NĚKTERÉ PROBLÉMY SOCIÁLNÍ PRÁCE V PRIMÁRNÍ PEDIATRICKÉ PÉČI

PROBLEMS OF SOCIAL WORK IN PEDIATRIC PRIMARY CARE

Karel Blažek[1, 2], Miloš Velemínský[1]

[1]Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů
[2]Trnavská univerzita v Trnavě, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Vol. 4, no. 2, 162–166

Summary

Social problems and their solutions are becoming an integral part of primary pediatric care. In addition to clear cases of child abuse that require immediate action and assistance, there exist also borderline or controversial cases. This article aims to highlight problems that may arise in pediatric practice in cases, when the pediatrician fulfills his obligation, i.e. to inform the competent authority for social and legal protection of children (OSPOD) about the risk of existence of some form of CAN syndrome (Child Abuse and Neglect syndrome) in the family. Some problems of these activities are mentioned in the analysis of presented cases. They point particularly to the difficulties associated with an effort to objectively assess the risk of CAN syndrome, even when using the Guidance of the Ministry of Health issued in year 2008.

Key words: pediatric primary care – authority for social and legal protection of children (OSPOD) – objective assessment of risk of abuse – Guidance of the Ministry of Health No. 3/2008

Souhrn

Sociální problematika a její řešení se stává nedílnou součástí primární péče praktických dětských lékařů. Kromě jasných kazuistik týrání či zneužívání dítěte, které vyžadují okamžité řešení a pomoc, jsou i situace hraniční či sporné. Cílem sdělení je upozornit na problémy, které mohou vzniknout praktickému dětskému lékaři, plní-li svoji povinnost, tj. informovat příslušný OSPOD o riziku existence některé z forem syndromu CAN v rodině. Některé problémy těchto činností vyplývají z rozborů uvedených kazuistik. Upozorňují především na obtíže a rizika objektivizovat nebezpečí spojená se syndromem CAN i při využití metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 2008.

Klíčová slova: primární pediatrická péče – OSPOD – objektivizace rizika týrání – Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2008

ÚVOD

Situace v primární pediatrické péči v posledních dvou desetiletích prošla významnými změnami. Kromě proměny celé organizace primární péče a vlastnických poměrů i celé ekonomiky této činnosti se mění i náplň práce PLDD (praktický lékař pro děti a dorost).

Změnilo se spektrum nemocí dětského věku. Větší pozornost by měla být věnována oblasti prevence zejména dětských úrazů a řešení problémů sociálních, především problematice týraných a zneužívaných dětí. Řešení těchto problémů v primární péči však není snadné, jak dokládají následující kazuistiky. Kromě toho charakteristika české rodiny se mění a někdy je obtížné odlišit rodinu funkční od dysfunkční (9, 10, 11).

1. kazuistika

Neúplná rodina, matka žije sama s dvěma dcerami 5 a 7 let. Otec s rodinou nežije, děti se s ním nestýkají, není známo proč. S rodinou intermitentně žije babička (matka matky dětí). Rodina obývá byt 3 + l na sídlišti, starší dcera je v první třídě, mladší dívka v MŠ. Matka nepracuje, je v evidenci úřadu práce, jako původní povolání uvádí manipulantka.

V péči o děti se matka během návštěv v ordinaci jeví jako velmi starostlivá až hyperprotektivní, přichází k vyšetření velmi často i s naprostými banalitami, přitom vždy vyžaduje i vyšetření druhé dcery, „pro jistotu". V ordinaci s dětmi trvale komunikuje zvýšeným hlasem a formou pokynů „co to děláš, dělej, nesahej na to, sedni si pořádně…" apod. Děti jsou oproti vrstevníkům nápadně tiché, nemluvné, zakřiknuté, neoslovují matku ani sebe vzájemně. Děti nejeví žádné známky fyzického strádání či tělesného týrání, jsou čistě oblečené.

Několikrát k vyšetření s dětmi přichází babička („matka musela na pracák"). Děti se zdají uvolněnější, je zřetelný rozdíl v chování v přítomnosti matky a bez ní. Při těchto návštěvách si babička spontánně stěžuje na matku dětí (svoji dceru), že se o děti špatně stará, „ani jim neuvaří, trvale na ně křičí, mlátí je, nechává je samotné doma a chodí po kamarádkách". Žádá mě o pomoc.

Při návštěvě v rodině při nemoci jedné dcery jsem sice viděl jen dětský pokoj, ale ten byl čistý, uklizený, přiměřeně vybavený včetně dětských hraček.

Kromě informací od babičky dětí tedy nic nenasvědčovalo tomu, že by se jednalo o děti ohrožené prostředím či dokonce týrané. Vzhledem ale k opakovaným stížnostem babičky a jejím prosbám o pomoc jsem o situaci informoval OSPOD magistrátu a požádal o jejich prošetření a ověření situace. Po krátkém čase mě pracovnice OSPOD informovala o tom, že rodinu navštívila, nenašla žádné závady a vše shledala v pořádku. Matka ihned po návštěvě sociální pracovnice přeregistrovala obě děti k jinému PLDD. Teprve po delší době jsem se při náhodném setkání s babičkou dozvěděl, že sociální pracovnice matce sdělila, že jí do rodiny na kontrolu posílá dětský lékař. Situace dětí je dle babičky stejná.

2. kazuistika

Do ordinace jsme zaregistrovali 14měsíční batole, přičemž jsem byl jeho čtvrtým (!) registrujícím lékařem. Jedná se o rodinu zjevně dysfunkční: otec dítěte je vdovec, z předchozího manželství má dvě dospělé děti, z nichž mladší syn (15 let) žije dosud s rodinou. Obě tyto děti z otcova prvního manželství byly v péči naší ordinace celé dětství bez nejmenších problémů či konfliktů. Matka dítěte je cca o 20 let mladší, z vesnice poblíž E 55, a s otcem dítěte se seznámili (dle jeho udání) někde v baru a nejsou oddáni. Matka s dítětem dosud bydlela u své matky a nyní se přistěhovala k otci dítěte do jeho bytu.

Vzhledem k migraci matky po ordinacích PLDD (což už samo o sobě je známka rizikového faktoru) se nám nepodařilo získat žádnou zdravotnickou dokumentaci dítěte. Oslovení předchozí pediatři ale vítali odchod matky z jejich ordinace s úlevou. Nebyly proto ani k dispozici žádné údaje – prohlídky očkování atd. Údaje ve Zdravotním průkazu jsou kusé a neúplné. Zakládáme proto novou zdravotní dokumentaci a zahajujeme znovu očkování (to, co bylo provedeno, propadlo). K prohlídkám matka chodí nepravidelně, přestože bydlí v domě, kde je naše ordinace. Dítě je odpovídajícího psychomotorického vývoje, odpovídající výživy, nejeví známky zanedbání, jeho nemocnost je průměrná, vesměs se jedná o banální stonání.

Po určité době, kdy bylo dítě v naší péči, mě požádal o rozhovor otec dítěte. V dlouhém rozhovoru si stěžoval na přístup matky k dítěti a její péči o ně. Udává, že dítěti nevaří, věčně i s dítětem vysedává po kavárnách, bistrech, kde kouří s kamarádkami, tam i dítěti kupuje různé potraviny. Domů se s dítětem vrací pozdě večer městskou hromadnou dopravou. Doma jsou proto trvalé hádky, navíc jsou denně konflikty se synem otce z prvního manželství. Ten, ačkoliv byl přijat ke studiu na gymnázium, požádal o změnu na učební obor kuchař, aby se mohl odjet učit do Rakouska a „vypadl z rodiny", jak sám říká. Otec dítěte mě žádá o pomoc a radu, co má dělat, protože má obavy o zdraví a další osud dítěte. Poradil jsem mu, aby se sám obrátil na OSPOD magistrátu a sám jsem tamtéž informaci od otce předal. Po čase mi pracovnice OSPOD sdělila, že ro-

dinu navštívila, mluvila i s otcem a „nezdá se jí, že by situace byla tak špatná, aby se musela řešit“! Krátce nato se matka jednak přeregistrovala k dalšímu (již pátému PLDD) a zároveň na mě podala písemnou stížnost na ČLK – ne proto, že jsem na ni poslal kontrolu, ale pro zanedbání povinné péče o její dítě.

Po čase jsem se od otce dítěte dozvěděl, že matka navázala novou známost a s ní zmizela i s dítětem kamsi na severní Moravu, když mu předtím v době jeho nepřítomnosti „vybílila byt“ (zcizila, co se dalo). O osudu dítěte otec nic neví. Protože mi osud dítěte nebyl lhostejný, zaslal jsem písemnou informaci o situaci dítěte na magistrát města Ostravy s tím, že se domnívám, že se jedná o dítě ohrožené prostředím, které vyžaduje přinejmenším dohled sociálních pracovníků. Odpověď jsem nedostal a o osudu dítěte nic nevím. Stížnost matky byla etickou komisí ČLK odmítnuta jako neodůvodněná, ale již sám fakt, že stížnost byla podána, je určitým způsobem pro lékaře dehonestující.

3. kazuistika

V ordinaci jsem měl rodinu mladých lidí se dvěma dětmi. Po čase matka dětí zemřela a otec po několika přechodných známostech přivedl do svého domova trvalejší přítelkyni, která se o děti zdánlivě velmi dobře starala. Věkový rozdíl mezi novou přítelkyní a starším synem byl pouhých 10 let. Při rozhovorech s jinými členy rodiny jsem byl informován a existenci velkého napětí mezi starším synem a mladou přítelkyní otce. Mluvili o trestech, křiku, nesmyslných zákazech. Po jednom rozhovoru jsem se rozhodl, že promluvím se sestrou této „mladé přítelkyně“. Ta se svojí sestrou problém začala řešit. Výsledkem byla skutečnost, že kromě toho, že děti odešly k jinému praktickému dětskému lékaři, bylo podáno na naše zařízení trestní oznámení. OSPOD nebyl do této problematiky zapojen. Podle sdělení sestry se stav nezměnil. Do rodiny však přibyla holčička – novorozenec.

4. kazuistika

Tato kazuistika se týká zanedbávání tříletého dítěte jiné národnosti. Rodiče nejsou státními příslušníky naší republiky, při ordinaci jsem zjistil, že lze vystopovat špatnou hygienu, podvýživu, psychomotorické opoždění. Dítě bývá podle dalších informací často samo bez dozoru, snad i bez jídla. Poslal jsem dítě do nemocnice, vše proběhlo standardním způsobem a dítě se vrátilo domů. Situace se snad trochu zlepšila. Je zde však nevyřešená otázka – jak lze v těchto případech *de iure* pokračovat u cizího státního příslušníka.

5. kazuistika

Čtyřleté dítě rozvedených rodičů mělo v průběhu dvou let 4× zlomenou horní nebo dolní končetinu. Chirurg mě na tuto skutečnost upozornil s tím, že kolem fraktur jsou nápadně často přítomné hematomy.

S oběma rodiči jsem individuálně mluvil a z rozhovorů jsem nabyl dojmu, že se nejedná o náhodu. OSPOD jsem tedy neinformoval pod vlivem rozhovoru s rodiči. Předpoklad, že by pracovnice OSPOD získaly jiné skutečnosti, se nedal předpokládat. Situace proběhla před půl rokem. S napětím však očekávám okamžik, kdy se dozvím, že dítě je dlouhodobě týráno a že budu obžalován pro zanedbání péče.

6. kazuistika

Matka vysokoškolačka, otec vysokoškolák. V naší ordinaci mají chlapečka registrovaného od narození. Dítě se somaticky i psychicky vyvíjelo v normě. Od 8 měsíců však dítě začalo trpět astmatickými záchvaty. Vzájemný vztah rodičů se zdál vyrovnaný. V průběhu dvou let se tento vztah změnil a rodiče se začali rozvádět. Matka jako důvod uváděla, že manžel se svojí matkou dítě sexuálně zneužívají v době její nepřítomnosti. Dále tvrdila a tvrdí, že otec je násilník, když dítě chová, tak mu vytváří modřiny. V dalším období, kdy již rodiče byli rozvedeni, přicházela matka do ordinace s tím, abych chlapečka prohlédl, že má modřiny na končetinách a trupu. Při objektivizaci jsem však zjistil třeba jen tři malá promodralá místa. Matka chtěla, abych napsal, že jsou to modřiny od násilného zacházení s dítětem. To jsem napsat nemohl. Při rozhovoru s otcem jsem nabyl dokonce dojmu, že veškerá obvinění proti němu mohou být smyšlená.

Matka s dítětem se odstěhovala do Prahy. Problém týkající se existence některých z forem CAN u chlapečka je však nevyřešen.

DISKUSE

Jak vyplývá z některých kazuistik, oznámení OSPOD bylo podáno na základě informace od třetí osoby, i když člena rodiny. Šetřením provedeným sociální pracovnicí v rodině nebylo v obou případech zjištěno nic závadného, a proto nebyla přijata žádná další opatření. Obě matky po provedené návštěvě sociální pracovnice změnily ošetřujícího lékaře, jedna navíc na něj podala písemnou stížnost ČLK.

Nabízí se proto otázka, jak v obdobných případech postupovat. Je jisté, že pokud se kdokoliv – tím spíše ošetřující lékař – dozví jakékoliv informace, které signalizují možné ohrožení života, zdraví či správného vývoje dítěte, má povinnost toto oznámit OSPOD (6, 13, 14). První problém je, jak tuto informaci od třetí osoby (byť blízké) objektivizovat – může se totiž jednat o informace záměrně klamavé s cílem někoho poškodit (6).

S tímto problémem souvisí následující skutečnosti. Jedná se o institut preventivních lékařských návštěv v rodinách. Lékař předem ohlášenou návštěvou – a i k té musí být nějaký věrohodný důvod, pro rodinu přijatelný – nezjistí nic. Na neočekávanou návštěvu bez pozvání přijít nemůže a ani nemusí být do bytu vpuštěn. Získat informace odjinud je v dnešní době plné žalob na kdekoho pro kdeco rovněž obtížné.

PLDD by měl však postupovat v případě podezření na sy CAN dle příslušné metodiky (Věstník č. 3/2008) (13). Dle této metodiky „lze diagnózu sy CAN, která potvrzuje podezření na sy CAN u dítěte, definitivně stanovit na základě komplexního vyšetření mezioborového týmu odborníků soustředěných v rámci dětského lůžkového zařízení“ a využívat články Úmluvy o právech dítěte (12).

Metodika rovněž popisuje postup při plnění oznamovací povinnosti PLDD.

Oznámení OSPOD na základě podnětu třetí osoby musí být vždy objektivně podloženo, popř. ověřeno (ve spolupráci s ostatními odborníky, viz výše). Je-li u dítěte stanovena dg. sy CAN, popř. při podezření na tuto dg. – má být dítě dispenzarizováno jako dítě ohrožené sociálním prostředím, tj. týrané, zanedbávané a zneužívané.

Každá osoba je povinna ohlásit podezření ze sy CAN. Není-li podezření na sy CAN na základě oznámení třetí osoby blíže objektivizováno, lze doporučit, aby oznámení učinila přímo příslušná třetí osoba.

Stanovení dg. sy CAN, resp. potvrzení podezření na sy CAN, je v praxi zajisté problém (7, 8). Přestože metodické opatření (13) je pouhým doporučením, v rezortu zdravotnictví toto doporučení popisuje *lege artis* postup. Je-li postupováno v souladu s příslušnou metodikou, je tedy postupováno *lege artis*. Případné zpětné šetření je prováděno na základě zdravotnické dokumentace, proto jsou řádné záznamy do zdravotnické dokumentace vždy velmi důležité.

Do budoucna je jistě vhodné a žádoucí sladit vzájemnou spolupráci a postupy PLDD a OSPOD v péči o ohrožené dítě. Sociální pracovníci mají sice k dispozici institut sociálních šetření a institut sanace rodiny (1), ale k tomu, aby mohli objektivizovat situaci v rodině, potřebují hodně času (opakované návštěvy), ale hlavně musí získat s rodinou kontakt. Ale i oni musí mít k návštěvám „nějaký“ důvod.

Další problém je v definici či jasném vymezení, co lze prohlásit za „týrání“ (1, 2, 3, 4, 5). Co jedna rodina považuje za přísnou a důslednou výchovu, jiní už považují za týrání. Shody často není ani mezi odborníky – viz rozdílné názory např. na nyní módní „létání kojenců“, plavání kojenců, saunování či pobyt v kolektivním zařízení. Co jedna kultura považuje za nepřijatelné, jiná hájí jako svoji tradici. Je ale nepochybné, že problematika týraného a zneužívaného dítěte není záležitostí okrajovou a odhalené a následně řešené případy jsou patrně jen špičkou ledovce. Mnohem více je patrně případů nikdy neodhalených, které poškozují vývoj dítěte dlouhodobě a mohou být pak přenášeny jako určitý vzorec chování i do dalších generací. Na druhé straně je ale potřeba vnímat postoj zdravotníků obecně. V době, kdy je běžné beztrestně si stěžovat vesměs bezdůvodně na kdeco, je logické, že se vyhýbají střetům se svými pacienty a konfliktním situacím vůbec. A oznámení sociálním pra-

covnicím, že v rodině něco není v pořádku, takovou konfliktní situací nepochybně je. Pokud by pak eventuálně došlo až k soudnímu jednání, bude PLDD jen obtížně prokazovat svá tvrzení či podezření, pro která vesměs nemá a ani nemůže mít jasné důkazy, takže se nakonec sám naopak může stát předmětem obžaloby pro křivé nařčení (7). Zcela jistě však o svého pacienta, kterému chtěl touto cestou pomoci, přijde. Rodina se zaregistruje u jiného lékaře (jak se i stalo v uvedených kazuistikách) a situace dětí se nezmění.

Není proto divu, že v případech, kde nejsou zcela jasné známky týraní či zneužívání, lékaři se svým případným oznámením váhají, i když vědí, že poměry v rodině nejsou pro dítě ideální. To je i případ výše uvedených kazuistik. I když jsme bylo přesvědčeni (7), že život či zdraví dětí není bezprostředně ohroženo, bylo zde opakované svědectví členů rodiny o špatném zacházení. Pokud by se pak v rodině s dětmi opravdu stalo něco závažného či kriminálního, byl by lékař právem stíhán pro zanedbání péče. Na druhé straně ale nevím, jaký zákrok či opatření lze v takových sporných případech očekávat: na odebrání dítěte z rodiny to jistě není, krácení sociálních dávek (pokud je pobírají) by bylo spíše kontraproduktivní a jiné nástroje, kromě opakovaných kontrol, nemá ani OSPOD (14).

Pediatr prostě nemá možnost situaci objektivizovat a musí se často spolehnout na svoje přesvědčení. Je možné, že trochu riskuje, ale každý lékař vlastně riskuje při každém vyšetření dítěte. Nemoc organickou však může i po krátké době objektivizovat. Pro objektivizaci syndromu CAN potřebuje však mnohem více času.

PLDD by se však měl řídit uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR a využívat svých zkušeností i znalostí rodin, které má ve své péči.

ZÁVĚR

Cílem tohoto sdělení bylo upozornit na současnou situaci a možnosti PLDD v prevenci a řešení sociálních otázek v primární péči, zejména při podezření z týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí je sice věnována dnes již rozsáhlá odborná literatura s řadou doporučení a návodů, které lze někdy v praxi obtížně realizovat. To ovšem neznamená, že se PLDD této problematice nemají věnovat, naopak je potřeba hledat ve spolupráci s OSPOD nové postupy, metody a cesty, jak pomoci dětem, které naši pomoc potřebují. Významným pomocníkem při řešení těchto problémů může být metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR uveřejněný ve Věstníku č. 3 z roku 2008.

LITERATURA

1. Bechyňová, V., Konvičková, M.: Sanace rodiny – sociální práce s dysfunkčními rodinami, Praha: Portál, 2008, s. 152, ISBN 978 80 392 5.
2. Dunovský, J.: Sociální pediatrie, Praha: Grada, 1999.
3. Dunovský, J.: Týrané, zneužívané a zanedbávané děti – možnosti socializačního působení jako prevence nežádoucího vývoje. In: Prevence úrazů, otrav a násilí, 2005, vol. I, no 2, p. 105–112, ISSN 1801-0261.
4. Gálová, R.: Bezpečný domov pro děti, ERA: Brno, 2007, 125 s.
5. Hanušová, J.: CSA-syndrom sexuálně zneužívaného dítěte. In: Právo a rodina, roč. 8/2006, č. 3, s. 6–9.
6. Jedlička, R., Klíma, P. et al.: Děti a mládež v obtížných životních situacích. Praha: Themis, 2004.
7. Matoušek, O.: Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče, Praha: Portál, 2010, s. 183.
8. Radvanová, S.: Ubližování dětem – nebezpečná rodina. In: Vanduchová-Grivna/eds/ Pocta Otovi Novotnému k 80. narozeninám, s. 256–277. ASPI Walters Kluwer, Praha 2008.
9. Šulová, L.: Rodina funkční a dysfunkční. In: Právo a rodina, roč. 8/2006, č. 1, s. 8–12.
10. Šulová, L.: Současná česká rodina – charakteristické znaky. In: Antropologický slovník, Akademické nakladatelství CERG Brno, 2009.
11. Šulová, L.: Zdravá funkční rodina. In: Antropologický slovník. Akademické nakladatelství CERM Brno, 2009.
12. Úmluva o právech dítěte. OSN 1989. Sb. zákonů č. 104/1991, částka 22.
13. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, Věstník č. 3, 2008.
14. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ze dne 9. 12. 1999.

Karel Blažek, Miloš Velemínský
mudr.blazek@tiscali.cz