpovědnost za správnost vyhodnocení vyšetření při podezření na týrané dítě?

a. Nese radiolog odpovědnost, pokud špatně rozpozná nález na zobrazovacích metodách, následkem čehož je dítě poškozeno nebo zemře?

Příklady:

Radiolog na CT břicha neodhalil krvácení do stěny střeva, krvácení se následně zhojilo jizvou, která způsobila významnou překážku na střevě, v jejímž důsledku dítě dlouhodobě trpí zvracením a neprospívá.

Radiolog na CT mozku nerozpoznal subdurální krvácení, v jehož důsledku došlo k útlaku mozku, rozvoji křečí a masivní aspiraci, následkem čehož zemřelo.

Ano, radiolog nese odpovědnost za správné vyhodnocení nálezu. Jeho odpovědnost se v tomto případě neliší od odpovědnosti lékaře při interpretaci jiných vyšetření.

Dle platné právní úpravy mají radiolog a klinický lékař 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*.

V uvedených příkladech lékař nepostupoval podle náležité odborné úrovně, a lze proto dovodit jeho odpovědnost za poškození či úmrtí dítěte.

b. Nese radiolog odpovědnost, pokud sice zobrazenou patologii správně rozpozná, ale neodhalí, že pravděpodobnou příčinou této patologie bylo fyzické násilí, dítě se tak vrátí do svého prostředí, kde je znovu vystaveno násilí (mnohdy se stupňující se agresivitou), následkem čehož utrpí další zranění nebo zemře?

Příklad:

Na rentgenovém snímku hrudníku u tříměsíčního dítěte s podezřením na zápal plic byly popsány zlomeniny žeber, radiolog však z tohoto nálezu

nevyvodil žádný závěr ve své radiologické zprávě, ani neupozornil telefonicky indikujícího lékaře. Dítě se po skončení léčby pneumonie vrátilo do svého prostředí. O měsíc později bylo přivezeno na urgentní příjem s poruchou vědomí a CT odhalilo akutní poranění mozku.

Ano, takový postup by byl považován za *non lege artis*. Při popisu traumatických změn u dítěte je třeba, aby radiolog koreloval anamnézu, dosažené motorické milníky pacienta, odborné znalosti a radiologický nález. V případě, že radiolog dojde k závěru, že stav dítěte byl s velkou pravděpodobností způsoben cizím zaviněním, tuto skutečnost jednoznačně uvede v radiologické zprávě. Povinností radiologa je zvažovat dle mechanismu vzniku zranění, zda si dítě zranění mohlo způsobit samo (i toto může být posuzováno jako zanedbání péče ze strany pečovatелů), či zda zranění mohlo být s velkou pravděpodobností způsobeno jednáním třetí osoby. Jen v takovém případě lze hovořit o tom, že radiolog postupoval *lege artis*. Jakmile radiologická zpráva uvádí cizí zavinění jako jednu z možných příčin pacientova stavu, je klinický lékař povinen provést další vyšetření, která toto podezření mohou potvrdit, nebo vyvrátit.

Jak je to s oznamovací povinností zdravotníků a s povinností přezkazit a oznámit spáchání trestného činu týrání svěřené osoby?

a. Komu lékař plnicí oznamovací povinností podezření hlásí a jaká je nutná „míra jistoty“ pro to, aby byl lékař povinen/oprávněn učinit toto oznámení?

Příklady:

Sedmiletý chlapec měl bolesti břicha po údajném pádu ze schodů. CT břicha odhalilo laceraci levého jaterního laloku a frakturu 12. žebra vlevo. Ošetřující chirurg považoval tento mechanismus úrazu při takovém nálezu za nepravděpodobný a pojal podezření na cizí zavinění. (Např. že chlapci někdo šlápnul na břicho nebo do něj kopnul.) Má lékař takový případ hlásit? Komu?

Otec přinesl pülroční dítě na pohotovost s tím, že vypadlo z postýlky, když do ní narazil pes. Kojenec

měl oteklý a bolestivý levý loket, rentgenové a ultrazvukové vyšetření odhalilo luxaci lokte a epifyzeolýzu distálního humeru. Vzhledem k tomuto nálezu byl indikován kostní protokol, který odhalil hojící se fraktury žeber. Při konfrontaci s těmito nálezy otec připustil, že mechanismus úrazu byl jiný, než zpočátku uváděl. Podle nové verze se otec snažil dítě nakrmit z láhve, ono to však odmítalo, on ho proto za použití hrubé síly položil na záda na zem a levou horní končetinu mu zkroutil pod zády, přičemž došlo k poranění v oblasti lokte. Otec tedy připustil, že zlomeninu a luxaci kojenci přivodil sám. K frakturám žeber však muselo dojít již dříve. Komu má lékař takové zjištění oznámit?

(První příklad) Při podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte je nutné kontaktovat orgán sociálně-právní ochrany dětí – obecní úřad obce s rozšířenou působností (dále jen „OSPOD“) v místě bydliště pacienta. Tento postup upravuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí. (1) Optimální je, pokud lékař kontaktuje sociálního pracovníka (či sociální odbor) poskytovatele zdravotních služeb, ve kterém lékař působí. Tento interní sociální pracovník následně kontaktuje OSPOD v místě bydliště pacienta a učiní oznámení. (Druhý příklad) V případě vysoké míry jistoty, že někdo jiný páchá či byl spáchán trestný čin týrání svěřené osoby, oznamuje lékař tuto skutečnost Policii ČR či státnímu zástupci. (2) Tuto povinnost nelze nahradit splněním oznamovací povinnosti OSPOD.

b. Má zákonnou oznamovací povinnost ošetřující lékař dítěte nebo radiolog?

Příklad:

Radiolog popsal na rentgenovém snímku kojence klasické metafyzární léze femuru a tibie, což je nález velmi specifický pro týrání. Tuto skutečnost nahlásil klinickému lékaři a doporučil doplnit další vyšetřovací metody. Klinický lékař však možnost, že dítě bylo vystaveno násilí, vyloučil se slovy: „Dítě bylo ošetřeno, už odjelo s rodiči domů. Já jsem rodiče viděl, vypadají úplně normálně, určitě by dítě netýrali.“ Klinický lékař tedy odmítl provést doplňující vyšetření, která by mohla toto podezření potvrdit, či vyvrátit. Je v takovém případě radiolog povinen splnit oznamovací povinnost tak, aby zajistit bezpečí dítěte?

Zákon nestanovuje, zda tuto povinnost má radiolog nebo ošetřující lékař dítěte. V případě oznámení OSPOD má tuto povinnost poskytovatel zdravotních služeb. Obvykle činí oznámení po vzájemné dohodě ošetřující lékař, který je s případem obeznámen komplexněji než radiolog. Pokud má radiolog důvodné podezření na týrání, ale ošetřující lékař odmítá provést doplňující vyšetření nebo učinit oznámení, je radiolog povinen toto oznámení učinit sám. Plnění trestněprávních povinností je již na každém lékaři, který se hodnověrně dozví, že někdo jiný páchá či spáchal trestný čin. Nejvhodnějším řešením je v rámci daného zdravotnického zařízení vypracovat vnitřní předpis s jasně popsaným postupem a také zřídit multidisciplinární tým, který bude případy podezření na týrané dítě řešit.

c. Kdy přesně má lékař splnit oznamovací povinnost?

Příklad:

Pětiměsíční kojeneček byl přijat pro křeče, na CT mozku bylo patrné subdurální krvácení. Jedním z možných vysvětlení je, že toto dítě bylo vystaveno fyzickému násilí. Nicméně existují i další možnosti (např. vzácná metabolická onemocnění), které je potřeba vyloučit dalším vyšetřením. V jaké chvíli má ošetřující lékař splnit oznamovací povinnost? Ihned po CT vyšetření? Nebo až po doplnění dalších vyšetření, které vyloučí ostatní možné příčiny?

V případě podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte je optimální kontaktovat sociálního pracovníka či sociální odbor příslušného poskytovatele zdravotních služeb co nejdříve, vždy však dříve, než pacient zdravotnické zařízení opustí.

Sociální pracovník poskytovatele zdravotních služeb bude kontaktovat sociálního pracovníka OSPOD. Sociální pracovník OSPOD již může mít velmi podnětné informace k vyhodnocení míry ohrožení dítěte (např. podezření na týrání u sourozenců, informace o rizikových faktorech ze školy, školky či od jiných zdravotníků). Díky této spolupráci se lékař může dozvědět informace, které mu mohou pomoci ve vyhodnocení míry ohrožení dítěte.

V případě vysoké míry jistoty, že byl spáchán trestný čin týrání svěřené osoby, oznamuje lékař

tuto skutečnost Policii ČR či státnímu zástupci. Pokud lékař vyhodnotí, že k páchání trestného činu týrání svěřené osoby stále dochází, tuto skutečnost oznámí Policii ČR či státnímu zástupci neprodleně poté, co vyhodnotí závažnost míry ohrožení dítěte.

d. Ponesou lékaři odpovědnost v případě, že nesplnili oznamovací povinnost, dítě se vrátilo zpět do svého prostředí, kde utrpělo další zranění nebo došlo k jeho úmrtí?

Příklad:

Batole bylo přijato do nemocnice pro neustávající zvracení. CT břicha odhalilo krvácení do stěny střeva, poranění jater a pankreatu – u dítěte tohoto věku, které nebylo účastníkem autonehody, se jedná o nález s vysokou specifivitou pro týrání. Rodiče jakékoli trauma odmítli. Pacient byl v nemocnici léčen, dokud se jeho stav zlepšil natolik, že mohl být propuštěn domů. Lékaři nikomu tento nález nenahlásili. Dítě bylo doma vystaveno dalšímu násilí, na jehož následky zemřelo.

Ano, pokud by se prokázal postup *non lege artis*, lze dovodit odpovědnost lékařů.

V případě, že se týrání nepotvrdilo, může být lékař, který učinil oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí nebo policejnímu orgánu, následně nařčen z křivého obvinění?

Příklad:

Rodiče přinesli roční dítě k lékaři s tím, že se od předchozího dne odmítá postavit a reaguje bolestivě na dotek na pravém bérce. Žádného úrazu si nebyli vědomi. Na zhotoveném rentgenovém snímku byla odhalena čerstvá zlomenina kosti holenní, ale také hojící se zlomenina kosti lýtkové. Na doplňných snímcích radiolog odhalil další zlomeniny v různých fázích hojení. Dítě bylo přijato na oddělení, byla zahájena léčba a série dalších vyšetření, současně ošetřující lékař oznámil podezření ze spáchání trestného činu týrání svěřené osoby nebo těžkého ublížení na zdraví. Následná vyšetření však odhalila onemocnění osteogenesis imperfecta provázené vyšší lomivostí kostí a týrání se nepotvrdilo. Rodiče následně žalovali lékaře, že je křivě obvinil z týrání.

Za těchto podmínek nemůže být lékař nařčen z křivého obvinění. Jedná se o podezření, nikoliv již prokázané týrání, zneužívání či zanedbávání, které lékaři oznamují OSPOD.

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 oni by pak mohli čelit případnému postihu. Proto zákon o sociálně-právní ochraně dětí uvádí už samotné podezření na týrání či zanedbávání jako dostatečný důvod k oznamovací povinnosti. Pokud lékař 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. Zdůrazněme, že 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. (3) Navíc lékař by se tohoto trestného činu musel dopustit úmyslně.

V případě, že se týrání nepotvrdí, může lékař nést následky toho, že v průběhu diagnostického procesu indikoval potenciálně rizikové radiologické vyšetření?

Příklad:

Roční dítě bylo přineseno na pohotovost s křečemi. CT vyšetření odhalilo subdurální krvácení. Rodiče si žádného úrazu dítěte nebyli vědomi. Lékař pracoval s možností, že se dítě stalo obětí fyzického násilí a v souladu s mezinárodními standardy indikoval kostní protokol a další vyšetření. Kostní protokol neodhalil žádnou zlomeninu. U dítěte bylo následně diagnostikováno vzácné metabolické onemocnění glutarická acidurie, které se projevuje mimo jiné vznikem subdurálního krvácení. Podezření z týrání se tak nepotvrdilo. Rodiče si následně stěžovali na postup lékaře, který zbytečně vystavil jejich dítě ionizujícímu záření spojenému s rentgenovými snímky, a dožadovali se jeho postihu.

V případech, že postup lékaře byl *lege artis*, nemůže čelit postihu. Tato situace se nijak neliší od indikací ostatních vyšetření.

Jako příklad lze uvést situaci, kdy lékař v souladu s doporučením PECARN (4) indikuje CT mozku u účastníka autonehody s poruchou vědomí a toto vyšetření neodhalí žádnou patologii. Přestože je nález na CT mozku negativní, pokud lékař postupoval *lege artis*, nemůže být jakkoli trestán za to, že využil vyšetření, které je spjaté s radiální zátěží.

Jaký je správný postup dle *lege artis*? Jsou tato Doporučení pro využití zobrazovacích metod při podezření na týrané dítě závazná?

Radiolog a klinický lékař mají povinnost poskytovat zdravotní služby na náležitě 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. Takto je platnou právní úpravou definováno poskytování zdravotních služeb tzv. *lege artis*. Pokud jsou tyto podmínky splněny, jedná se o správný odborný postup. Standardy zdravotní péče jsou odborníky sepsané normy, které reprezentují tzv. evidence-based medicine guidelines – doporučení k diagnostickým a léčebným postupům, jejichž příkladem jsou právě tato *Doporučení pro využití zobrazovacích metod při podezření na týrané dítě*. Doporučení však nejsou závazná a záleží na posouzení každého lékaře, zda se bude doporučeným postupem řídit. Odchýlení se od tohoto postupu tedy není postupem *non lege artis*, je však na lékaři, aby obhájil jiný postup, který v konkrétním případě zvolil.

Mohou zákonní zástupci odmítnout, aby jejich dítě při podezření na týrání podstoupilo radiologické vyšetření?

Radiologické vyšetření pro podezření na týrání je možné provést i v případě, že s ním zákonní zástupci nedali souhlas. Zákon o zdravotních službách k tomu uvádí: „nezletilému pacientovi lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce, pokud je u něj podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání.“ (5)

Příčemž „neodkladnou péčí“ zákon definuje takto: „účelem neodkladné péče 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.“ (6)

V každém případě je však nezbytné, abychom zákonným zástupcům vysvětlili, že náš cíl je společný – a to dětskému pacientovi pomoci. Pro všechny zúčastněné je bezpochyby příjemnější, když zákonní zástupci porozumí nutnosti dalšího vyšetření dítěte a udělí s ním souhlas.

Mohou být zákonní zástupci přítomni během radiologického vyšetření dítěte s podezřením na týrání?

Ano, přítomnost zákonných zástupců během vyšetření malých dětí je obvykle přínosná a je vhodné ji podpořit. Pro dítě se jedná o novou situaci v cizím prostředí a zákonní zástupci mu jsou důležitou oporou.

Pokud však zdravotníci vyhodnotí, že by bylo vhodnější dítě vyšetřit bez přítomnosti zákonných zástupců, mají právo tak učinit. Zákon o zdravotních službách k tomu uvádí: „jde-li o nezletilého pacienta, poskytovatel vyloučí, má-li podezření, že je tento pacient zneužíván nebo týrán, popřípadě, že je ohrožován jeho zdravý vývoj, přítomnost zákonného zástupce (ale i pěstouna a jiné osoby, do jejíž péče byl nezletilý pacient na základě rozhodnutí soudu svěřen) při poskytování zdravotních služeb, pokud jde o vyšetření za účelem vyloučení známek uvedených skutečností.“ (7)

Starší děti mohou samy rozhodnout o tom, že zákonný zástupce nemá být při jejich vyšetření přítomen. Zákon o zdravotních službách k tomu uvádí: „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.“ (8)

Použitá literatura – Kapitola 1:

1. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
2. Ustanovení § 367 a 368 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů – upravující skutkovou podstatu Nepřekážení trestného činu a Neoznámení trestného činu.
3. Ustanovení § 345 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů
4. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2009;374(9696):1160–70. Dostupné z: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61558-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61558-0)>
5. Ustanovení § 38 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
6. Ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
7. Ustanovení § 35 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
8. Ustanovení § 28 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Kapitola 2

Žádanka k radiologickému vyšetření

Tato kapitola popisuje jeden z prvních kroků při vyšetření dítěte s podezřením na týrání – vystavení žádanky k radiologickému vyšetření.

Kdo indikuje radiologické vyšetření při podezření na týrané dítě?

- Kostní protokol a magnetickou rezonanci mozku indikuje atestovaný lékař. Ostatní vyšetření indikuje ošetřující lékař nezávisle na stupni dosaženého vzdělání.
- Samotnému vystavení žádanky vždy předchází telefonická konzultace s radiologem.
- Radiologická vyšetření u pacientů se suspektním fyzickým týráním kladou vysoké nároky na kvalitu provedení, interpretaci nálezu a vypracování radiologické zprávy. Jejich výsledek může mít zásadní dopad na další život dítěte. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby vyšetření bylo správně indikováno a byla zvolena nejvhodnější zobrazovací modalita. Proto je žádoucí, aby proběhla diskuse mezi indikujícím lékařem a radiologem ještě před vyšetřením.

Co má obsahovat žádanka k radiologickému vyšetření?

- Pokud indikující lékař pojme podezření, že došlo k fyzickému násilí spáchaném na dítěti, jasně to na žádance uvede. Za tímto účelem je možné využívat v rámci konkrétního zdravotnického zařízení předem domluvenou zkratku, například PTD („podezření na týrané dítě“), CAN („child abuse and neglect“), nebo NAI („non-accidental injury“).
- Součástí žádanky jsou detailní anamnestické údaje, které mají souvislost s prováděným vyšetřením. Sem patří popis vzniku obtíží, v případě traumatu detailní popis mechanismu úrazu (zejména výška, ze které dítě spadlo, a povrch, na který dopadlo) a časový údaj o vzniku obtíží nebo úrazu. Jen tak je možné, aby se radiolog spolehlivě vyjádřil k tomu, zda nález na zobrazovacích metodách odpovídá uvedené anamnéze.
- Žádanka obsahuje důležité klinické údaje. Do této části patří zejména přítomnost a lokalizace povrchových známek poranění.
- V optimálním případě jsou na žádance uvedeny také základní informace o psychomotorickém vývoji dětského pacienta. Jedná se zejména o dosažené

vývojové milníky. (Např. Přetáčí se dítě na bříško? Leze po čtyřech? Chodí kolem nábytku? Apod.) Bez těchto znalostí se radiolog nemůže vyjádřit k tomu, zda radiologický nález odpovídá anamnéze. Pokud tyto informace nejsou uvedené na žádance, musí být pro radiologa dostupné, například v elektronické dokumentaci – v příjmové či ambulanci zprávě.

Kapitola 3

Komunikace s pacientem a jeho rodiči

Při vyšetřování dítěte s podezřením na týrání bývá emoční angažovanost personálu i rodičů vyšší než při vyšetřování dětí s jinými diagnózami. Tato kapitola představuje možné pocity zúčastněných a přináší tipy pro usnadnění komunikace s pacientem a jeho rodiči. (Pozn. Pro zjednodušení zde dáváme přednost termínu „rodiče“ oproti přesnějšimu, ale neosobnímu výrazu „zákonní zástupci“.)

Je možné při komunikaci s rodiči dítěte rozpoznat pachatele násilí?

Někdy ano, mnohdy však nikoli. Rodič, který se chová při vyšetření k dítěti hrubě nebo ze kterého má dítě evidentní strach, jistě neunikne pozornosti radiologického týmu. Řada rodičů se však ve zdravotnickém zařízení dokáže chovat způsobem, který nevyvolává zvláštní pozornost, přestože v domácím prostředí se dopouští násilí na dětech a/nebo na svých partnerech.

Jako obzvláště obtížné se jeví rozpoznat probíhající násilí v rodinách s vyšším socio-ekonomickým statutem. (1) Takovým rodičům mají zdravotníci tendenci „nadržovat“. Ze studií vyplývá, že vyšetření pro podezření na týrání podstupují výrazně častěji děti z rodin s nižším socio-ekonomickým statutem a také děti příslušníků menšin.

Američtí lékaři Rubin et al zkoumali kojence s traumatickým poraněním mozku, kteří nebyli účastníky autonehody – jednalo se tedy o potenciální oběti fyzického násilí. Autoři zjišťovali, u kolika kojenců byl zhotoven kostní protokol.

Děti, které měly státní pojištění nebo neměly žádné pojištění, podstoupily kostní protokol významně častěji, než děti se soukromým pojištěním (81 % vůči 53 %). Studie také ukázala, že děti Afroameričanů podstoupily kostní protokol častěji než děti bílých rodičů.

Zarážejícím výsledkem této studie přitom je zjištění, že pravděpodobnost, že konečnou diagnózou dítěte, které podstoupí kostní protokol, bude týrání, je vyšší u dětí bílých rodičů než u potomků Afroameričanů (61 % vůči 51 %).

Důvodem může být skutečnost, že děti bílých rodičů musí jevit nápadnější známky týrání, aby bylo podezření na týrání vysloveno. Procento pozitivního záchytu je potom logicky vyšší. (2)

Úlohou radiologického personálu ovšem není rodiče pacienta jakkoli hodnotit. Fyzické týrání je pouze jednou z možných příčin pacientových obtíží a je možné, že vyšetření nakonec prokáže etiologii zcela odlišnou. O možném cizím zavinění rozhodne až případný soud.

Na druhou stranu, pokud radiologický personál zaznamená během vyšetření nevhodné chování rodičů, má toto zjištění sdělit indikujícímu lékaři a zmínit jej v radiologické zprávě.

Jaké jsou možné pocity rodičů, kteří doprovázejí dětského pacienta na radiologické vyšetření pro podezření z týrání?

- Rodič má obavy o zdraví a život svého dítěte, nezávisle na tom, zda si je vědom toho, že bylo vysloveno podezření na týrání.
- Pachatel fyzického násilí má obavy z toho, že bude odhalen.
- Partner/ka pachatele/ky má strach z pomsty, které by mohl/a čelit, pokud poskytne zdravotníkům pravdivé údaje o příčině stavu dítěte.
- Rodič je šokovaný zjištěním nebo i jen podezřením, že jeho dítěti někdo ublížil (zpravidla se tohoto jednání dopustila osoba, které rodič důvěřoval).
- Rodič popírá, že došlo k týrání jeho dítěte (ať už jde o odůvodněné či mylné popírání) a má zlost na zdravotníky, že s touto možností pracují.
- Rodič má strach z následků, které vyplývají z podezření na týrání.

Jaké jsou možné pocity radiologického personálu, když vyšetřuje dítě s podezřením na týrání?

- Radiolog/radiologický asistent si není jistý, jak komunikovat s dítětem a s rodiči dítěte, u kterého existuje podezření na týrání.
- Přítomnost potenciálního pachatele násilí na radiologickém oddělení vyvolává v radiologovi/radiologickém asistentovi nepříjemné pocity nebo strach.
- Radiolog/radiologický asistent cítí únavu spojenou s časově, technicky a odborně náročným radiologickým vyšetřením.
- Radiolog/radiologický asistent se necítí dostatečně kompetentní k provedení/hodnocení vyšetření s tak zásadním dopadem na další život dítěte.

Jak předcházet konfliktům při vyšetřování pacientů s podezřením na týrání?

Výčet některých nepříjemných pocitů na straně radiologického personálu i rodičů dobře osvětluje,

proč vyšetření dítěte s podezřením na týrání často probíhá ve vypjaté atmosféře. V té může snadno dojít ke konfliktům mezi rodiči a zdravotníky. Korektní chování ze strany zdravotnického personálu je nejlepší prevencí potenciálního konfliktu při vyšetření.

Obecně platné kroky, které jako radiolog/
radiologický asistent můžete uplatnit:

1. Při setkání s rodiči a pacientem se představte – sdělte své jméno a svou roli při vyšetření.
2. Krátce popište, jak bude vyšetření probíhat. U složitějších vyšetření dále popisujte jednotlivé kroky přímo během vyšetření.
3. Vysvětlíte rodiči/rodičům, jaká bude jeho/jejich role během vyšetření.
4. S dítětem jednejte s ohledem na jeho věk (zpravidla se jedná o batolata a kojence). Vyšetřovna by měla být přizpůsobena práci s dětmi – nejen adekvátním přístrojovým vybavením, ale i přítomností obrázků, hraček, přikrývek pro zajištění tepelného komfortu a podobně.
5. Po celou dobu vyšetření jednejte s dítětem i jeho rodiči s citem a respektem.

Jaká jsou specifika vyšetřování dítěte s podezřením na týrání?

Vzhledem k tomu, že radiologický personál neví, zda byli rodiče dítěte o podezření na týrání informováni, je vhodnější tuto skutečnost nezmiňovat. Informovat rodiče je úkolem ošetřujícího klinického lékaře.

Rodiče mohou pokládat dotazy týkající se indikace nebo možných rizik spojených s radiologickým vyšetřením. Radiolog v takovém případě podá doplňující informace, ale při této diskusi by měl být přítomen také indikující lékař. (1) Pokud se rodiče například přímo zeptají, co znamená zkratka „PTD“ uvedená na žádance ke kostnímu protokolu, a proč má jejich dítě podstoupit speciální vyšetření, mohou to zdravotníci odůvodnit jako vyšetření, které má vyloučit vzácné onemocnění kostí – což je koneckonců pravda.

V některých případech potřebuje naopak radiolog získat doplňující informace od rodičů. Měl by se však vždy omezit pouze na otázky, které úzce souvisí s vyšetřením, a nepodlehnout pokušení vést své vlastní „pátrání“.

Otázky, které se týkají samotné anamnézy, by měl radiolog klást indikujícímu lékaři, nikoli potenciální oběti násilí. Opakované „výsledky“ rozličnými dospělými jsou pro děti matoucí a traumatizující. (1)

Radiolog zpravidla nesdílí výsledky proběhlého vyšetření přímo rodičům. Je vhodnější, aby výsledky zobrazovacích metod rodině sdělil ošetřující lékař (viz *Kapitola 5 – Radiologická zpráva*).

Použitá literatura – Kapitola 3:

1. Kleinman PK. Diagnostic Imaging of Child Abuse. 3rd edition. Cambridge University Press; 2015. 750 p.
2. Wood JN, Hall M, Schilling S, Keren R, Mitra N, Rubin DM. Disparities in the evaluation and diagnosis of abuse among infants with traumatic brain injury. *Pediatrics* [Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Mar 16];126(3):408–14. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20713477>>

Kapitola 4

Zobrazovací metody při podezření na týrané dítě

Pokud lékař správně rozpozná týrané dítě, může mu tím zachránit život. Při vyšetřování dětí s podezřením na týrání je ještě více než u jiných diagnóz nutné postupovat podle prověřených postupů, které zaručí co nejvyšší výtěžnost vyšetření a možnost jeho objektivního zhodnocení. Je to zásadní nejen pro včasné zajištění bezpečného prostředí pro dítě, ale i pro účely následného trestního řízení a v neposlední řadě pro vyloučení ostatních stavů v rámci diferenciální diagnostiky. Při podezření na týrání je vhodné dětského pacienta hospitalizovat. Hospitalizací získáme čas na provedení a vyhodnocení nezbytných vyšetření, a také dítě ochráníme před případným dalším násilím.

Následující kapitola představuje, jak postupovat při:

- a. zobrazení skeletu,**
- b. zobrazení centrálního nervového systému,**
- c. zobrazení nitrobřišních orgánů,**
- d. zobrazení nitrohruďných orgánů.**

Kapitola 4a

Zobrazení skeletu

Zobrazení skeletu představuje u nejmladších dětí zásadní vyšetření, které může odhalit klinicky němá poranění, traumata vysoce specifická pro týrání, ale také patologické změny v rámci diferenciální diagnostiky. Tato kapitola popisuje, jak nejlépe zobrazit skelet při podezření na týrané dítě, přičemž největší důraz je kladen na tzv. kostní protokol.

Proč vyšetřovat skelet při podezření na fyzické týrání?

Poranění skeletu je u dětských obětí násilí časté. Kostní protokol odhalil klinicky němou zlomeninu u 11 % dětí s podezřením na týrání. (1) Kostní protokol odhalil zlomeninu u 23 % dětí mladších šesti měsíců, které byly vyšetřovány pro nález podkožního hematomu. (Ve studii byly zahrnuty pouze děti s jinak normálním klinickým nálezem, bez anamnézy fyzického útoku. (2))

Poranění skeletu u dětí nemusí být snadné klinicky odhalit z důvodu nízkého věku pacientů a časté absence klinických známek poranění.

Mezi dětskými oběťmi násilí s poraněním skeletu bylo 49 % kojenců, 19 % batolat a 32 % starších dětí. (3) Klinické odhalení fraktur u nejmenších dětí je málo spolehlivé. Méně než 10 % fraktur (s výjimkou zlomenin lebky) je doprovázeno podkožním hematomem. (4,5) Od této skutečnosti se odvíjí i strategie snímkování skeletu – u mladších dětí je nutné provést detailnější vyšetření skeletu.

Zobrazení skeletu může odhalit traumata, která je nutné léčit.

Mezi nejčastější fraktury u obětí násilí patří fraktury lebky, dlouhých kostí a žeber. (6)

Zobrazení skeletu může odhalit traumata s vysokou specificitou pro týrání.

Mezi traumata skeletu s nejvyšší specificitou pro fyzické týrání patří klasické metafyzární léze, zlomeniny žeber – zejména posteromediálně, zlomeniny spinózních výběžků obratlů a zlomeniny lopatky. (7)

Jde o čas – k odhalení probíhajícího fyzického násilí na dítěti je potřeba využít první dostupné možnosti. Zejména proto, že děti mají silnou schopnost regenerace, a důkazy o případném týrání tak s časem ztrácejí na zřetelnosti. Zároveň včasný proaktivní přístup lékaře může týrané dítě uchránit před dalšími fyzickými i psychickými zraněními, způsobenými týráním.

U 21 % dětí do tří let s frakturami vzniklými následkem týrání nebylo při prvním vyšetření vysloveno podezření na týrání. 17 % z těchto dětí utrpělo v časové prodlevě mezi prvním vyšetřením a vyslovením podezření na týrání další poranění. (8)

Zobrazení skeletu umožňuje přibližný časový odhad vzniku poranění.

Hodnocení stáří zlomeniny je do značné míry subjektivní. Radiologům, kteří nemají v této problematice dostatečné zkušenosti, se doporučuje hodnocení stáří zlomeniny omezit na to, zda jsou měkké tkáně rozšířené (známky čerstvého traumatu) nebo zda jsou přítomné známky hojení (známky staršího traumatu). (9)

Zobrazení skeletu může potvrdit nebo vyloučit ostatní stavy a změny v rámci diferenciální diagnostiky.

V diferenciální diagnostice je třeba zvažovat náhodně vzniklá poranění, porodní traumata, metabolická onemocnění, kostní dysplazie, normální varianty a další. (9)

Jaké radiologické vyšetření skeletu je indikováno při podezření na týrané dítě?

Pro volbu vhodné vyšetřovací metody je určující věk pacienta. U dětí ve věku 0–24 měsíců je indikován tzv. kostní protokol.

Kostní protokol může být významněji indikován také u starších dětí, zejména u těch, které nelze klinicky spolehlivě vyšetřit (jde především o děti s těžkou mentální retardací).

Čím mladší je pacient, tím vyšší je incidence zlomenin v kostním protokolu. Např. 16 % dětí mladších šesti měsíců mělo klinicky němou frakturu odhalenou kostním protokolem, ve srovnání se 7 % dětí ve věku 6–12 měsíců. (1)

U dětí starších 24 měsíců jsou indikovány cílené rentgenové snímky anatomických oblastí s podezřením na trauma.

Incidence zlomenin ve věkové kategorii 1–2 roky a 2–3 roky jsou prakticky totožné. (1,10) Vychází se však z předpokladu, že děti starší dvou let je obvykle možné lépe klinicky vyšetřit, zejména vzhledem k rozvoji jejich verbálních schopností. Z tohoto důvodu je kostní protokol plošně doporučován u dětí do dvou let věku. U starších dětí jsou indikovány cílené snímky klinicky suspektních oblastí. (11–13)

KOSTNÍ PROTOKOL

Co to je kostní protokol?

Kostní protokol je standardizované vyšetření, které umožní hodnocení celého skeletu na vysoce kvalitních rentgenových snímcích. Tzv. vstupní kostní protokol je indikován u všech dětí do 2 let, u nichž je fyzické týrání jednou z diferenciálních diagnóz. U těchto pacientů se po dvou týdnech provádí ještě kontrolní kostní protokol.

10 % dětí do dvou let vyšetřovaných pro podezření na týrání mělo v kostním protokolu klinicky němou frakturu. Velmi závisí na charakteristice vyšetřované skupiny. Ve stejné studii byla incidence klinicky němých zlomenin v podskupině dětí ve věku do šesti měsíců 16 % a v podskupině dětí s křečemi dokonce 33 %. (1)

Kdo indikuje kostní protokol?

Kostní protokol indikuje atestovaný lékař po dohodě s radiologem.

Důvodem nutné konzultace s radiology je nejen nezanedbatelná radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením, ale také velmi významné dopady výsledků vyšetření na další život dítěte.

Radiační zátěž při provedení vstupního kostního protokolu odpovídá přibližně 4–8 měsícům záření z přírodního pozadí. (14)

Ještě před vystavením žádanky na kostní protokol je nutné, aby se indikující lékař telefonicky nebo osobně spojil s radiologem.

Jedná se o vyšetření, které je technicky, emočně i časově náročné a radiologické oddělení musí mít možnost se na něj co nejlépe připravit. Není vhodné, aby se radiologický asistent o případu dozvěděl až ve chvíli, kdy se pacient dostaví na radiologické oddělení.

Kdo kostní protokol provádí?

Snímky zhotovují dva radiologičtí asistenti (RA) s kontinuální praxí ve skiagrafii dětí. Přítomnost dvou RA je nutná z důvodu jejich právní ochrany. Druhý RA může vystoupit jako důležitý svědek v případě, že by byly vzneseny námitky vůči způsobu provedení radiologického vyšetření nebo pokud by zákonní zástupci pacienta vznesli námitku, že k traumatu dítěte došlo na radiologickém oddělení. Během kostního protokolu má být přítomna také další osoba – zdravotní sestra či bratr, či lékař z indikujícího oddělení. Je vhodné, aby byl v každém týmu určen jeden radiologický asistent, který je s technikou kostního protokolu dobře seznámen a tyto znalosti si udržuje.

Kdy se vstupní kostní protokol provádí?

V případě klinického nálezu jsou suspektní oblasti snímkovány ihned. Samotný kostní protokol se provádí co nejdříve po vzniku podezření, nejpozději do 3 dnů, v běžné pracovní době. U dětí vyšetřovaných pro podezření na týrání klinické známky poranění skeletu často chybí. V některých případech však ošetřující lékař na základě klinického vyšetření (porucha hybnosti, otok, bolestivost...) pojme podezření na poranění skeletu. V takovém případě indikuje radiologické snímky dané anatomické oblasti ve dvou projekcích ihned, tak jako u běžných poranění. Tyto snímky jsou zásadní pro léčbu pacienta. Kostní protokol je v takovém případě doplněn následně. Správné načasování je důležité z několika důvodů. Včasně provedení rentgenových snímků umožňuje zhodnotit, zda se jedná o akutní nebo hojící se traumatické změny. Rentgenové snímky mohou odhalit traumatické změny skeletu, které jsou klinicky němé. Tato informace může významně posloužit při volbě dalšího postupu a stanovení míry podezření na cizí zavinění. V neposlední řadě se včasným snímkováním lze vyhnout situaci, kdy zákonní zástupci dítěte obviní zdravotnické zařízení, že k traumatu dítěte došlo během hospitalizace. Vzhledem k vysoké technické a časové náročnosti vyšetření (vyšetření obvykle trvá 30–40 minut, vyžaduje přítomnost dvou RA, ...) probíhá pouze v běžné pracovní době. Z tohoto důvodu je horní limit časového provedení protokolu stanoven

na 3 dny, aby vyšetření nemuselo být prováděno během víkendové služby.

Jaké praktické náležitosti je potřeba splnit před, během a po kostním protokolu?

Před vyšetřením:

- Rodiče / doprovázející osobu poučíme o tom, jak bude vyšetření probíhat (informace o tom, zda zákonní zástupci musejí s provedením vyšetření souhlasit a zda mohou být při vyšetření přítomni, najdete v *Kapitole 1 – Právní aspekty a základní situace*, s. 10).
- Vhodné načasování usnadní průběh vyšetření – myslíme na to, abychom nevyšetřovali nevyspalé nebo hladové dítě.
- Před provedením snímku odstraníme veškeré předměty, které by mohly snižovat kvalitu zobrazení, např. identifikační náramek, plenku apod.

Během vyšetření:

- Využíváme veškeré možnosti, kterými lze usnadnit spolupráci s dítětem, např. udržujeme tepelný komfort nejmladších pacientů, využíváme hračky apod.
- Stranové značení anatomické oblasti provádíme RTG kontrastní značkou před vlastním snímkováním (nikoli až následně digitálně).

Po vyšetření:

- Do dokumentace zaneseme jména obou radiologických asistentů, kteří vyšetření provedli.
- Ještě, než pacient opustí radiologické oddělení, zkontrolujeme zhotovené snímky a v případě potřeby ihned indikujeme snímky další.

Jaké projekce zahrnuje vstupní kostní protokol?

Vstupní kostní protokol zahrnuje tyto projekce:

- jednotlivé AP projekce na humerus, předloktí, ruku, femur, bérec a nohu
23 % zlomenin u týraných dětí jsou zlomeniny dlouhých kostí. (6) Mezi nejspécifitější fraktury u týraných dětí patří tzv. klasické metafyzární léze (KML) lokalizované

na metafyzách dlouhých kostí. (15) Tyto změny jsou často velmi diskrétní a k jejich spolehlivému zobrazení jsou nutné cílené, vysoce kvalitní snímky.

- bočný snímek kolenního a hlezenního kloubu
Zařazení bočných snímků kloubů zvyšuje záchyt klasických metafyzárních lézí. (16) Klasické metafyzární léze se nejčastěji vyskytují na distální metafýze femuru, proximální i distální metafýze tibie a proximální metafýze humeru. (17)
- AP a bočný snímek lebky (není-li současně provedeno CT hlavy)
Zlomeniny lebky jsou časté u běžných úrazů i u týraných dětí. Incidence fraktur lebky u týraných dětí ve věku 0–2 roky je 7 %. (18) U dětí, které podstoupily CT hlavy s rekonstrukcemi v základních rovinách a 3D rekonstrukcemi, nepřineslo současné provedení prostých snímků lebky novou signifikantní informaci. (19)
- hrudník v AP a obou šikmých projekcích
Zlomeniny žeber patří vedle klasických metafyzárních lézí k nejspécifitějším traumatům pro týrání. (15) 19 % pacientů, jejichž AP a bočný snímek hrudníku byl hodnocen jako negativní, mělo na šikmých snímcích hrudníku patrné zlomeniny žeber. (20)
- AP snímek břicha a pánve
Zlomeniny pánve jsou u týraných dětí vzácné. (6,21) Většinou jimi trpí děti, které byly vystaveny obzvlášť těžkému násilí a v kostním protokolu mají také další zlomeniny. (22)
- bočný snímek celé páteře (počet snímků závisí na velikosti pacienta)
Zlomeniny páteře jsou u týraných dětí vzácné (6,21), ale jakákoli fraktura obratle u dítěte bez traumatické anamnézy je vysoce suspektní. Fraktury thorakolumbálních obratlů mohou vznikat při třesení dítětem. (15)
- snímky jakékoli další klinicky suspektní oblasti

Kontrolní kostní protokol – u koho a kdy je indikován?

U všech dětí, které podstoupily vstupní kostní protokol, je indikován kontrolní kostní protokol v časovém odstupu dvou týdnů. (12,13)

Kontrolní kostní protokol odhalil dříve nedidiagnostikovanou frakturu u 14 % pacientů. (23) 8,5–12 % pacientů, kteří neměli žádnou zlomeninu na vstupním kostním protokolu, mělo patrnou zlomeninu na kontrolním kostním protokolu. (24,25)

Jaké projekce zahrnuje kontrolní kostní protokol?

Počet rentgenových snímků je oproti vstupnímu kostnímu protokolu nižší.

Převážná většina fraktur nově odhalených díky kontrolnímu kostnímu protokolu jsou fraktury žeber a dlouhých kostí. (23–26)

Kontrolní kostní protokol zahrnuje tyto projekce:

- hrudník v AP a obou šikmých projekcích
- humerus a předloktí v AP projekci – pokud velikost dítěte dovolí, stačí levý humerus a levé předloktí na jednom snímku, a pravý humerus a pravé předloktí na druhém snímku; pokud to velikost dítěte neumožňuje, potom se provádí cílené snímky na humery a cílené snímky na předloktí.
- femur a bérec v AP projekci – pokud velikost dítěte dovolí, stačí levý femur a levý bérec na jednom snímku, a pravý femur a pravý bérec na druhém snímku; pokud to velikost dítěte neumožňuje, potom se provádí cílené snímky na femury a cílené snímky na bérce.
- všechna traumata nebo suspektní nálezy ze vstupního kostního protokolu

Kdo hodnotí kostní protokol?

Kostní protokol hodnotí atestovaný radiolog. Je vhodné, aby na popis vyšetření dětí s podezřením na týrání byl v každém radiologickém týmu určen jeden konkrétní radiolog, který sleduje aktuální vývoj v této problematice. V případě, že je vysloveno podezření na týrání (ať již klinickým lékařem nebo v souvislosti s nálezem na zobrazovacích metodách), je doporučeno, aby interpretaci radiologických nálezů provedli dva radiologové a došli k diagnostickému konsensu. Jména obou radiologů potom v radiologické zprávě oficiálně figurují. Konzultace je možné vyžádat na konzultace.ptd@fnmotol.cz.

OSTATNÍ RTG VYŠETŘENÍ SKELETU

U dětí, u nichž je fyzické týrání jednou z diferenciálních diagnóz, jež ale nemají indikovaný

kostní protokol (tj. děti starší dvou let), zhotovíme rentgenové snímky klinicky suspektních oblastí ve dvou projekcích.

Postup je stejný jako u pacientů s obvyklými úrazy, u kterých nebylo vysloveno podezření na cizí zavinění. Je však nutné klást velký důraz na vysokou kvalitu snímkování a dodržení ostatních technických doporučení, tj. při vyšetření jsou přítomni dva radiologičtí asistenti, před snímkováním jsou odstraněny veškeré předměty, které by snižovaly kvalitu snímku, snímkováná oblast je co nejpřesněji vymezena pomocí primárních clon, projekce je co nejpřesnější, ke stranovému označení snímkové oblasti jsou využity RTG kontrastní značky již při snímkování a podobně.

RTG snímky hodnotí atestovaný radiolog.

ULTRAZVUKOVÉ (UZ) VYŠETŘENÍ SKELETU

UZ vyšetření skeletu není při podezření na fyzické týrání rutinně indikováno.

Tato modalita však může v některých případech plnit komplementární funkci. Ultrazvukové vyšetření je například vhodné doplnit u malých dětí s nálezem dislokace lokte na rentgenovém snímku. UZ vyšetření v tomto případě dokáže odhalit traumatickou separaci distální epifyzy humeru (tu nelze na prostém snímku diagnostikovat vzhledem k její pozdní osifikaci). Příkladem dalšího využití je vyslovení podezření na akutní zlomeninu žebra na základě UZ vyšetření. Ta nemusí být v akutní fázi viditelná na RTG snímku hrudníku. Zlomenina však musí být následně potvrzena standardní modalitou, např. v rámci kontrolního kostního protokolu.

Ultrazvukové vyšetření může být přínosné v diagnostice některých traumat skeletu, např. při akutních zlomeninách žeber, klasických metafyzárních lézích nebo traumatické separaci distální epifyzy humeru. (27–29)

VYŠETŘENÍ SKELETU POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIÍ (CT)

CT vyšetření skeletu není při podezření na fyzické týrání rutinně indikováno.

CT vyšetření hraje při zobrazení skeletu dítěte s podezřením na týrání stejnou roli jako při traumatech z jiných příčin a může tedy být

přínosné při zobrazení komplexních fraktur, např. fraktur obratlů.

CT hrudníku má vyšší sensitivitu pro záchyt fraktur žeber než prostý rentgenový snímek. (30,31) V současné době však nejsou k dispozici data, která by srovnávala výtežnost kompletního kostního protokolu (vstupní kostní protokol následovaný kontrolním kostním protokolem, tedy celkem 6 RTG snímků hrudníku) s CT hrudníku. Vzhledem k této skutečnosti a přidružené radiační zátěži v současné době není doporučeno rutinní CT hrudníku. Při nejasném nálezu na prostém snímku je možné zvážit, zda by bylo vhodné CT hrudníku doplnit. Spolehlivá data o přínosu CT vyšetření pro diagnostiku klasických metafyzárních lézí chybí. (32)

VYŠETŘENÍ SKELETU POMOCÍ MAGNETICKÉ REZONANCE (MR)

MR vyšetření skeletu není při podezření na fyzické týrání rutinně indikováno.

Celotělové MR má ve srovnání s kompletním kostním protokolem (kombinace vstupního kostního protokolu a následného kontrolního kostního protokolu) vysokou specifitu (95 %), ale velmi nízkou sensitivitu (40 %) pro záchyt traumatických změn skeletu. Při podezření na týrání je zásadní především záchyt traumat skeletu s vysokou specificitou pro týrání. Sensitivita celotělové MR pro záchyt fraktur žeber je přitom pouze 57 %, pro záchyt klasických metafyzárních lézí činí dokonce jen 31 %. (33)

MR vyšetření skeletu může plnit komplementární funkci, obdobně jako sonografie.

Je-li na základě RTG snímku stanoveno podezření na traumatickou separaci distální epifyzy humeru, je vhodné doplnit ultrazvukové nebo MR vyšetření. (34)

Použitá literatura – Kapitola 4a:

1. Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Use of skeletal surveys to evaluate for physical abuse: analysis of 703 consecutive skeletal surveys. *Pediatrics* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Mar 16];127(1):e47-52. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21149429>>
2. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD. Additional Injuries in Young Infants with Concern for Abuse and Apparently Isolated Bruises. *J Pediatr* [Internet]. 2014;1-7. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.04.004>>
3. Loder RT, Feinberg JR. Orthopaedic injuries in children with nonaccidental trauma: Demographics and incidence from the 2000 kids' inpatient database. *J Pediatr Orthop*. 2007;27(4):421-6.
4. Peters ML, Starling SP, Barnes-Eley ML, Heisler KW. The presence of bruising associated with fractures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(9):877-81.
5. Mathew MO, Ramamohan N, Bennet GC. Importance of bruising associated with paediatric fractures: Prospective observational study. *Br Med J*. 1998;317(7166):1117-8.
6. 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. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(1):26-9.
7. Kleinman PK. *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. 3rd editio. Cambridge University Press; 2015. 750 p.
8. Ravichandiran N, Schuh S, Bejuk M, Al-harthy N, Shouldice M, Au H, et al. Delayed Identification of Pediatric Abuse-Related Fractures. 2015;60-6.
9. Paddock M, Sprigg A, Offiah AC. Imaging and reporting considerations for suspected physical abuse (non-accidental injury) in infants and young children. Part 2: axial skeleton and differential diagnoses. *Clin Radiol*. 2017 Mar 1;72(3):189-201.
10. Lindberg DM, Berger RP, Reynolds MS, Alwan RM. Yield of Skeletal Survey by Age in Children Referred to Abuse Specialists. *J Pediatr* [Internet]. 2014;164(6):1268-1273.e1. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.01.068>>
11. Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, Anupindi SA, Blount JP, Booth TN, et al. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse—Child. *J Am Coll Radiol* [Internet]. 2017;14(5):S338-49. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2017.01.036>>
12. Di Pietro MA, Brody AS, Cassidy CI, Kleinman PK, Wyly JB, Applegate KE, et al. Diagnostic imaging of child abuse. Section on radiology. *Pediatrics*. 2009;123(5):1430-5.
13. The Royal College of Radiologists, The Society and College of Radiographers. *The radiological investigation of suspected physical abuse in children- Revised First Edition* [Internet]. 2018. Dostupné z: <<https://www.rcr.ac.uk/publication/radiological-investigation-suspected-physical-abuse-children>>

14. The Royal College of Radiologists and Royal College of Paediatrics and Child Health (institution/organisation). Standards for Radiological Investigations of Suspected Non-accidental Injury. 2008.
15. Loneragan GJ, Baker AM, Morey MK, Boos SS. From the Archives of the AFIP Child Abuse : Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics*. 2003;23:811–45.
16. Karmazyn B, Duhn RD, Tahir B, Hibbard R, Hicks R. Long bone fracture detection in suspected child abuse : contribution of lateral views. 2012;463–9.
17. Kleinman PK. Problems in the diagnosis of metaphyseal fractures. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2008 Jun [cited 2014 Feb 11];38 Suppl 3:S388-94. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18470447>>.
18. Karmazyn B, Lewis ME, Jennings SG, Hibbard R a, Hicks R a. The prevalence of uncommon fractures on skeletal surveys performed to evaluate for suspected abuse in 930 children: should practice guidelines change? *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 2011 Jul [cited 2014 Mar 16];197(1):W159-63. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700979>>.
19. Culotta PA, Crowe JE, Tran Q, Jones JY, Mehollin-ray AR, Tran HB, et al. Performance of computed tomography of the head to evaluate for skull fractures in infants with suspected non-accidental trauma. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2016; Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00247-016-3707-7>>.
20. Marine MB, Corea D, Steenburg SD, Wanner M, Eckert GJ, Jennings SG, et al. Is the new ACR-SPR practice guideline for addition of oblique views of the ribs to the skeletal survey for child abuse justified? *Am J Roentgenol*. 2014;202(4):868–71.
21. Barber I, Perez-Rossello JM, Wilson CR, Kleinman PK. The yield of high-detail radiographic skeletal surveys in suspected infant abuse. *Pediatr Radiol*. 2014;45(1):69–80.
22. Starling SP, Heller RM, Jenny C. Pelvic fractures in infants as a sign of physical abuse. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2002 May;26(5):475–80. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12079085>>.
23. Singh R, Phil B, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Assessing the use of follow-up skeletal surveys in children with suspected physical abuse. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(4):972–6.
24. Bennett BL, Chua MS, Care M, Kachelmeyer A, Mahabee-gittens M. Retrospective review to determine the utility of follow-up skeletal surveys in child abuse evaluations when the initial skeletal survey is normal. 2011;2–5.
25. Harlan SR, Nixon GW, Campbell K a, Hansen K, Prince JS. Follow-up skeletal surveys for nonaccidental trauma: can a more limited survey be performed? *Pediatr Radiol* [Internet]. 2009 Sep [cited 2014 Feb 2];39(9):962–8. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19565233>>.
26. Kleinman PK, Nimkin K, Spevak MR, Rayder SM, Madansky DL, Shelton YA, et al. Follow-Up Skeletal Survey in Suspected Child Abuse. *Am Jounral Radiol*. 1996;167(4):893–6.
27. Kelloff J, Hulett R, Spivey M. Acute rib fracture diagnosis in an infant by US: A matter of child protection. *Pediatr Radiol*. 2009;39(1):70–2.
28. Markowitz RI, Hubbard AM, Harty MP, Bellah RD, Kessler A, Meyer JS. Sonography of the knee in normal and abused infants. *Pediatr Radiol*. 1993;23(4):264–7.
29. Supakul N, Hicks R a., Caltoum CB, Karmazyn B. Distal Humeral Epiphyseal Separation in Young Children: An Often-Missed Fracture—Radiographic Signs and Ultrasound Confirmatory Diagnosis. *Am J Roentgenol* [Internet]. 2015;204(2):W192–8. Dostupné z: <<http://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/AJR.14.12788>>.
30. Sanchez TR, Lee JS, Coulter KP, Seibert JA, Stein-Wexler R. CT of the chest in suspected child abuse using submillisievert radiation dose. *Pediatr Radiol*. 2015;45(7):1072–6.
31. Hong TS, Reyes J a, Moineddin R, Chiasson D a, Berdon WE, Babyn PS. Value of postmortem thoracic CT over radiography in imaging of pediatric rib fractures. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Mar 16];41(6):736–48. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21264464>>.
32. van Rijn RR. How should we image skeletal injuries in child abuse? *Pediatr Radiol* [Internet]. 2009 Apr [cited 2013 May 28];39 Suppl 2:S226-9. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19308391>>.
33. Perez-Rossello JM, Connolly SA, Newton AW, Zou KH, Kleinman PK. Whole-body MRI in suspected infant abuse. *Am J Roentgenol*. 2010;195(3):744–50.
34. Nimkin K, Kleinman PK, Teeger S, Spevak MR. Distal humeral physeal injuries in child abuse: MR imaging and ultrasonography findings. *Pediatr Radiol*. 1995;25(7):562–5.

Kapitola 4b

Zobrazení centrálního nervového systému (CNS)

Tato kapitola představuje optimální postup v případě, kdy již před zobrazením CNS bylo vysloveno podezření, že se dítě stalo obětí fyzického násilí. V takových případech je v zájmu ochrany dítěte zcela zásadní postupovat v souladu s následujícím doporučením. V praxi však často dochází k tomu, že je podezření na týrání vysloveno až na základě provedení zobrazení CNS. V takovém případě již samozřejmě zpětně nelze změnit výběr zobrazovací modalit nebo techniku vyšetření. Je však důležité upozornit na dvě skutečnosti:

1. I v takových případech může radiolog učinit maximum pro ochranu dítěte tím, že vypracuje kvalitní, objektivní a odbornou radiologickou zprávu (pokud je to potřebné, spolupracuje s radiologem s vyšší erudicí v této problematice) a doporučí vhodné doplňující vyšetření.
2. V případě nespecifických obtíží u dětí v nejmladší věkové kategorii, které jsou indikovány k zobrazení CNS, je nutné pomýšlet na možnost, že se dítě stalo obětí fyzického násilí, ještě před zahájením vyšetření tak, aby mohl být zvolen optimální postup.

Proč vyšetřovat CNS při podezření na týrané dítě?

Poranění mozku způsobené fyzickým násilím je u novorozenců, kojenců a batolat poměrně časté. Více než polovina dětí ve věku 0–2 roky s těžkým nebo fatálním poraněním hlavy byla obětí fyzického násilí. (1) Intrakraniální poranění způsobené fyzickým násilím na kojencích má ve studiích prováděných v odlišných částech světa podobnou incidenci. Pohybuje se mezi 15–30 ze 100 000 dětí do jednoho roku věku. (1–3)

Následky poranění mozku u obětí násilí jsou závažnější než následky u dětí s poraněním mozku jiné etiologie.

Lehké nebo těžké následky poranění mozku si odnáší 80 % obětí násilí, zatímco u dětí s poraněním mozku jiné etiologie je toto procento výrazně nižší, 40 %. (4)

Odhalení intrakraniálního poranění u dětských obětí fyzického násilí je obtížné z několika důvodů:

- a. Nejrizikovější skupinou jsou nejmladší děti, které nemohou o násilí podat osobní svědectví. Medián věku u obětí násilí s poraněním mozku je 4,4 měsíce. (5)
- b. Klinické projevy obětí násilí s poraněním mozku nejsou specifické. Pachatelé, kteří se doznali k hrubému třesení dítětem, vypověděli, že u dětí ihned po proběhlém násilí pozorovali ospalost, hypotonii, ztrátu vědomí, dýchací obtíže, bledost nebo zvracení. Další symptomy následovaly v řádu desítek minut. Jednalo se o křeče, zvracení a fokální neurologické příznaky. (5) Mezi možné klinické projevy dětských obětí násilí s poraněním mozku patří rychlý nárůst obvodu hlavy, neklid, zvracení, neprospívání, respirační selhání, porucha vědomí, křeče, apnoe, hypotonie, anémie a šok. (6)
- c. Značná část dětí může mít traumatické poškození mozku dokonce i při zcela normálním neurologickém nález. Ve skupině dětí ve věku 0–48 měsíců s podezřením na týrání a s normálním neurologickým nálezem mělo 29 % pacientů známky intrakraniálního poranění na CT nebo MR hlavy. (7)
- d. Nejčastější příčinou intrakraniálního poranění je hrubé třesení dítětem, méně často se jedná o tupý úder nebo kombinaci obou mechanismů. V případech, že nedošlo k úderu, zevní známky poranění většinou chybí.

68 % pachatelů, kteří se doznali k fyzickému násilí spáchaném na dítěti, jež vedlo k intrakraniálnímu poranění, uvedlo, že s dítětem třásl; 46 % pachatelů uvedlo, že použili tupého násilí. (8) Všechny oběti násilí, které zemřely z důvodu intrakraniálního poranění, měly známky kontuze měkkých tkání patrné při patologickém vyšetření *post mortem*. Pouze u poloviny z nich však byly tyto známky odhaleny při klinickém vyšetření během života. (9)

Jaké radiologické vyšetření CNS je indikováno při podezření na týrané dítě?

- V případě známek akutního poškození CNS je indikováno nativní CT hlavy.
- U všech pacientů, kteří podstoupili CT vyšetření, je indikováno kontrolní MR mozku.
- U pacientů s neakutní neurologickou symptomatologií je indikováno MR mozku.
- U všech pacientů do jednoho roku s normálním neurologickým nálezem je indikováno MR mozku.

CT HLAVY PŘI PODEZŘENÍ NA TÝRANÉ DÍTĚ

U koho je CT hlavy indikováno?

CT hlavy je indikováno u všech dětí s akutními neurologickými příznaky.

CT hlavy je rychlá a dostupná zobrazovací metoda umožňující hodnocení kalvy, baze lebni, extra-axiálního prostoru a anatomie mozku. (10) CT hlavy umožňuje odhalit život ohrožující stavy jako je edém mozku, přesun středových struktur nebo herniaci. (11)

Kdo CT hlavy indikuje?

CT hlavy indikuje lékař dle místních zvyklostí pracoviště. V případě, že indikující lékař pojme podezření na proběhlé násilí ještě před provedením CT vyšetření, spojí se s radiologem, své podezření mu sdělí a současně poskytne také bližší anamnestické a klinické údaje.

Kdo CT mozku provádí?

CT mozku provádí k tomu určený radiologický tým ve složení dle místních zvyklostí.

Kdy se CT mozku provádí?

CT mozku se provádí ihned po stabilizaci pacientova stavu.

Jaké praktické náležitosti je potřeba zajistit před CT vyšetřením hlavy?

Zákonný zástupce vyplní informovaný souhlas s vyšetřením. (Informace o tom, zda zákonní zástupci musejí s provedením vyšetření souhlasit a zda mohou být při vyšetření přítomni, najdete v *Kapitole 1 – Právní aspekty a základní situace*, s. 10) Ošetřující lékař předem informuje dětského pacienta a jeho doprovod o průběhu vyšetření. Pokud to klinický stav dítěte dovoluje, může být přínosné před samotným vyšetřením dítěti a zákonnému zástupci postup znovu krátce vysvětlit.

V závislosti na věku a klinickém stavu dítěte volíme vhodnou metodu k dosažení nehybné polohy.

Jaké jsou technické parametry prováděného CT hlavy?

U všech dětských pacientů s traumatickou nebo nejasnou anamnézou jsou technické parametry CT hlavy následující:

- nativní CT hlavy
- rozsah od baze po vertex
- multiplanární rekonstrukce do koronální a sagitální roviny, v měkkotkáňovém okně s tloušťkou do 5 mm, v kostním okně s tloušťkou 2,5 mm (12)
Hodnocení multiplanárních rekonstrukcí odhalilo intrakraniální krvácení, které nebylo patrné v axiálních řezech, u 6,5 % pacientů. (13)
- technika volume rendering ke zhotovení 3-D rekonstrukcí z kostního okna
Použití 3D rekonstrukcí usnadňuje odhalení a bližší hodnocení fraktur i odlišení fraktur lebky od lebečních švů. Hodnocení pomocí 3-D povrchových rekonstrukcí změnilo původní interpretaci CT nálezů téměř ve 35 % případů dětí, které podstoupily CT hlavy pro podezření na týraní. (14)
3-D rekonstrukce jsou vhodné pro demonstraci nálezů osobám mimo radiologickou odbornost, např. klinickým lékařům, rodičům nebo u soudu. (15)

Kdo hodnotí CT hlavy?

CT hlavy hodnotí atestovaný radiolog. Pokud tuto podmínku není možné splnit v první době (např. hodnocení akutního CT ve večerních hodinách), doplňuje se co nejdříve formou druhého čtení. Je vhodné, aby na popis vyšetření dětí s podezřením na týrání byl v každém radiologickém týmu určen jeden konkrétní radiolog, který sleduje aktuální vývoj v této problematice. V případech, že je vysloveno podezření na týrání (ať již klinickým lékařem nebo v souvislosti s nálezem na zobrazovacích metodách), je doporučeno, aby interpretaci radiologických nálezů provedli dva radiologové a došli k diagnostickému konsensu. Jména obou radiologů potom v radiologické zprávě oficiálně figurují.

Konzultace ke konkrétním případům je možné vyžádat na konzultace.ptd@fnmotol.cz.

Jaká jsou rizika CT hlavy?

CT hlavy je spojeno s radiační zátěží. Radiační zátěž závisí na mnoha faktorech a cílem každého radiologického oddělení je, aby tato zátěž byla co nejnižší při zachování diagnostické výtěžnosti.

Radiační zátěž při CT hlavy u dětí ve věku 0–2,5 roku se pohybuje mezi 1,5–1,9 mSv. (16)

MR MOZKU PŘI PODEZŘENÍ NA TÝRANÉ DÍTĚ

U koho je MR mozku indikováno?

MR mozku je indikováno jako kontrolní vyšetření u všech dětí, které podstoupily CT hlavy. Kontrolní MR mozku je přínosné u pacientů s patologickým i s normálním nálezem na CT hlavy.

U pacientů s patologickým nálezem na CT hlavy přineslo MR vyšetření nové cenné informace ve 25 % případů. (17)

CT hlavy odhalilo laceraci mozku pouze u poloviny pacientů, kteří měli patrnou laceraci na MR mozku. Lacerace mozku patří mezi vysoce specifické traumatické změny u obětí násilí. (18) Boehnke et al. studovali neurologicky asymptomatické pacienty ve věku 0–2 roky s podezřením na týrání. 5 % pacientů, kteří měli negativní nález na CT, mělo známky intrakraniálního poranění na MR (jednalo se o ischémii, subdurální hematom a intracerebrální hematom).

MR také umožnilo přesnější hodnocení extra-axiálních kolekcí a odhalilo ischemické změny u pacientů s nálezem hemoragií na CT. (19)

MR mozku je indikováno u dětí s neakutní neurologickou symptomatologií.

Mezi neakutní symptomatologii patří nárůst obvodu hlavy a známky intrakraniální hypertenze, např. neklid, zvracení, neprospívání, hypotonie, křeče. (6)

MR mozku je indikováno u všech neurologicky asymptomatických pacientů mladších jednoho roku.

Důvodem je významný výskyt intrakraniálních nálezů u neurologicky asymptomatických dětí v této věkové kategorii.

Incidence okultního poranění hlavy u dětí s normálním neurologickým nálezem se pohybuje mezi 20 % až 37 % v závislosti na zvolené skupině pacientů. (7,19,20) Absence retinálních hemoragií při oftalmologickém vyšetření spolehlivě vylučuje intrakraniální poranění u neurologicky asymptomatických pacientů. (7)

Kdo indikuje MR mozku?

MR mozku indikuje atestovaný lékař po dohodě s radiologickým oddělením. V případě, že indikující lékař pojme podezření na proběhlé násilí již před MR vyšetřením, spojí se s radiologem, své podezření mu sdělí a současně poskytne také bližší anamnestické a klinické údaje. Jedná se o vyšetření, při kterém musí být dítě zpravidla uvedeno do celkové anestezie. Výsledky vyšetření MR mozku při podezření na týrání mají navíc významné dopady na další život dítěte.

Kdo MR mozku provádí?

MR mozku provádí k tomu určený radiologický tým ve složení dle místních zvyklostí.

Kdy se MR mozku provádí?

Optimální načasování MR mozku při podezření na týrané dítě je dva až pět dní po akutním poranění, s ohledem na technické možnosti pracoviště je horní časová hranice stanovena na sedm dní. (12, 21)

Načasování dalšího kontrolního MR mozku je individuální, v závislosti na klinickém stavu a radiologickém stavu pacienta.

Jaké praktické náležitosti je potřeba splnit před MR mozku?

1. Před vyšetřením MR vyplní zákonný zástupce informovaný souhlas s vyšetřením (informace o tom, zda zákonní zástupci musejí s provedením vyšetření souhlasit a zda mohou být při vyšetření přítomni, najdete v *Kapitole 1 – Právní aspekty a základní situace*, s. 10).

2. Ošetřující lékař informuje v předstihu dětského pacienta a jeho doprovod o průběhu vyšetření. S ohledem na věk a klinický stav pacienta může být vhodné před samotným vyšetřením postup znovu krátce vysvětlit.

Při vyšetření MR mozku u malých dětí je zpravidla nutná celková anestezie. U dětí do čtyř měsíců lze zvážit techniku „feed and wrap“ – pokud je dítě před vyšetřením nakrmeno a zabaleno, zpravidla brzy usne přirozeným spánkem. (22)

3. MR mozku většinou nevyžaduje podání kontrastní látky. Při jejím případném podání se za účelem prevence nežádoucích účinků řídíme aktuálními doporučeními.

Tyto informace jsou k dispozici např. v detailním ACR Manual on Contrast Media. (23)

U koho je současně s MR vyšetřením mozku indikováno také MR vyšetření páteře?

MR vyšetření krční páteře je součástí MR mozku u všech pacientů s podezřením na fyzické týrání. U pacientů s nálezem intrakraniálního subdurálního hematomu je vhodné MR mozku rozšířit o MR celé páteře.

Traumatické změny na MR páteře neumožňují spolehlivě určit, zda k poranění páteře došlo při běžném úrazu nebo následkem fyzického násilí. Důležité však je, že jasně prokazují traumatický mechanismus. To může být přínosné zvláště v případech, jako je izolovaný intrakraniální subdurální hematom nebo hypoxicko-ischemické změny u pacienta s nejasnou anamnézou. Přítomnost spinálního subdurálního hematomu je navíc výrazně častější u obětí fyzického násilí než u traumat jiné etiologie.

Baerg et al studovali děti ve věku 0–3 roky se ztrátou vědomí, patologickým intrakraniálním nálezem a potvrzeným fyzickým násilím. 15 % dětí mělo na MR krční páteře patologický nález. (28) 46 % dětí ve věku 0–2 roky, u nichž následkem fyzického násilí došlo k poranění mozku, mělo spinální subdurální hematom.

(Naproti tomu incidence spinálního subdurálního hematomu u dětí s náhodným poraněním byla 1 %.) Všichni pacienti se spinálním subdurálním hematomem měli také intrakraniální subdurální hematom. (29) U novorozenců a kojenců, u nichž následkem fyzického násilí došlo k poranění mozku, byla incidence spinálního subdurálního hematomu 44 %. Všichni pacienti se spinálním subdurálním hematomem měli také supratentoriální a infratentoriální intrakraniální subdurální hematom. (30)

Jaké jsou technické parametry MR mozku a páteře?

MR vyšetření mozku se při podezření na týrání výrazně neliší od MR vyšetření mozku z jiných příčin. U všech pacientů je však rozšířeno o sagitální sekvence k posouzení kraniocervikálního (CC) přechodu a kraniálního úseku krční (C) páteře a míchy.

Doporučené sekvence a roviny:

MR mozku	T1 SE sagitálně (přes celou hlavu)
	T2 axiálně
	FLAIR axiálně
	DWI axiálně
	SWI axiálně
MR krční páteře (vždy)	T1 IR koronálně
	T2 sagitálně (CC přechod a C páteř)
MR celé páteře (u pacientů s intrakraniálním subdurálním hematomem)	STIR/T2 FS sagitálně (CC přechod a C páteř)
	T1 sagitálně
	T2 sagitálně
	STIR/T2 FS sagitálně + T1 a T2 axiálně (v rozsahu spinálního hematomu)

Vysvětlivky k tabulce:

SE = Spin Echo; FLAIR = Fluid-attenuated Inversion Recovery; DWI = difuzně vážené zobrazení; SWI = susceptibilně vážené zobrazení; IR = Inversion Recovery; STIR = Short Time Inversion Recovery; FS = potlačení tuku.

Difuzně vážené zobrazení je nutné k odhalení akutního poškození mozku.

DWI detekuje cytotoxický edém, který se může rozvinout během několika minut po těžkém hypoxicko-ischemickém poškození. DWI je tak citlivější k záchytu hypoxicko-ischemického

poškození než CT. (17) Závažnost poškození na DWI koreluje s prognózou pacienta. (24)

Susceptibilně vážené zobrazení je přínosné pro detekci krvácení nejen v mozku, ale i na očním pozadí.

Při vyšetření mozku pomocí SWI sekvencí je odhaleno 62 % pacientů s retinálním krvácením. Při použití dedikované SWI sekvence orbit s vysokým rozlišením je odhaleno 80 % pacientů s retinálním krvácením. (25)

V některých případech může radiolog rozhodnout o intravenózním podání kontrastní látky.

Podání kontrastní látky zvyšuje sensitivitu MR pro detekci membrán v subdurálním prostoru. Přítomnost membrány v subdurálním prostoru svědčí pro chronický subdurální hematom. (26,27)

Kdo hodnotí MR mozku?

MR mozku hodnotí atestovaný radiolog.

Pokud tuto podmínku není možné splnit v první době, doplňuje se co nejdříve formou druhého čtení. Je vhodné, aby na popis vyšetření dětí s podezřením na týrání byl v každém radiologickém týmu určen jeden konkrétní radiolog, který sleduje aktuální vývoj v této problematice. V případě, že je vysloveno podezření na týrání (ať již klinickým lékařem nebo v souvislosti s nálezem na zobrazovacích metodách), je doporučeno, aby interpretaci radiologických nálezů provedli dva radiologové a došli k diagnostickému konsensu. Jména obou radiologů potom v radiologické zprávě oficiálně figurují.

Konzultace ke konkrétním případům je možné vyžádat na konzultace.ptd@fnmotol.cz.

Jaká jsou rizika MR mozku?

Při dodržení všech kontraindikací dle aktuálních doporučení (31) je jediným potenciálním rizikem nativního MR mozku komplikace spojená s nutností celkové anestezie.

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (UZ) MOZKU

Kdy je indikováno UZ vyšetření mozku?

UZ mozku při podezření na týrané dítě není rutinně indikováno.

Mnohdy je UZ vyšetřením mozku prvním radiologickým vyšetřením, které dítě podstoupí z důvodu klinických obtíží. Jakmile ale vznikne podezření na týrání, je nutné využít jiné zobrazovací metody mozku. V současné době neexistují dostatečně velké studie, které by se věnovaly sonografickému hodnocení mozku u dítěte s podezřením na týrání. Významným problémem je také omezená možnost pořízení reprodukovatelné obrazové dokumentace, která by mohla figurovat v případném soudním procesu.

Dosavadní malé studie prokázaly přínos UZ vyšetření při detekci subdurálního hematomu, ale i kontuzí a kortikálního edému mozku. Tyto studie však současně prokázaly významné limity při detekci některých subdurálních nebo subarachnoidálních hematomů a fraktur lebky. (18,32,33)

UZ vyšetření mozku může být využito ke sledování vývoje některých intrakraniálních traumatických změn, které již byly zobrazeny pomocí CT nebo MR.

UZ vyšetření mozku může být využito u pacientů s nárůstem obvodu hlavy a podezřením na benigní rozšíření subarachnoidálních prostor (BESSI). UZ spolehlivě odliší rozšířené subarachnoidální prostory od přítomnosti tekutiny v subdurálním prostoru. V případě patologického nálezu je vždy nutné doplnit CT nebo MR zobrazení.

Použitá literatura – Kapitola 4b:

1. 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(5):621–6.
2. Kelly P, Farrant B. Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000-2002. *J Paediatr Child Health*. 2008;44(3):99–107.
3. Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*. 2000;356(9241):1571–2.
4. 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(2 1):300–7.
5. Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-salmon C. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements : key points for imaging. *Pediatr R*. 2014;44:578–88.
6. Minns RA, Busuttill A. Patterns of presentation of the shaken baby syndrome: Four types of inflicted brain injury predominate. *Bmj*. 2004;328(7442):766.
7. Laskey AL, Holsti M, Demsond KR, Socolar RRS. Occult head trauma in young suspected victims of physical abuse. *J Pediatr*. 2004;(144):719–22.
8. Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of Perpetrator Admissions to Inflicted Traumatic Brain Injury in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(5):454–8.
9. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wiser R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg*. 1987;66(3):409–15.
10. Hedlund GL, Frasier LD. Neuroimaging of abusive head trauma. *Forensic Sci Med Pathol* [Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Mar 16];5(4):280–90. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20012715>>.
11. Kleinman PK. *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. 3rd edition. Cambridge University Press; 2015. 750 p.

12. Vázquez E, Delgado I, Sánchez-Montañez A, Fábrega A, Cano P, Martín N. Imaging abusive head trauma: why use both computed tomography and magnetic resonance imaging? Vol. 44, *Pediatric Radiology*. 2014. p. 589–603.
13. Langford S, Panigrahy A, Narayanan S, Hwang M, Fitz C, Flom L, et al. Multiplanar reconstructed CT images increased depiction of intracranial hemorrhages in pediatric head trauma. *Neuroradiology*. 2015;57(12):1263–8.
14. Prabhu SP, Newton AW, Perez-Rossello JM, Kleinman PK. Three-dimensional skull models as a problem-solving tool in suspected child abuse. *Pediatr Radiol*. 2013;43(5):575–81.
15. Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B, Bilo R a C, van Rijn RR. [Internet]. 2012 Apr [cited 2014 Mar 16];171(4):617–23. Dostupné z: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?pmc=306566&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.
16. Van Aalst J, Jeukens CRLPN, Vles JSH, Van Maren EA, Kessels AGH, Soudant DLHM, et al. Diagnostic radiation exposure in children with spinal dysraphism: An estimation of the cumulative effective dose in a cohort of 135 children from the Netherlands. *Arch Dis Child*. 2013;98(9):680–5.
17. Kemp AM, Rajaram S, Mann M, Tempest V, Farewell D, Gawne-Cain ML, et al. What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. *Clin Radiol* [Internet]. 2009;64(5):473–83. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.crad.2008.11.011>>.
18. Jaspan T, Narborough G, Punt JAG, Lowe J. Cerebral contusional tears as a marker of child abuse -detection by cranial sonography. *Pediatr Radiol*. 1992;22(4):237–45.
19. Boehnke M, Mirsky D, Stence N, Stanley RM, Lindberg DM. Occult head injury is common in children with concern for physical abuse. *Pediatr Radiol*. 2018;48(8):1123–9.
20. Rubin DM, Christian CW, Bilaniuk LT, Zazyczny KA, Durbin DR. Occult head injury in high-risk abused children. *Pediatrics*. 2003;111(6 1):1382–6.
21. The Royal College of Radiologists, The Society and College of Radiographers. The radiological investigation of suspected physical abuse in children- Revised First Edition [Internet]. 2018. Dostupné z: <<https://www.rcr.ac.uk/publication/radiological-investigation-suspected-physical-abuse-children>>.
22. Gibson M, Briggs J, Place K, Thomas R, Chippington S, Stockton E. Sedation , analgesia and anaesthesia in the radiology department second edition [Internet]. 2018. Dostupné z: <https://www.rcr.ac.uk/system/files/publication/field_publication_files/bfcr182_safe_sedation.pdf>.
23. American College of Radiology. ACR manual on contrast media. Vol. 91, ACR Manual on Contrast Media. 2020.
24. Health RC of P and C. Systematic review on Head and Spinal Injuries. 2019. (Child Protection Evidence).
25. Zuccoli G, Panigrahy A, Haldipur A, Willaman D, Squires J, Wolford J, et al. Susceptibility weighted imaging depicts retinal hemorrhages in abusive head trauma. *Neuroradiology*. 2013;55(7):889–93.
26. Williams VL, Hogg JP. Magnetic resonance imaging of chronic subdural hematoma. *Neurosurg Clin N Am*. 2000;11(3):491–8.
27. Kleinman K, Ragland RL. Report Gadopentetate Subdural Hematoma in an Abused MR Imaging Infant of. *Am Journal Radiol*. 1996;166:1456–8.
28. Baerg J, Thirumoorthi A, Vannix R, Taha A, Young A, Zouros A. Cervical spine imaging for young children with inflicted trauma: Expanding the injury pattern. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2017;52(5):816–21. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.01.049>>
29. Choudhary AK, Bradford RK, Dias MS, Moore GJ, Boal DKB. Spinal subdural hemorrhage in abusive head trauma: A retrospective study. *Radiology*. 2012;262(1):216–23.
30. Koumellis P, Mcconachie NS, Jaspan T. Spinal subdural haematomas in children with non- accidental head injury. *Arch Dis Child*. 2009;94:216–9.
31. Mechl M, Tintěra J, Žižka J, Vymazal J, Metodický KL. Kontraindikace a rizika vyšetření pomocí magnetické rezonance. *Ces Radiol*. 2010;64(1):69–75.
32. Chen CY, Huang CC, Zimmerman RA, Yuh YS, Chen SJ, Chin SC, et al. High-resolution cranial ultrasound in the shaken-baby syndrome. *Neuroradiology*. 2001;43(8):653–61.
33. Zepp F, Bruhl K, Zimmer B, Schumacher R. Battered child syndrome: Cerebral ultrasound and CT findings after vigorous shaking. *Neuropediatrics*. 1992;23(4):188–91.

Kapitola 4c

Zobrazení nitrobrěšních orgánů

Tato kapitola představuje optimální způsob zobrazení v případě, kdy již před zobrazením břicha bylo vysloveno podezření, že se dítě stalo obětí fyzického násilí. V praxi však na začátku léčby pacienta nemusí být na týrání vůbec pomýšleno. V souladu s tím jsou voleny vyšetřovací metody odpovídající běžným postupům u suspektního intraabdominálního traumatu jiné etiologie. Jakmile však během péče o pacienta vznikne podezření na týrání, je nutné dodržet následující doporučení založené na medicínských důkazech.

Proč vyšetřovat nitrobrěšní orgány při podezření na týrané dítě?

Poranění vnitřních orgánů břicha nejsou u týraných dětí příliš častá, ale jedná se o poranění velmi závažná. Vyšetření břicha není rutinně indikováno u všech dětí s podezřením na fyzické týrání, ale pouze v případech podezření na intraabdominální poranění.

Pouze 1 % dětí hospitalizovaných pro týrání má intraabdominální poranění. (1) 15 % dětí ve věku 0–4 roky hospitalizovaných pro tupé poranění břicha bylo obětí fyzického týrání. (2) Nejméně 30 % dětských obětí týrání s poraněním břicha zemřelo. (3)

Děti, které utrpí poranění břicha následkem týrání, jsou často batolata. Nemohou tedy obvykle samy popsat, jak k poranění došlo.

Týrané děti s intraabdominálním poraněním jsou mladší (průměrný věk 2,5 roku) než děti s intraabdominálními traumaty vzniklými z jiných příčin (u těch je průměrný věk 8 let). (4)

I při těžkém intraabdominálním poranění mohou zevní známky traumatu chybět.

80 % týraných dětí s intraabdominálním poraněním nemělo žádné břišní podkožní hematomy. (5)

I traumata s dobrou prognózou (např. drobná kontuze jater), která nevyžadují chirurgickou léčbu, je nutné z důvodu ochrany dítěte a z forenzních důvodů odhalit a řádně zdokumentovat jako důkaz svědčící o proběhlém násilí.

Mezi abdominální poranění u týraných dětí patří poranění duodena, jater, sleziny, pankreatu a ledviny. Časté je poranění více orgánů současně. (3) Abdominální poranění jsou většinou málo specifická pro týrání. Výjimku představuje poranění duodena u dítěte mladšího čtyř let, které nebylo účastníkem autonehody. (5)

Jaké radiologické vyšetření je indikováno při podezření na poranění nitrobrěšních orgánů?

Při podezření, že následkem týrání došlo k poranění nitrobrěšních orgánů, je indikováno kontrastní CT vyšetření břicha a pánve. Volba zobrazovací metody je obdobná jako při zobrazení břicha u traumat jiné etiologie. Podstatným rozdílem je častější provedení CT břicha, a naopak méně časté využití ultrazvukového vyšetření.

CT VYŠETŘENÍ BŘICHA

U koho je CT břicha indikováno?

Při podezření na intraabdominální poranění vzniklé týráním je indikováno kontrastní CT vyšetření břicha a malé pánve. (6–8) Vyšetření není indikováno plošně, ale pouze u pacientů s podezřením na trauma břicha. Podezření na poranění břicha stanovuje klinický lékař na základě kombinace anamnézy, klinických příznaků a výsledků laboratorního vyšetření. Porovnáním klinických projevů u týraných dětí do pěti let věku, které podstoupily CT břicha, se ukázalo, že jediné klinické projevy, které se vyskytovaly signifikantně častěji u dětí s intraabdominálním traumatem na CT, než u dětí s normálním CT nálezem, byla distenze břicha a břišní podkožní hematomy. (9) Jak však již bylo uvedeno výše, podkožní hematomy často zcela chybí. (5) Laboratorní vyšetření (hladina jaterních transamináz, amylázy a lipázy, vyšetření moči) může být nápomocné pro určení dětí, které by měly podstoupit zobrazení břicha. (9,10)

Kdo CT břicha indikuje?

CT břicha indikuje lékař dle místních zvyklostí pracoviště. V případě, že indikující lékař pojme podezření na proběhlé násilí již před CT vyšetřením, spojí se s radiologem, své podezření mu sdělí a současně poskytne také bližší anamnestické a klinické údaje.

Kdo CT břicha provádí?

CT břicha provádí k tomu určený radiologický tým ve složení dle místních zvyklostí.

Kdy se CT břicha provádí?

Načasování CT břicha je individuální, v závislosti na klinickém stavu pacienta.

Jaké praktické náležitosti je potřeba zajistit před CT vyšetřením břicha?

1. Zákonný zástupce vyplní informovaný souhlas s vyšetřením. (Informace o tom, zda zákonní zástupci musejí s provedením vyšetření souhlasit a zda mohou být při vyšetření přítomni, najdete v *Kapitole 1 – Právní aspekty a základní situace*, s. 10.)
2. Ošetřující lékař informuje dětského pacienta a jeho doprovod o průběhu vyšetření. S přihlédnutím k věku a klinickému stavu dítěte je však vhodné po příchodu na radiologické oddělení znovu postup krátce vysvětlit.
3. Pacient dostane intravenózní kanylu nezbytnou k podání kontrastní látky ještě na oddělení, na kterém je hospitalizovaný. Zavádění kanyly na radiologickém oddělení není vhodné, protože významně snižuje pravděpodobnost následné hladké spolupráce s pacientem během vyšetření.
4. Ošetřující lékař v indikovaných případech provede prevenci alergické reakce na jodovou kontrastní látku a prevenci kontrastní látkou indukované nefropatie v souladu s aktuálními doporučeními.

Tyto informace jsou k dispozici např. v detailním ACR Manual on Contrast Media. (11)

5. Radiolog v individuálních případech rozhodne o případném podání perorální kontrastní látky. Přítomnost kontrastní látky v žaludku a tenkém střevě usnadňuje hodnocení pankreatu, duodena a jejunu. To může být cenné zejména při podezření na přítomnost duodenálního hematomu. (6) Perorální kontrastní látka však zvyšuje riziko aspirace a může vést k odkladům v provedení vyšetření. (7)
6. Sedace pacienta obvykle není nezbytná. (12)

Jaké jsou technické parametry prováděného CT břicha?

- CT břicha a malé pánve provádíme po podání kontrastní látky intravenózně.
- Abychom snížili radiační zátěž pacienta na minimum, je třeba omezit počet zobrazených fází. Nativní CT není indikováno. (13) Ke snížení počtu skenů je možné kontrastní látku aplikovat tzv. technikou „split bolus“. Při té je kontrastní látka aplikována ve dvou etapách vyšetření odlišnými průtoky. Tato technika umožňuje omezit skenování na jednu fázi. Při podezření na trauma ledviny nebo močového měchýře je potom vhodné doplnit fázi odloženou.
Např. model Camp bastion pro děti doporučuje aplikovat 2/3 celkové dávky nízkým průtokem a zbylou 1/3 kontrastní látky aplikovat dvojnásobným průtokem tak, aby celková doba aplikace kontrastní látky trvala 70 vteřin. Následně je zahájeno skenování. Ve volně dostupném protokolu v části Appendix 2 je k dispozici tabulka s konkrétními údaji (objem kontrastní látky a průtoky dle váhy pacienta). (14) Obdobný pediatrický model pro zobrazení arteriální a portální fáze v jedné době detailně popisuje Thomas et al. (2)
- Rozsah zobrazení břicha volíme kranialně 1 cm nad bránicí po symphysis pubis. (15)
- V případě podezření na současné intrathorakální poranění můžeme CT břicha kombinovat s CT hrudníku.
- Pokud je indikováno CT hlavy, je provedeno nativně, ještě před vyšetřením břicha.
- Po vyšetření jsou zhotoveny multiplanární rekonstrukce do koronální a sagitální roviny,

CT hodnotíme ve všech základních rovinách. Vždy využíváme měkkotkáňové, plicní a kostní okno.

Kdo hodnotí CT břicha?

CT břicha hodnotí atestovaný radiolog. Pokud tuto podmínku není možné splnit v první době (např. hodnocení akutního CT ve večerních hodinách), doplňuje se co nejdříve formou druhého čtení. Je vhodné, aby na popis vyšetření dětí s podezřením na týrání byl v každém radiologickém týmu určen jeden konkrétní radiolog, který sleduje aktuální vývoj v této problematice. V případě, že je vysloveno podezření na týrání (ať již klinickým lékařem nebo v souvislosti s nálezem na zobrazovacích metodách), je doporučeno, aby interpretaci radiologických nálezů provedli dva radiologové a došli k diagnostickému konsensu. Jména obou radiologů potom v radiologické zprávě oficiálně figurují. Konzultace ke konkrétním případům je možné vyžádat na konzultace.ptd@fnmotol.cz.

Jaká jsou rizika CT břicha?

CT břicha je spojeno s radiační zátěží. Radiační zátěž závisí na mnoha faktorech a je cílem každého radiologického oddělení, aby tato zátěž byla co nejnižší při zachování diagnostické výtěžnosti. U dětí ve věku 0–5 let se zobrazením břicha pro podezření na týrání (většina měla zobrazení pouze v jedné fázi) se efektivní dávka pohybovala mezi 1,88 – 3,95 mSv. (16) Americká radiologická společnost udává odhad radiační zátěže při kontrastním CT břicha u dětí (bez specifikace věku) v rozmezí 3–10 mSv. (6)

Při podání jodové kontrastní látky může dojít ke vzniku alergické reakce, její výskyt je však u dětí vzácný.

Incidence alergické reakce u dětí po intravenózním podání nízkomoosmolární jodové kontrastní látky je 0,18 %. Těžkou alergickou reakcí mělo 0,03 % dětí. (17)

Potenciální komplikací po podání kontrastní látky je také rozvoj kontrastní látkou indukované nefropatie.

V současné době není k dispozici velká prospektivní studie, která by se věnovala incidenci nefropatie indukované kontrastní látkou. Předpokládá se proto, že její výskyt u dětí je obdobný jako u dospělé populace. (11)

RTG BŘICHA

Prostý snímek břicha nepatří mezi rutinní vyšetření pacienta s podezřením na intraabdominální trauma vzniklé týráním.

V praxi však může být toto vyšetření zvoleno jako prvotní vyšetření, např. u pacienta s podezřením na pneumoperitoneum.

Prostý snímek břicha je součástí vstupního kostního protokolu u všech dětí do dvou let věku.

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (UZ) BŘICHA

Ultrazvukové vyšetření břicha nepatří mezi rutinní vyšetření při podezření na intraabdominální trauma vzniklé týráním.

Toto vyšetření má ve srovnání s CT vyšetřením nižší sensitivitu pro detekci poranění intraabdominálních orgánů a jeho výtěžnost velmi závisí na zkušenostech konkrétního radiologa. UZ vyšetření břicha u týraného dítěte nenahrazuje CT vyšetření břicha.

UZ vyšetření břicha u dětí odhalilo pouze 38 % traumatických změn parenchymových intraabdominálních orgánů v porovnání s kontrastním CT. (18) 34 % dětí, které měly na CT známky traumatu, nemělo volnou tekutinu na CT, ani na UZ. Nepřítomnost volné tekutiny intraabdominálně tedy nevylučuje přítomnost poranění parenchymových orgánů. (19)

Při podezření na týrání je vždy nutné pomýšlet na možnost, že bude zahájeno trestní řízení. V takovém případě má obrazová dokumentace pořízená během ultrazvukového vyšetření nižší výpovědní hodnotu než obrazová dokumentace z CT vyšetření břicha. UZ vyšetření může sloužit jako první vyšetření u pacienta s nejasnými příznaky k odlišení traumatických změn od jiných intraabdominálních patologických změn. Pokud však UZ vyšetření identifikuje trauma, je toto nutné dovyšetřit dalšími modalitami. (20)

UZ vyšetření je cenné při vyšetření nestabilních pacientů u lůžka.

UZ vyšetření břicha může také sloužit ke sledování vývoje traumatických intraabdominálních změn původně zobrazených pomocí CT.

MR VYŠETŘENÍ BŘICHA

MR břicha není při podezření na intraabdominální trauma rutinně indikováno.

V současné době nemáme dostatek vědeckých poznatků k tomu, aby MR břicha mohlo být zařazeno jako vyšetřovací metoda při podezření na poranění břicha. Při vyšetřování pacienta s podezřením na týrání je přitom z důvodu ochrany dítěte a z forezních důvodů třeba obzvláště dbát na volbu nejspolehlivějšího vyšetřovacího postupu.

Celotělové MR u dětí s podezřením na týrání odhalilo tekutinu v břišní dutině a také laceraci jater. (21) Studie, která by srovnávala sensitivitu a specificitu MR a CT břicha při podezření na trauma však zatím neexistuje.

MR cholangiopankreatografie (MRCP) je vhodnou metodou pro vyšetření pacientů s poraněním pankreatu. (15)

MR břicha je vhodnou metodou pro další sledování pacientů s poraněním pankreatu. (15)

Pro hodnocení parenchymu pankreatu jsou přínosné zejména T1 a T2 vážené sekvence s potlačením tuku. (22)

Použitá literatura – Kapitola 4c:

1. Caniano DA, Beaver BL, Boles ET. Child abuse. An update on surgical management in 256 cases. *Ann Surg.* 1986;203(2):219–24.
2. Thomas KE, Mann EH, Padfield N, Greco L, BenDavid G, Alzahrani A. Dual bolus intravenous contrast injection technique for multiregion paediatric body CT. *Eur Radiol.* 2015;25(4):1014–22.
3. Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR. Abdominal injury due to child abuse. *Lancet.* 2005;366(9481):234–5.
4. Ledbetter DJ, Hatch EI, Feldman KW, Fligner CL, Tapper D. Diagnostic and Surgical Implications of Child Abuse. *Arch Surg.* 1988;123(9):1101–5.
5. 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 Negl [Internet].* 2013 Jul [cited 2014 Mar 16];37(7):430–45. Dostupné z: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412002542>>.
6. Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, Anupindi SA, Blount JP, Booth TN, et al. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse—Child. *J Am Coll Radiol [Internet].* 2017;14(5):S338–49. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2017.01.036>>
7. Di Pietro MA, Brody AS, Cassady CI, Kleinman PK, Wyly JB, Applegate KE, et al. Diagnostic imaging of child abuse. Section on radiology. *Pediatrics.* 2009;123(5):1430–5.
8. Raissaki M, Veyrac C, Blondiaux E, Hadjigeorgi C. Abdominal imaging in child abuse. *Pediatr Radiol [Internet].* 2011 Jan [cited 2014 Mar 16];41(1):4–16; quiz 137–8. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21088831>>.
9. Hilmes MA, Hernanz-Schulman M, Greeley CS, Piercey LM, Yu C, Kan JH. CT identification of abdominal injuries in abused pre-school-age children. *Pediatr Radiol.* 2011;41(5):643–51.
10. Kellogg ND, Jenny C, Christina CW, Hibbard RA, Spivack BS, Stirling J. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics.* 2007;119(6):1232–41.
11. American College of Radiology. ACR manual on contrast media. Vol. 91, ACR Manual on Contrast Media. 2020.
12. Sivit CJ. Imaging children with abdominal trauma. *Am J Roentgenol.* 2009;192(5):1179–89.
13. Donnelly LF. Imaging issues in CT of blunt trauma to the chest and abdomen. *Pediatr Radiol.* 2009;39(SUPPL. 3):406–13.
14. The Royal College of Radiologists. Paediatric trauma protocols. www.rcr.ac.uk. 2014;1–25.
15. Sheybani EF, Gonzalez-Araiza G, Kousari YM, Hulett RL, Menias CO. Pediatric Nonaccidental Abdominal Trauma: What the Radiologist Should Know. *Radiographics.* 2014;34:139–53.
16. Hilmes M a, Hernanz-Schulman M, Greeley CS, Piercey LM, Yu C, Kan JH. CT identification of abdominal injuries in abused pre-school-age children. *Pediatr Radiol [Internet].* 2011 May [cited 2014 Mar 16];41(5):643–51. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107556>>.
17. Dillman JR, Strouse PJ, Ellis JH, Cohan RH, Jan SC. Incidence and severity of acute allergic-like reactions to IV nonionic iodinated contrast material in children. *Am J Roentgenol.* 2007;188(6):1643–7.
18. 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. *Radiol Medica.* 2015;120(11):989–1001.
19. Emery KH, McAneney CM, Racadio JM, Johnson ND, Evora DK, Garcia VF. Absent peritoneal fluid on screening trauma ultrasonography in children: A prospective comparison with computed tomography. *J Pediatr Surg.* 2001;36(4):565–9.
20. Kleinman PK. *Diagnostic Imaging of Child Abuse.* 3rd editio. Cambridge University Press; 2015. 750 p.
21. Perez-Rossello JM, Connolly SA, Newton AW, Zou KH, Kleinman PK. Whole-body MRI in suspected infant abuse. *Am J Roentgenol.* 2010;195(3):744–50.
22. Lucey BC, Soto JA. Blunt Trauma of the Pancreas and Biliary Tract : A Multimodality. *Radiographics.* 2004;24:1381–95.

Kapitola 4d

Zobrazení nitrohručních orgánů

Poranění hrudníku u týraných dětí je obvykle spojeno s poraněním ostatních orgánů, a vyšetření hrudníku u těchto dětí je tak součástí komplexnějšího vyšetření.

Proč vyšetřovat nitrohruční orgány při podezření na týrané dítě?

Poranění nitrohručních orgánů je u týraných dětí vzácné, ale může se jednat o poranění velmi závažné.

Mezi možná poranění nitrohručních orgánů u týraných dětí patří hemoperikard, kontuze a lacerace srdce, kontuze plic a pleurální výpotek. (1)

Jaké radiologické vyšetření vnitřních orgánů hrudníku je indikováno při podezření na týrané dítě?

Zobrazení nitrohručních orgánů není indikováno rutinně, ale pouze při podezření na jejich poranění. Prostý snímek hrudníku je obvykle v praxi první modalitou při podezření na poranění hrudníku jakékoli etiologie. Při podezření na poranění intrathorakálních orgánů musí být doplněno kontrastní CT vyšetření hrudníku. Indikace, provedení a další náležitosti se neliší od CT břicha (viz kapitolu 4c).

Nativní CT vyšetření hrudníku není dostatečně sensitivní k hodnocení poranění intrathorakálních orgánů. (1)

Použitá literatura – Kapitola 4d:

1. Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, Anupindi SA, Blount JP, Booth TN, et al. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse—Child. J Am Coll Radiol [Internet]. 2017;14(5):S338–49. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2017.01.036>>.

Kapitola 5

Radiologická zpráva

Pokud je kvůli podezření z týrání dítěte zahájeno trestní řízení, mohou si vyšetřovatelé vyžádat znalecké posudky. Soudním znalcem může být například pediatr a ve svém posudku vychází ze zdravotnické dokumentace. To v případě zobrazovacích metod znamená, že vychází z radiologických zpráv, nikoli ze samotné obrazové dokumentace. Je pouze na uvážení soudního znalce, zda radiologa případně přizve jako konzultanta. Z tohoto důvodu je zcela zásadní, aby byla radiologická zpráva zpracována odborně, objektivně, přehledně a jednoznačně. Jen tak lze zajistit, že bude správně interpretována soudním znalcem.

Jaké jsou personální požadavky při tvorbě radiologického zprávy?

Radiologickou zprávu vyhotovuje atestovaný radiolog.

Pokud tuto podmínku není možné splnit v první době (např. hodnocení akutního CT ve večerních hodinách), doplňuje se co nejdříve formou druhého čtení.

Je vhodné, aby k interpretaci nálezů u dětí s podezřením na týrání byl v každém radiologickém týmu určen jeden konkrétní radiolog, který sleduje aktuální vývoj v této problematice.

V případě, že je vysloveno podezření na týrání (ať již klinickým lékařem nebo v souvislosti s nálezem na zobrazovacích metodách), je doporučeno, aby interpretaci radiologických nálezů provedli dva radiologové a došli k diagnostickému konsensu. Jména obou radiologů potom v radiologické zprávě oficiálně figurují.

Konzultace ke konkrétním případům je možné vyžádat na konzultace.ptd@fnmotol.cz.

Jaká je úloha radiologické zprávy?

a. medicínská

Primární úlohou radiologické zprávy je pomoci klinickému lékaři objasnit příčinu pacientových obtíží a učinit rozhodnutí o léčbě. Má-li klinický lékař podezření, že se dítě stalo obětí fyzického násilí, může radiologická zpráva poskytnout důležité informace, které této hypotéze nasvědčují, nebo ji vyvrací. V jiných případech je radiolog prvním, kdo upozorní na specifické traumatické změny nebo na nesoulad mezi anamnézou a radiologickým nálezem a vysloví podezření na týrání. Důležitou součástí radiologické zprávy v případě podezření na týrání je také diferenciální diagnostika.

b. právní

V případě podezření na týrání je nutné vést v patnosti, že se radiologická zpráva může stát součástí trestního řízení. S ohledem na tuto skutečnost je nutné nejen volit zobrazovací metody v souladu s oficiálním doporučením a dbát na jejich správné technické provedení, ale také věnovat náležitou péči radiologické zprávě.

Jakou strukturu má radiologická zpráva?

Radiologická zpráva má pevně danou strukturu. (1,2)

Struktura radiologické zprávy:

- technika vyšetření
- anamnéza a důvod vyšetření
- nález
- závěr
- případná doporučení

Jaké informace má radiologická zpráva obsahovat?

- Technika vyšetření – stručně popisuje technické provedení, např. zhotovené projekce, množství a způsob podání kontrastní látky, radiační zátěž apod. V této sekci také zhodnotíme, zda byla zvolena vhodná vyšetřovací metoda a zda je vyšetření dostatečně kvalitní, např. zde lze popsat nepřesné projekce, pohybové artefakty apod.
- Anamnéza a důvod vyšetření – tato část obsahuje relevantní klinické informace.
- Nález – představuje ucelený popis nálezů s důrazem na ty patologické. Používáme obecně platnou a jednoznačnou terminologii. Kdykoli je to možné, nálezy kvantifikujeme (měřením rozměrů, intenzity, škálováním apod.). Popisujeme přesnou lokalizaci nálezu (anatomicky, případně upřesněním, na kterém řezu ve které rovině je patologie patrná). Pokud se nejedná o první radiologické vyšetření, vždy srovnáme nálezy současného a předchozího zobrazení (a uvádíme vždy také datum předchozího vyšetření). V případě podezření na týrání je důležitou součástí nálezu vyloučení diferenciálních diagnóz (např. u kostního protokolu vyloučit dysplazie skeletu a metabolická onemocnění, u CT hlavy s nálezem subdurálního hematomu vyloučit meningitidu, vaskulární malformaci apod.).
- Závěr – je stručný a jednoznačný. V případě nejasností uvedeme, co by přispělo k objasnění nálezu (např. doplnění další projekce nebo vyšetření pomocí jiné zobrazovací modality). V závěru radiologické zprávy zhodnotíme, zda nález na zobrazovacích metodách odpovídá anamnestickým údajům a stádiu

psychomotorického vývoje dítěte. V závěru také cíleně odpovídáme na klinickou otázku uvedenou na žádance.

- Doporučení – v některých případech je na místě doporučit další vyšetření (např. kontrolní kostní protokol). V případě, že byl nález telefonicky nebo osobně hlášen klinickému lékaři, je tato informace zahrnuta na konci radiologické zprávy.
- Podpis – Každá radiologická zpráva musí být opatřena jmenovkou lékaře, který ji vyhotovil.

Čeho se v radiologické zprávě vyvarovat?

Měli bychom se snažit vyhnout chybám, které snižují vypovídací hodnotu a lékařskou i právní kvalitu radiologické zprávy.

Chyby v radiologické zprávě a jak se jim můžeme vyhnout:

- Nejednoznačnost – nepoužívejme nejednoznačné termíny ani zkratky.
- Nepodložené závěry – neuvádějme závěry, které nejsou podloženy vědeckými poznatky. Např. místo „fraktura diafýzy humeru odpovídá stáří tří týdnů“ uvedme „známky pozdního hojení fraktury diafýzy humeru“.
- Pochybnosti – neuvádějme nejednoznačné závěry, aniž bychom doplnili, jak je možné danou informaci upřesnit. Např. namísto „nelze vyloučit frakturu distální metafýzy pravé ulny“ uvedme „linie projasnění v distální metafýze pravé ulny by mohla odpovídat fraktuře, k bližšímu posouzení jsou doporučeny cílené snímky ve dvou projekcích“.
- Úpravy v textu – neprovádějme změny v již vyhotovené zprávě. V případě, že je nutné znění zprávy upravit (například po konzultaci se zkušenějšími kolegy), provedme tyto změny formou poznámky na konci zprávy, nikoli změnou přímo v textu.

Jaké otázky musí radiologická zpráva zodpovědět?

Konkrétní otázky vždy závisí na daném vyšetření a klinickém stavu pacienta. V kontextu podezření

na týrání však lze vyjmenovat otázky, na které musí radiologická zpráva odpovědět vždy.

Nutné otázky při PTD:

- Jsou přítomné traumatické změny? Lze odhadnout jejich stáří? Jedná se o změny různého stáří?
- Odpovídá nález udané anamnéze? Odpovídá nález psychomotorickým schopnostem dítěte?
- Jaká je diferenciální diagnostika?
- Je zvolená modalita nejvhodnější pro zhodnocení nalezené patologie nebo je na místě doplnit vhodnější metodu?

Má se radiolog přímo vyjadřovat k možnosti, že se dítě stalo obětí fyzického násilí?

Radiolog se obvykle k podezření na týrání přímo nevyjadřuje.

Vhodnější je na tuto skutečnost důrazně upozornit, spíše než ji uvádět jako definitivní diagnózu. (3) Např. namísto „Tyto nálezy svědčí pro týrání,“ uvádíme: „Tyto nálezy jsou často pozorovány u obětí fyzického násilí.“

Přesto, že lze na zobrazovacích metodách odhalit řadu traumatických změn s vysokou specificitou pro týrání, nález, který by byl stoprocentně specifický pro týrání, neexistuje. Definitivní rozhodnutí musí vynést až případný soud.

Jak a kdy sdělit výsledky radiologického vyšetření indikujícímu lékaři?

Radiologický nález hlásíme osobně nebo telefonicky indikujícímu lékaři bez zbytečného prodlení a současně v den vyšetření vypracujeme předběžnou radiologickou zprávu. Definitivní radiologickou zprávu vyhotovujeme nejpozději do 72 hodin od vyšetření.

Jsou-li na zobrazovacích metodách nálezy, které vyvolávají podezření, že se dítě stalo obětí fyzického násilí, je k takovému nálezu nutné přistoupit jako k ostatním naléhavým nálezům v radiologii. Důvodem je riziko, že dítě bude vystaveno dalšímu násilí. Tyto výsledky proto musejí být ihned hlášeny indikujícímu lékaři. Mimo to mohou mít výsledky radiologického vyšetření zásadní dopad na další život dítěte a je

nepřijatelné, aby na tyto výsledky pacient a jeho rodina čekali déle, než je nutné. Na druhou stranu se jedná o komplexní vyšetření, nálezy jsou často konzultovány s dalšími kolegy a radiolog dbá na to, aby radiologický popis splňoval všechny formální náležitosti, proto obvykle není možné, aby byla oficiální radiologická zpráva vyhotovena ihned po vyšetření.

Sděluje radiolog výsledky radiologického vyšetření zákonnému zástupci?

Radiolog zpravidla nesděluje výsledky proběhlého vyšetření zákonnému zástupci.

Vyšetření dítěte s podezřením na týrání se často nese v napjaté atmosféře. Zaměstnanci radiologického oddělení si nemohou být jisti, zda si je zákonný zástupce vědom existujícího podezření na týrání. Lékař, který rodině sděluje výsledky vyšetření dětí s podezřením na týrání, musí tyto informace podat citlivě, uceleně a být schopen odpovědět na otázky, které z jeho sdělení vyplynou. Z tohoto důvodu je vhodné, aby výsledky vyšetření rodině nesděloval radiolog, ale ošetřující lékař, který je již s rodinou v kontaktu, má potřebné vzdělání a disponuje kompletními výsledky pacientových vyšetření. (4)

Použitá literatura – Kapitola 5:

1. European Society of Radiology. Good practice for radiological reporting. Guidelines from the European Society of Radiology (ESR). *Insights Imaging*. 2011;2(2):93–6.
2. Adamsbaum C, Méjean N, Merzoug V, Rey-Salmon C. How to explore and report children with suspected non-accidental trauma. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2010 Jun [cited 2014 Mar 16];40(6):932–8. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20432011>>.
3. Brown JL. Responsibilities and risks when radiologists evaluate patients for child abuse. *Am J Roentgenol*. 2013;200(5):948–9.
4. Kleinman PK. *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. 3rd edition. Cambridge University Press; 2015. 750 p.

Příloha 1

Zákonné povinnosti zdravotníků

Tato kapitola vysvětluje, co musí zdravotníci podle platné právní úpravy udělat, když u svých dětských pacientů pojmou podezření na týrání. Jde o oznamovací povinnost podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí a povinnost překazit a oznámit spáchání trestného činu týrání svěřené osoby podle trestního práva.

Když se radiolog či radiologický asistent setká s případem podezření na týrané dítě, měl by mít na paměti následující dvě povinnosti:

1. Pokud na základě vyšetření dospěje u dětského pacienta k podezření na týrání či zneužívání, má postupovat podle úpravy uvedené v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se hlavně o aktivní oznamovací povinnost orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Klinických lékařů se týká také povinnost poskytnout potřebné údaje na výzvu OSPOD. Nesplnění této povinnosti je sankcionováno pokutou.
Viz části 1., 1.1 a 1.2 následujícího textu.
2. Pokud je intenzita zranění či jiného poškození dítěte výrazná a zdravotník se hodnověrným způsobem dozví, že někdo jiný páchá či spáchal trestný čin týrání svěřené osoby či těžké ublížení na zdraví, má postupovat podle předpisů trestního práva (zákon č. 40/2009 Sb., ustanovení § 367 a § 368). Ty mu ukládají povinnost oznámit tuto skutečnost státnímu zástupci či Policii ČR. Za nesplnění této povinnosti hrozí trest odnětí svobody.
Viz část 2. následujícího textu.

1. OZNAMOVACÍ POVINNOSTI ZDRAVOTNÍKŮ PODLE ZÁKONA O SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANĚ DĚTÍ

Zdravotničtí pracovníci vykonávají významnou úlohu na poli ochrany nezletilých dětí.¹ Zejména u dětí do jednoho roku věku jsou lékaři velmi často jediní,² kdo si mohou povšimnout známek týrání či zneužívání a informovat sociální pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále OSPOD). Sociální pracovníci působí na obecních úřadech a na obecních úřadech obcí s rozšířenou

působností (v rámci Prahy a dalších statutárních měst se jedná o úřady jednotlivých městských částí). Na který místně příslušný úřad se má lékař obrátit, je dáno místem trvalého pobytu nezletilého dítěte.

Při vyšetření dítěte by se lékaři měli zaměřit na mechanismus vzniku zranění, zda zranění odpovídá psychomotorickým schopnostem dítěte a zda se jedná o zranění, u kterého se dá s velkou pravděpodobností určit, že si jej dítě nemohlo způsobit samo. Radiolog však nemá možnost dětského pacienta prohlédnout a tyto skutečnosti posoudit. Proto je žádoucí a nezbytné, aby na žádance k radiologickému vyšetření byl řádně popsán psychomotorický vývoj dítěte a specifické klinické aspekty, které by mohly mít na posouzení radiologem vliv. Díky těmto informacím může radiolog učinit diagnostický závěr o povaze traumatu vedoucí k jasnějšímu závěru o cizím zavinění další osobou. V případě, že radiolog dojde k závěru, že stav dítěte byl s velkou pravděpodobností způsoben cizím zaviněním, tuto skutečnost musí jednoznačně uvést v radiologické zprávě.

Pro klinického lékaře je radiologické zhodnocení povahy poranění či změny zdravotního stavu u dítěte rozhodujícím kritériem pro závěr, zda k poranění došlo zaviněním další osobou, či zda se jedná o jinou změnu zdravotního stavu nemající původ v poškození dítěte. Pokud je v radiologické zprávě vysloveno podezření na cizí zavinění, je úlohou klinického lékaře doplnit další vyšetření. Na základě těchto vyšetření může klinický lékař podezření vyloučit (např. v případě metabolického onemocnění dítěte) a tuto skutečnost uvést do zdravotnické dokumentace. Pokud provedená vyšetření podezření z cizího zavinění nevyloučí, je povinností klinického lékaře učinit závěr o povaze vzniklého poranění a dovodit z něj i povinnosti ve smyslu zákona o sociálně-právní ochraně dětí či dokonce trestního zákoníku.

1 Důsledné prevenci však brání absence právní úpravy, podle které by rodiče měli za povinnost registrovat narozené dítě u praktického lékaře pro děti a dorost.
2 Ohrožené děti se často k lékaři dostávají až v závažném stavu, kdy je přiveze zdravotnická záchranná služba. Rodiče týraných dětí také většinou upřednostňují návštěvu lékařské pohotovosti před návštěvou pediatra, ve snaze ztížit tak odhalení původu úrazu. S týranými dětmi se setkáváme zejména na odděleních traumatologie, chirurgie a popálenin.

1.1 Aktivní spolupráce s OSPOD – oznamovací povinnost

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností takové skutečnosti, které nasvědčují tomu, že se do jejich péče dostalo dítě (děti), na které se zaměřuje sociálně-právní ochrana dětí.³ 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. Klinický lékař má dvě možnosti, jak zjištěné skutečnosti oznámit orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) v místě trvalého pobytu vyšetřovaného dítěte:

1. Učinit oznámení přímo OSPODu;
2. Kontaktovat sociálního pracovníka poskytovatele zdravotních služeb, který potom za poskytovatele učiní oznámení OSPODu.

Z pohledu lékaře se může jednat o dítě, jehož rodiče neplní povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti či nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti. Jde

například o děti, jejichž rodiče zanedbávají povinná očkování a stanovené preventivní prohlídky, či děti, u nichž má lékař podezření, že jsou týrány, zneužívány či zanedbávány. Rovněž sem patří situace, kdy zdravotní stav dítěte svědčí o malnutrici a podobně.⁴

Při nesplnění této oznamovací povinnosti může být poskytovateli zdravotních služeb uložena pokuta do výše 50 000 Kč. Zopakujme však, že lékaři jsou mnohdy jediní, kdo si mohou povšimnout známek poškozování u nejmenších dětí. Apelem na plnění oznamovací povinnosti v případech podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání dětí by tedy měl být zejména morální aspekt a obecný zájem.

1.2 Spolupráce s OSPOD – povinnost poskytnout informace

Na výzvu orgánu sociálně-právní ochrany dětí⁵ 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.

3 Pro radiologické pracovníky jsou 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; [...]

4 Zmiňovaná problematika ochrany nezletilých dětí je úzce spojená s úpravou zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Uvedme, že 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 zanedbání, 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.

Zákonná úprava předpokládá další situace, ve kterých lékař 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 zdravotního vývoje nezletilého pacienta a lze-li předpokládat, že poskytnutím informace by mohlo dojít k ohrožení pacienta. Může se tak jednat o případy Münchhausenova syndromu by proxy. Pokud by se osoba dopouštějící se tohoto jednání dozvěděla, že lékaři jsou obeznámeni s touto diagnózou, 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.).

5 Nejčastěji se jedná o obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle místa trvalého pobytu nezletilého dítěte.

Jedině tak může OSPOD preventivně zasáhnout a poskytnout dítěti adekvátní ochranu. Zopakujme, že se jedná o podezření, nikoliv již prokázané týrání, zneužívání či zanedbávání OSPOD orgány činnými v trestním řízení. Lékaři se však 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 oni by v takovém případě mohli čelit případnému postihu pro spáchání trestného činu křivé obvinění. Z tohoto důvodu zákon uvádí samotné podezření na týrání či zanedbávání. A pokud lékař 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. Zdůrazněme, že trestného činu křivého obvinění podle ustanovení § 345 trestního zákoníku se dopustí ten, kdo jiného lživě obviní z trestného činu, či kdo jiného lživě obviní z trestného činu v úmyslu přivodit jeho trestní stíhání. Navíc lékař by se tohoto trestného činu musel dopustit úmyslně. Lze předpokládat, že ve chvíli, kdy OSPOD vyzývá poskytovatele zdravotních služeb ke sdělení informací, má již o situaci dítěte určité indicie (např. z MŠ či ZŠ, od sousedů či dalších subjektů), a dotazem u lékaře si ověřuje skutečnosti i po medicínské stránce. Je vhodné, aby poskytovatel zdravotních služeb například ve vnitřním předpisu stanovil postup, podle kterého bude tuto oznamovací povinnost vůči OSPOD plnit. Efektivnímu řešení by prospělo také sestavení multidisciplinárního týmu, který by se těmito případy v rámci daného zdravotnického zařízení kolektivně zabýval. Pro úplnost dodejme, že nedodržení této zákonné povinnosti je sankcionováno pokutou do výše 50 000 Kč.

2. POVINNOST PŘEKAZIT A OZNÁMIT SPÁCHÁNÍ TRESTNÉHO ČINU TÝRÁNÍ SVĚŘENÉ OSOBY

Další oznamovací povinnost zdravotníků, jež prolomuje povinnou mlčenlivost, je upravena

v zákoně č. 40/2009 Sb. Ustanovení § 367 – Nepřekazení trestného činu. Zde uvádíme jen výňatek – pouze 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.
- Překazít trestný čin lze i jeho včasným oznámením státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.

Jedním ze základních kritérií pro posouzení plnění oznamovací povinnosti tedy je, zda se radiolog či jiný lékař „dozví hodnověrným způsobem“ o páchání výše uvedených trestných činů. Proto se lékař, který při ošetřování zraněného dítěte dojde k závěru, že zranění byla způsobena zaviněním třetí osoby (případně mu tuto informaci sdělí i sám dětský pacient, popíše vznik zranění a stopy násilí odpovídají tomuto mechanismu, rovněž tak v případě, že mechanismus vzniku zranění velmi pravděpodobně souvisí s týráním dítěte a v minulosti byl lékař dotazován na okolnosti jiného zranění ze strany OSPOD a toto zranění bylo způsobeno zaviněním třetí osoby), nemůže dovolávat povinné mlčenlivosti a má povinnost překazít další páchání trestného činu. V praxi lékař většinou využije možnosti překazít páchání trestného činu tak, že ho oznámí státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, protože fakticky překazít páchání trestného činu je pro lékaře velmi těžké, až nemožné. Když lékař učiní oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí, je to jistě vhodné, neplní tím však svou povinnost, kterou mu ukládá trestní zákoník. Aby bylo zřejmé, že lékař tuto zákonnou povinnost splnil, je třeba, aby tak učinil s prokázáním své totožnosti. Pokud by se jednalo o podání trestního oznámení v případě jiných

trestných činů, toto může učinit i bez prokázání totožnosti.⁶ Avšak plnění povinnosti podle trestního zákoníku v souvislosti s překažením či oznámením trestného činu se předpokládá s plným uvedením totožnosti.

Obdobnou úpravu uvádí ustanovení § 368 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Skutková podstata trestného činu „Neoznámení trestného činu“ je zde upravena takto (opět uvádíme jen výňatek):

- 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 zástupci 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.

6 Více viz článek „Postup při podání trestního oznámení“ dostupný z: <<https://www.policie.cz/clanek/postup-pri-podani-trestniho-oznameni.aspx>> a článek „Jak podat trestní oznámení“ dostupný z: <<https://www.bkb.cz/pomoc-obetem/trestni-oznameni/>>.

Příloha 2

Technika vyšetření a strukturované radiologické zprávy

Tato kapitola slouží k rychlé orientaci a jejím cílem je usnadnit práci radiologům a radiologickým asistentům v případech, kdy se setkají s podezřením na týrané dítě. Jednotlivé přílohy si můžete okopírovat nebo vytisknout (a případně zalaminovat) a mít je ve vyšetřovně po ruce pro rychlou nápovědu.

Ke každému typu vyšetření zde najdete vždy na jedné straně popsanou techniku vyšetření a na další straně strukturovanou radiologickou zprávu daného vyšetření. Přestože je potřeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně s přihlédnutím k jeho věku, anamnéze, klinickému stavu a výsledkům dalších vyšetření, mohou následující strukturované radiologické zprávy sloužit jako určité vodítko při hodnocení radiologického vyšetření. Volby uvedené v závorkách nepředstavují jediné možné patologie. V jejich výčtu byl kladen důraz na nejčastější traumatické změny u týraných dětí.

Vysvětlivky:

[] Hranaté závorky představují pole, které je nutné při tvorbě radiologické zprávy vyplnit. Nabízejí dvě nebo více možností, které lze zvolit při popisu konkrétní anatomické

struktury. Např. „Žaludek, duodenum, jejunum, ileum, colon, rectum s [normálním/patologickým] nálezem.“

- () Kulaté závorky nabízejí možnosti, jak dále upřesnit patologický nález. Např. „Žaludek, duodenum, jejunum, ileum, colon, rectum s [normálním/patologickým] nálezem (rozšířená stěna / hematom / perforace / struktura / poranění mesenteria).“
- » Šipky v poznámce CAVE pod strukturovanou radiologickou zprávou označují informace o nejčastějších nálezech u týraných dětí v dané anatomické oblasti.
- !! Dva vykřičníky v poznámce CAVE pod strukturovanou radiologickou zprávou upozorňují na nejspecifičtější nálezy pro týrané dítě v dané anatomické oblasti. Když narazíte na některou ze zde uvedených patologií, měli byste zpozornět.

Technika vyšetření

Vstupní kostní protokol

Indikační skupina:

Všechny děti 0–24 měsíců.

Kdy:

Během 24 hodin, nejpozději za 72 hodin od vzniku podezření, v běžné pracovní době.

Zhodnocení:

Radiolog provede kontrolu snímků, aby případně indikoval doplnění dalších snímků nebo zopakování snímků nedostatečné kvality. Definitivní radiologickou zprávou radiolog vypracuje nejpozději do 72 hodin.

anatomická oblast	projekce	poznámka
Lebka	AP	V případě, že bylo provedeno CT vyšetření hlavy, není indikována.
	bočně	
Hrudník	AP	Celý hrudník včetně ramenních kloubů.
	levá šikmá, pravá šikmá	Na obou šikmých projekcích jsou viditelná žebra oboustranně v celém rozsahu.
Břicho a pánev	AP	
Páteř	bočně v celém rozsahu	Počet snímků závisí na velikosti dítěte.
Humerus	AP	
Předloktí	AP	
Ruka	PA	
Femur	AP	
Bérec	AP	
Noha	PA	
Koleno	bočná	
Hlezenní kloub	bočná	

(+ Případné další projekce dle klinického podezření nebo radiologického nálezu.)

Strukturovaná radiologická zpráva

/ Upraveno podle (1) a (2).

Vstupní kostní protokol

Technika vyšetření: [vstupní kostní protokol], [vypsát všechny provedené projekce]

Anamnéza a důvod vyšetření: [ve vztahu k provedenému radiologickému vyšetření]

Srovnání: [předchozí snímková dokumentace pro srovnání, datum]

Nález:

Lebka a obličejový skelet: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (otevřená/lineární/impresivní/diastatická/tříštivá/periostální reakce) (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Páteř: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Hrudník a žebra: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Páneve: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Dlouhé kosti: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (avulzní/zlomenina z ohnutí/torus zlomenina/zlomenina vrbového proutku/tříštivá/šikmá/spirální/příčná/Salter Harris I-V/periostální reakce/klasická metafyzární léze), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Ruce a nohy: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Jiná kostní anomálie: [ne/ano] (periostální reakce? známky osteogenesis imperfecta? známky rachitis? známky osteopatie nedonošených?)

Kostní denzita je [přiměřená/snížená].

Kostní věk [odpovídá/je opožděn/je urychlen] oproti chronologickému.

Patologické změny měkkých tkání: [ano/ne] (rozšíření měkkých tkání? tekutina v klubu?)

Závěr:

Vstupní kostní protokol s [normálním/patologickým] nálezem. (Fraktury se známkami akutního/časného/pozdního hojení/nejasného stáří/různého stáří).

RTG nález [odpovídá/neodpovídá] anamnestickým údajům.

Doporučení:

Je indikován kontrolní kostní protokol [datum: (2 týdny po vstupním kostním protokolu)].

Tento nález byl hlášen: [jméno lékaře, oddělení] v [datum a čas].

_____ [podpis jednoho / dvou radiologů]

CAVE:

- » Fraktury dlouhých kostí (u starších, samostatně se pohybujících dětí jsou málo specifické, protože jsou časté také u pacientů s běžnými traumaty), fraktury žeber. (3)
- !! Fraktury žeber, zejména posteromedálně, klasické metafyzární léze, zlomeniny lopatky, zlomeniny spinózních výběžků obratlů, zlomeniny sternu. (4)

Technika vyšetření

Kontrolní kostní protokol

Indikační skupina:

Všechny děti 0–24 měsíců.

Kdy:

Za 2 týdny po vstupním kostním protokolu.

Zhodnocení:

Radiolog provede kontrolu snímků ihned po zobrazení, aby případně indikoval doplnění dalších snímků nebo zopakování snímků, které nemají dostatečnou kvalitu. Definitivní radiologickou zprávu radiolog vypracuje nejpozději do 72 hodin.

anatomická oblast	projekce	poznámka
Hrudník	AP, levá šikmá, pravá šikmá	
Humerus a předloktí oboustranně	AP	Pokud to velikost dítěte dovolí, stačí levý humerus a levé předloktí na jednom snímku, a pravý humerus a pravé předloktí na druhém snímku. Pokud to velikost dítěte neumožňuje, potom se provádí cílené snímky na humery a cílené snímky na předloktí.
Femur a bérec oboustranně	AP	Pokud to velikost dítěte dovolí, stačí levý femur a levý bérec na jednom snímku, a pravý femur a pravý bérec na druhém snímku. Pokud to velikost dítěte neumožňuje, potom se provádí cílené snímky na femury a cílené snímky na bérce.
(+ Veškerá traumata nebo suspektní nálezy ze vstupního kostního protokolu.)		

Strukturovaná radiologická zpráva

/ Upraveno podle (1) a (2).

Kontrolní kostní protokol

Technika vyšetření: [kontrolní kostní protokol], [vypsát všechny provedené projekce]

Anamnéza a důvod vyšetření: [ve vztahu k provedenému radiologickému vyšetření]

Srovnání: [vstupní kostní protokol z ... datum]

Nález:

Hrudník a žebra: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (fraktura nově zjištěná/patrná již na předchozím snímku), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Dlouhé kosti: [fraktura ne/ano], (fraktura jistá/pravděpodobná/možná), (fraktura nově zjištěná/patrná již na předchozím snímku) (avulzní/zlomenina z ohnutí/torus zlomenina/tříštivá/zlomenina vrbového proutku/tříštivá/šikmá/spirální/příčná/Salter Harris I-V/periostální reakce/klasická metafyzární léze), (přesná lokalizace fraktury), (akutní/časné hojení/pozdní hojení/nelze určit)

Jiná kostní anomálie: [ne/ano] (periostální reakce? známky osteogenesis imperfecta? známky rachitis? známky osteopatie nedonošených?)

Kostní denzita je [přiměřená/snížená].

Kostní věk [odpovídá/je opožděn/je urychlen] oproti chronologickému.

Patologické změny měkkých tkání: [ano/ne] (rozšíření měkkých tkání? tekutina v kloubu?)

Závěr:

Kontrolní kostní protokol s [normálním/patologickým] nálezem. (Fraktury se známkami akutního/časného/pozdního hojení/nejasného stáří/různého stáří)

RTG nález [odpovídá/neodpovídá] anamnestickým údajům.

Tento nález byl hlášen: [jméno lékaře, oddělení] v [datum a čas].

_____ [podpis jednoho / dvou radiologů]

Technika vyšetření

CT hlavy

Kontrastní látka intravenózně:

Ne

Rozsah:

Vertex – baze lebni

Rekonstrukce:

Multiplanární rekonstrukce do koronální a sagitální roviny, v měkkotkáňovém okně tloušťka do 5 mm, v kostním okně 2,5 mm.

3-D volume rendering rekonstrukce z kostního okna.

Strukturovaná radiologická zpráva

/ Upraveno podle (1) a (2).

CT hlavy

Technika vyšetření: [nativní CT mozku v rozsahu od vertexu po bazi lební, CTDI ... mGy]

Anamnéza a důvod vyšetření: [ve vztahu k provedenému radiologickému vyšetření]

Srovnání: [předchozí snímková dokumentace pro srovnání, datum]

Nález:

Měkké tkáně hlavy jsou [normální/rozšířené] (lokalizace? traumatické změny přilehlého skeletu?)

Kostěné struktury s [normálním/traumatickým/jiným patologickým] nálezem (lokalizace fraktury? lineární? široká? větující se? přesahující švy? bilaterální? impresivní? rozšíření švů? otok přilehlých měkkých tkání?)

Extraaxiální prostor je [normální/zúžený/rozšířený]. Tekutina v extraaxiálním prostoru je [nepřítomna/přítomna] (lokalizace kolekce? denzita kolekce? v případě subdurální kolekce – přítomnost membrán v subdurálním prostoru? v případě subdurální kolekce – trombózy přemostujících žil pod vertexem?)

Mozkové komory [mají/nemají] obvyklou konfiguraci. Bazální cisterny [jsou/nejsou] volné.

Diferenciace mezi šedou a bílou hmotou mozkovou [je/není] zachovalá. Mozková tkáň [s/bez] středočárového přesunu, [bez ložiskových změn/s ložiskovými změnami] (krvácení? kontuze? lacerace? ischemie?).

Orbity s [normálním /patologickým] nálezem (retinální hemoragie?)

Vedlejší nosní dutiny a mastoidy [jsou/nejsou] volné.

Závěr:

Kontrolní kostní protokol s [normálním/patologickým] nálezem. (Fraktury se známkami akutního/časného/ pozdního hojení/nejasného stáří/různého stáří)

RTG nález [odpovídá/neodpovídá] anamnestickým údajům.

Tento nález byl hlášen: [jméno lékaře, oddělení] v [datum a čas].

_____ [podpis jednoho / dvou radiologů]

CAVE:

» Subdurální hematoma, fraktura kalvy, hypodenzity v mozkové tkáni. (5)

!! Trombózy přemostujících žil pod vertexem, subdurální hematomy různého stáří. (6,7)

Technika vyšetření

MR hlavy, MR míchy

Technika vyšetření:

Vyšetření v celkové anestezii, nebo technikou „feed and wrap“.

Kontrastní látka intravenózně:

Obvykle ne.

Rozsah:

Vertex – kraniální úsek krční páteře, v případě intrakraniálního hematomu také MR celé páteře.

MR mozku	T1 SE sagitálně (přes celou hlavu)
	T2 axiálně
	FLAIR axiálně
	DWI axiálně
	SWI axiálně
	T1 IR koronálně
MR krční páteře (vždy)	T2 sagitálně (CC přechod a C páteř)
	STIR/T2 FS sagitálně (CC přechod a C páteř)
MR celé páteře (u pacientů s intrakraniálním subdurálním hematodem)	T1 sagitálně
	T2 sagitálně
	STIR/T2 FS sagitálně
	+ T1 a T2 axiálně (v rozsahu spinálního hematomu)

Vysvětlivky k tabulce:

SE = Spin Echo

FLAIR = Fluid-attenuated Inversion Recovery

DWI = difuzně vážené zobrazení

SWI = susceptibilně vážené zobrazení

IR = Inversion Recovery

STIR = Short Time Inversion Recovery

CC = kraniocervikální

C = krční

FS = potlačení tuku

Strukturovaná radiologická zpráva

/ Upraveno podle (1) a (2).

MR hlavy, MR míchy

Technika vyšetření: [nativní MR mozku a krční páteře v rozsahu od vertexu po ... obratel, sekvence]

Anamnéza a důvod vyšetření: [ve vztahu k provedenému radiologickému vyšetření]

Srovnání: [předchozí snímková dokumentace pro srovnání, datum]

Nález:

Měkké tkáně hlavy jsou [normální/rozšířené] (lokalizace?)

Extraaxiální prostor je [normální šíře/zúžený/rozšířený]. Tekutina v extraaxiálním prostoru je [nepřítomna/přítomna] (lokalizace kolekce? signálové charakteristiky kolekce? přítomnost degradačních produktů hemoglobinu na SWI nebo GRE? v případě subdurální kolekce – přítomnost membrán v subdurálním prostoru? v případě subdurální kolekce – trombózy přemostujících žil pod vertexem?)

Mozkové komory [mají/nemají] obvyklou konfiguraci. Bazální cisterny [jsou/nejsou] volné. Tokový artefakt v akveduktu [je/není] patrný.

Diferenciace mezi šedou a bílou hmotou mozkovou [je/není] zachovalá. Mozková tkáň [bez/s] středočárového přesunu, [bez/s] signálových změn (difuzní axonální poškození? edém? kontuze? lacerace? krvácení? ischemie?).

Mozečkové tonsily končí [nad/v/pod] úrovní foramen magnum.

Myelinizace [odpovídá/neodpovídá] věku.

Zobrazené cévy nativně s [normálním /patologickým] nálezem.

Orbity s [normálním /patologickým] nálezem (retinální hemoragie?).

Vedlejší nosní dutiny a mastoidy [jsou/nejsou] volné.

Paraspinální měkké tkáně s [normálním/patologickým] nálezem (edém měkkých tkání? ligamentózní poranění?)

Osa krční páteře [je/není] porušena.

Krční mícha s [normálním /patologickým] nálezem (subdurální hematom? intenzita?).

Obratle s [normálním /patologickým] nálezem (edém kostní dřevě?).

Meziobratlové ploténky s [normálním /patologickým] nálezem.

Závěr:

MR mozku a krční páteře s [normálním/patologickým] nálezem (popsat patologie).

MR nález [odpovídá/neodpovídá] anamnestickým údajům.

Tento nález byl hlášen: [jméno lékaře, oddělení] v [datum a čas].

_____ [podpis jednoho / dvou radiologů]

CAVE:

- » Subdurální hematom, fraktura kalvy, hypodenzity v mozkové tkáni (5), ligamentózní poranění krční páteře. (8)
- !! Trombózy přemostujících žil pod vertexem, subdurální hematomy různého stáří, lacerace mozku, známky staršího poranění mozku, krvácení na očním pozadí. (6,7,9,10)

Technika vyšetření

CT břicha, CT hrudníku a břicha

Před vyšetřením:

Pacient přichází s již zavedenou intravenózní kanylou.

Perorální kontrastní látka není podávána rutinně. Pokud radiolog rozhodne o jejím podání (zpravidla při podezření na přítomnost duodenálního hematomu), je podána vodná kontrastní látka, min. 30 minut před vyšetřením.

Technika vyšetření:

Kontrastní látka intravenózně ano, technikou „split bolus“.

Skenování standardně v jedné fázi. Při podezření na trauma močového systému lze doplnit odloženou fázi.

Rozsah CT hrudníku a břicha: horní hrudní apertura – symphysis pubis.

Rozsah CT břicha: 1 cm nad bránicí – symphysis pubis.

Rekonstrukce:

Multiplanární rekonstrukce do koronální a sagitální roviny, v měkkotkáňovém, plicním a kostním okně.

Strukturovaná radiologická zpráva

/ Upraveno podle (1) a (2).

CT břicha

Technika vyšetření: [CT břicha a malé pánve po podání ... ml kontrastní látky intravenózně, (po podání ... ml kontrastní látky perorálně), bez patologické reakce, CTDI ... mGy]

Anamnéza a důvod vyšetření: [ve vztahu k provedenému radiologickému vyšetření]

Srovnání: [předchozí snímková dokumentace pro srovnání, datum]

Nález:

Okrajově zachycená část hrudníku s [normálním/patologickým] nálezem (fraktury žeber?).

Játra s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? hematom? krvácení?).

Žlučové cesty s [normálním/patologickým] nálezem.

Pankreas s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? hematom? fraktura? zánětlivé změny? pseudocysta? tekutina peripankreaticky?).

Slezina s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? hematom? krvácení?).

Nadledviny s [normálním/patologickým] nálezem (hematom?).

Ledviny, uretery a močový měchýř s [normálním/patologickým] nálezem (hematom? kontuze? lacerace? poranění cévních struktur? infarkt? poranění močových cest?).

Žaludek, duodenum, jejunum, ileum, colon, rectum s [normálním/patologickým] nálezem (rozšířená stěna? hematom? perforace? striktura? poranění mesenteria?).

Pohlavní orgány s [normálním/patologickým] nálezem.

Volný plyn v peritoneálním a retroperitoneálním prostoru [nepřítomen/ přítomen].

Tekutina v peritoneálním a retroperitoneálním prostoru [nepřítomna/ přítomna] (denzita?).

Cévy s [normálním/patologickým] nálezem.

Skelet a měkké tkáně [normálním/patologickým] nálezem (fraktury? rozšíření měkkých tkání?).

Invazivní vstupy [přítomny/nepřítomny] (lokalizace? přiměřená poloha?).

Závěr:

CT břicha a malé pánve s [normálním/patologickým] nálezem (popsat patologie).

CT nález [odpovídá/neodpovídá] anamnestickým údajům.

Tento nález byl hlášen: [jméno lékaře, oddělení] v [datum a čas].

_____ [podpis jednoho/ dvou radiologů]

CAVE:

- » Poranění jater, pankreatu, střeva – zejména duodena a jejunu (jedinou známkou může být přítomnost volné tekutiny v peritoneální dutině), mesenteria a ledvin. (11,12)
- !! Poranění duodena u dětí do 4 let – mimo účastníků autonehod (12,13) – traumatické změny u dětí bez traumatické anamnézy.

Strukturovaná radiologická zpráva

/ Upraveno podle (1) a (2).

CT hrudníku a břicha

Technika vyšetření: [CT hrudníku, břicha a malé pánve po podání ... ml kontrastní látky intravenózně, (po podání ... ml kontrastní látky perorálně), bez patologické reakce, CTDI ... mGy]

Anamnéza a důvod vyšetření: [ve vztahu k provedenému radiologickému vyšetření]

Srovnání: [předchozí snímková dokumentace pro srovnání, datum]

Nález – hrudník:

Farynx a jícen s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? perforace? absces?).

Dýchací cesty s [normálním/patologickým] nálezem.

Parenchym plic s [normálním/patologickým] nálezem (kontuze? lacerace? pneumothorax?).

Pleura s [normálním/patologickým] nálezem (tekutina v pleurálním prostoru? denzita?).

Srdce a perikard s [normálním/patologickým] nálezem (kontuze? lacerace?).

Cévy s [normálním/patologickým] nálezem (poranění aorty?).

Mediastinum a hily s [normálním/patologickým] nálezem.

Okrajově zachycená část krku s [normálním/patologickým] nálezem.

Invazivní vstupy [přítomny/nepřítomny] (lokalizace? přiměřená poloha?).

Nález – břicho a malá pánev:

Játرا s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? hematom? krvácení?).

Žlučové cesty s [normálním/patologickým] nálezem.

Pankreas s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? hematom? fraktura? zánětlivé změny? pseudocysta? tekutina peripankreaticky?).

Slezina s [normálním/patologickým] nálezem (lacerace? hematom? krvácení?).

Nadledviny s [normálním/patologickým] nálezem (hematom?).

Ledviny, uretery a močový měchýř s [normálním/patologickým] nálezem (hematom? kontuze? lacerace? poranění cévních struktur? infarkt? poranění močových cest?).

Žaludek, duodenum, jejunum, ileum, colon, rectum s [normálním/patologickým] nálezem (rozšířená stěna? hematom? perforace? striktura? poranění mesenteria?).

Pohlavní orgány s [normálním/patologickým] nálezem.

Volný plyn v peritoneálním a retroperitoneálním prostoru [nepřítomen/ přítomen].

Tekutina v peritoneálním a retroperitoneálním prostoru [nepřítomna/ přítomna] (denzita?).

Cévy s [normálním/patologickým] nálezem.

Skelet a měkké tkáně [normálním/patologickým] nálezem (fraktury? rozšíření měkkých tkání?).

Invazivní vstupy [přítomny/nepřítomny] (lokalizace? přiměřená poloha?).

Závěr:

CT hrudníku a břicha s [normálním/patologickým] nálezem (popsat patologie).

CT nález [odpovídá/neodpovídá] anamnestickým údajům.

Tento nález byl hlášen: [jméno lékaře, oddělení] v [datum a čas]

_____ [podpis jednoho/ dvou radiologů]

CAVE:

- » Poranění jater, pankreatu, střeva – zejména duodena a jejuna (jedinou známkou může být přítomnost volné tekutiny v peritoneální dutině), mesenteria a ledvin. (11,12) Poranění nitrohrudních orgánů je u týraných dětí vzácné, časté jsou fraktury žeber.
- !! Fraktury žeber, zvl. posteromediálně, klasické metafyzární léze proximálního humeru, traumatické změny u dětí bez traumatické anamnézy, poranění duodena u dětí do 4 let (mimo účastníků autonehod). (12,13)

Použitá literatura – Příloha 2

1. Kahn CE, Heilbrun ME, Applegate KE. From guidelines to practice: How reporting templates promote the use of radiology practice guidelines. *J Am Coll Radiol* [Internet]. 2013;10(4):268–73. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2012.09.025>>.
2. Barber I, Bixby SD, Morris NB, Kleinman PL, Perez-Rossello JM, Chang PT, et al. An electronic tool for systematic reporting of fractures on skeletal surveys in suspected child abuse: prototype development and physician feedback. *Pediatr Radiol*. 2014;44(12):1564–72.
3. Lindberg DM, Berger RP, Reynolds MS, Alwan RM. Yield of Skeletal Survey by Age in Children Referred to Abuse Specialists. *J Pediatr* [Internet]. 2014;164(6):1268-1273.e1. Dostupné z: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.01.068>>.
4. Kleinman PK. *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. 3rd edition. Cambridge University Press; 2015. 750 p.
5. Bradford RK, Choudhary AK, Dias MS. Serial neuroimaging in infants with abusive head trauma: timing abusive injuries. *J Neurosurg Pediatr* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 16];12:110–9. Dostupné z: <<http://han.medunigraz.at/han/pubmed/thejns.org/doi/pdf/10.3171/2013.4.PEDS12596>>.
6. Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-Salmon C. Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements : key points for imaging. *Pediatr Radiol*. 2014;44:578–88.
7. Vázquez E, Delgado I, Sánchez-Montañez A, Fábrega A, Cano P, Martín N. Imaging abusive head trauma: why use both computed tomography and magnetic resonance imaging? Vol. 44, *Pediatric Radiology*. 2014. p. 589–603.
8. Choudhary AK, Ishak R, Zacharia TT, Dias MS. Imaging of spinal injury in abusive head trauma: a retrospective study. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Apr 10];44(9):1130–40. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24687620>>.
9. Palifka LA, Fraiser LD, Metzger RR, Hedlund GL. Parenchymal brain laceration as a predictor of abusive head trauma. *Am J Neuroradiol* [Internet]. 2016;37(1):163–8. Dostupné z: <<http://www.ajnr.org/content/37/1/163.full.pdf+html%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed18&NEWS=N&AN=607932968>>.
10. Amin K, Israr S, Gopireddy DR, Udayasankar U. MRI Brain Imaging in Assessment of Pediatric Head Trauma. *Radiol Open*. 2018;3(1):19–26.
11. Hilmes MA, Hernanz-Schulman M, Greeley CS, Piercey LM, Yu C, Kan JH. CT identification of abdominal injuries in abused pre-school-age children. *Pediatr Radiol*. 2011;41(5):643–51.
12. 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 Negl* [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Mar 16];37(7):430–45. Dostupné z: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412002542>>.
13. Gaines BA, Shultz BS, Morrison K, Ford HR. Duodenal Injuries in Children: Beware of Child Abuse. *J Pediatr Surg*. 2004;39(4):600–2.

Rejstřík

Zodpovězené otázky

PRÁVNÍ ASPEKTY A ZÁKLADNÍ SITUACE

- Nese radiolog odpovědnost za správnost vyhodnocení vyšetření při podezření na týrané dítě? **s. 88**
- Nese radiolog odpovědnost, pokud špatně rozpozná nález na zobrazovacích metodách, následkem čehož je dítě poškozeno nebo zemře? **s. 88**
- Nese radiolog odpovědnost, pokud sice zobrazenou patologii správně rozpozná, ale neodhalí, že pravděpodobnou příčinou této patologie bylo fyzické násilí, dítě se tak vrátí do svého prostředí, kde je znovu vystaveno násilí (mnohdy se stupňující se agresivitou), následkem čehož utrpí další zranění nebo zemře? **s. 88**
- Jak je to s oznamovací povinností zdravotníků a s povinností překazit a oznámit spáchání trestného činu týraní svěřené osoby? **s. 88**
- Komu lékař plní oznamovací povinnosti podezření hlásí a jaká je nutná „míra jistoty“ pro to, aby byl lékař povinen/oprávněn učinit toto oznámení? **s. 88**
- Má zákonnou oznamovací povinnost ošetřující lékař dítěte nebo radiolog? **s. 89**
- Kdy přesně má lékař splnit oznamovací povinnost? **s. 89**
- Ponesou lékaři odpovědnost případě, že nesplnili oznamovací povinnost, dítě se vrátilo zpět do svého prostředí, kde utrpělo další zranění nebo došlo k jeho úmrtí? **s. 90**
- V případě, že se týraní nepotvrdilo, může být lékař, který učinil oznámení orgánu sociálně-právní ochrany dětí nebo policejnímu orgánu, následně nařčen z krivého obvinění? **s. 90**
- V případě, že se týraní nepotvrdí, může lékař nést následky za to, že v průběhu diagnostického procesu indikoval potenciálně rizikové radiologické vyšetření? **s. 90**

- Jaký je správný postup dle lege artis? Jsou tato *Doporučení pro využití zobrazovacích metod při podezření na týrané dítě* závazná? **s. 91**
- Mohou zákonní zástupci odmítnout, aby jejich dítě při podezření na týraní podstoupilo radiologické vyšetření? **s. 91**
- Mohou být zákonní zástupci přítomni během radiologického vyšetření dítěte s podezřením na týraní? **s. 91**

ŽÁDANKA K RADIOLOGICKÉMU VYŠETŘENÍ

- Kdo indikuje radiologické vyšetření při podezření na týrané dítě? **s. 94**
- Co má obsahovat žádanka k radiologickému vyšetření? **s. 94**

KOMUNIKACE S PACIENTEM A JEHO RODIČI

- Je možné při komunikaci s rodiči dítěte rozpoznat pachatele násilí? **s. 96**
- Jaké jsou možné pocity rodičů, kteří doprovázejí dětského pacienta na radiologické vyšetření pro podezření z týraní? **s. 96**
- Jaké jsou možné pocity radiologického personálu, když vyšetřuje dítě s podezřením na týraní? **s. 96**
- Jak předcházet konfliktům při vyšetřování pacientů s podezřením na týraní? **s. 96**
- Jaká jsou specifika vyšetřování dítěte s podezřením na týraní? **s. 97**

ZOBRAZOVACÍ METODY PŘI PODEZŘENÍ NA TÝRANÉ DÍTĚ

Zobrazení skeletu

- Proč vyšetřovat skelet při podezření na fyzické týraní? **s. 99**
- Jaké radiologické vyšetření skeletu je indikováno při podezření na týrané dítě? **s. 99**
- Co to je kostní protokol? **s. 100**
- Kdo indikuje kostní protokol? **s. 100**
- Kdo kostní protokol provádí? **s. 100**
- Kdy se vstupní kostní protokol provádí? **s. 100**
- Jaké praktické náležitosti je potřeba splnit před, během a po kostním protokolu? **s. 101**
- Jaké projekce zahrnuje vstupní kostní protokol? **s. 101**
- Kontrolní kostní protokol – u koho a kdy je indikován? **s. 101**

- Jaké projekce zahrnuje kontrolní kostní protokol? **s. 102**
- Kdo hodnotí kostní protokol? **s. 102**

Zobrazení centrálního nervového systému (CNS)

- Proč vyšetřovat CNS při podezření na týrané dítě? **s. 106**
- Jaké radiologické vyšetření CNS je indikováno při podezření na týrané dítě? **s. 107**
- U koho je indikováno CT hlavy? **s. 107**
- Kdo CT hlavy indikuje? **s. 107**
- Kdo CT mozku provádí? **s. 107**
- Kdy se CT mozku provádí? **s. 107**
- Jaké praktické náležitosti je potřeba zajistit před CT vyšetřením hlavy? **s. 107**
- Jaké jsou technické parametry prováděného CT hlavy? **s. 107**
- Kdo hodnotí CT hlavy? **s. 108**
- Jaká jsou rizika CT hlavy? **s. 108**
- U koho je indikováno MR mozku? **s. 108**
- Kdo indikuje MR mozku? **s. 108**
- Kdo MR mozku provádí? **s. 108**
- Kdy se MR mozku provádí? **s. 108**
- Jaké praktické náležitosti je potřeba splnit před MR mozku? **s. 108**
- U koho je současně s MR vyšetřením mozku indikováno také MR vyšetření páteře? **s. 109**
- Jaké jsou technické parametry MR mozku a páteře? **s. 109**
- Kdo hodnotí MR mozku? **s. 109**
- Jaká jsou rizika MR mozku? **s. 109**
- Kdy je indikováno UZ vyšetření mozku? **s. 110**

Zobrazení nitrobřišních orgánů

- Proč vyšetřovat nitrobřišní orgány při podezření na týrané dítě? **s. 113**
- Jaké radiologické vyšetření je indikováno při podezření na poranění nitrobřišních orgánů? **s. 113**
- U koho je indikováno CT břicha? **s. 113**
- Kdo CT břicha indikuje? **s. 114**
- Kdo CT břicha provádí? **s. 114**
- Kdy se CT břicha provádí? **s. 114**
- Jaké praktické náležitosti je potřeba zajistit před CT vyšetřením břicha? **s. 114**
- Jaké jsou technické parametry prováděného CT břicha? **s. 114**
- Kdo hodnotí CT břicha? **s. 115**
- Jaká jsou rizika CT břicha? **s. 115**

Zobrazení nitrohruďných orgánů

- Proč vyšetřovat nitrohruďní orgány při podezření na týrané dítě? **s. 118**
- Jaké radiologické vyšetření vnitřních orgánů hrudníku je indikováno při podezření na týrané dítě? **s. 118**

RADIOLOGICKÁ ZPRÁVA

- Jaké jsou personální požadavky při tvorbě radiologické zprávy? **s. 120**
- Jaká je úloha radiologické zprávy? **s. 120**
- Jakou strukturu má radiologická zpráva? **s. 120**
- Jaké informace má radiologická zpráva obsahovat? **s. 120**
- Čeho se v radiologické zprávě vyvarovat? **s. 121**
- Jaké otázky musí radiologická zpráva zodpovědět? **s. 121**
- Má se radiolog přímo vyjadřovat k možnosti, že se dítě stalo obětí fyzického násilí? **s. 121**
- Jak a kdy sdělit výsledky radiologického vyšetření indikujícímu lékaři? **s. 121**
- Sděluje radiolog výsledky radiologického vyšetření zákonnému zástupci? **s. 122**

POSTAVME SE NA STRANU DĚTÍ
Doporučení pro využití zobrazovacích metod
při podezření na týrané dítě

text: MUDr. Eliška Popelová (ed.)

MUDr. Martin Kynčl, Ph.D., JUDr. Šárka Speciánová

redakce, grafika, ilustrace: studio Datle

Kristýna Bartoš, Jana Jebavá, Anežka Součková

font: Siri, Ivar © Letters from Sweden

Vydává 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha 2021.

ISBN 978-80-907347-3-9

Vydává: Ministerstvo zdravotnictví ČR – **Redakce:** Palackého nám. 4, 120 00 Praha 2-Nové Město, telefon: 224 972 173. – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – SEVT, a. s., Pekařova 4, 181 06 Praha 8-Bohnice, telefon: 283 090 354, www.sevt.cz, e-mail: predplatne@sevt.cz. Objednávky v Slovenskej republike prijíma a distribuuje Magnet Press Slovakia, s. r. o., P. O. BOX 169, 830 00 Bratislava, tel./fax: 004212 44 45 45 59, 004212 44 45 46 28 – **Předpokládané roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh. – Vychází podle potřeby – Tiskne: SEVT, a.s., Pekařova 4, Praha 8.

Distribuce: předplatné, jednotlivé částky na objednávku i za hotové – SEVT, a. s., Pekařova 4, 181 06 Praha 8-Bohnice, telefon: 283 090 354; drobný prodej v prodejnách SEVT, a. s. – Brno, Česká 14, tel.: 542 211 427 – České Budějovice, Česká 3, tel.: 387 312 087 a ve vybraných knihkupectvích. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány předplatitelům neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevidování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. Lhůta pro uplatnění reklamaci je stanovena na 15 dnů od data rozeslání, po této lhůtě jsou reklamace vyřizovány jako běžné objednávky za úhradu. V písemném styku vždy uvádějte IČ (právnícká osoba), rodné číslo bez lomítka (fyzická osoba) a kmenové číslo předplatitele. **Podávání novinových zásilek** povoleno ŘPP Praha č.j. 1172/93 ze dne 9. dubna 1993. Podávání novinových zásilek v Slovenskej republike povolené RPP Bratislava, pošta 12, č. j. 445/94 zo dňa 27. 12. 1994.

