



Praktyka zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci

RAPORT Z BADANIA



DAJEMY
DZIECIOM
SIĘ

Autorki:

Katarzyna Makaruk

Joanna Włodarczyk

*Autorki pragną podziękować wszystkim osobom i instytucjom,
które udostępniły dane i przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji.*

Redakcja: Sylwia Romańczak

Projekt graficzny: Norbert Grzelka

Copyright © 2019 Fundacja Dajemy Dzieciom Się

ISBN 978-83-65675-07-1

Zdjęcie na okładce: Bill Oxford z serwisu Unsplash.com.

Fundacja Dajemy Dzieciom Się

ul. Walecznych 59

03-926 Warszawa

tel. (22) 616 02 68

fdds@fdds.pl

www.fdds.pl

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI

www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

Praktyka zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci

RAPORT Z BADANIA

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Metodologia	7
Badanie jakościowe	7
Badanie ilościowe	7
Cel badania	9
Wyniki	10
Formy krzywdzenia	10
Symptomy	13
Czynniki ryzyka	15
Sposoby reagowania w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka	17
Bariery w zgłaszaniu	21
Obszary wymagające zmiany	25
Rekomendacje	29
Bibliografia	30

WSTĘP

Krzywdzenie dzieci to zjawisko złożone i wielowymiarowe, mające szereg uwarunkowań. Możemy wymienić czynniki ryzyka, zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia krzywdzenia związane z dzieckiem (np. niepełnosprawność, nadpobudliwość), z rodzicem (młody wiek rodzica, samotne rodzicielstwo, zaburzenia psychiczne, uzależnienia), rodzinne (np. konflikty, przemoc między dorosłymi członkami rodziny, niskie kompetencje wychowawcze, nieplanowana ciąża), społeczne (dostępność alkoholu i innych używek, brak wsparcia instytucjonalnego) oraz kulturowe (przyzwolenie na przemoc, słaba ochrona prawna) (Butchart, Harvey, 2006; Izdebska, Lewandowska, 2012, Mazurczak, Szredzińska, 2016).

Według statystyk NIZP-PZH w 2017 roku odnotowano zaledwie 64 przypadki zespołu maltretowania dziecka (T74) (Szredzińska, Podlewska, Włodarczyk, 2019). Dane te są z pewnością niedoszacowane i nie odzwierciedlają rzeczywistości. Statystyki pochodzące z badań realizowanych wśród dzieci i młodzieży wskazują na znacznie większą skalę zjawiska. Według diagnozy przeprowadzonej przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2018 roku (Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018) przemocy fizycznej ze strony bliskich dorosłych doświadczyło 33% badanych nastolatków, z czego 41% w wyniku tej sytuacji następnego dnia skarżyło się na ból, siniaki, skaleczenie lub złamanie. Przemocy psychicznej, której sprawcami byli znajomi dorośli doświadczyło 20%, a zaniedbania fizycznego 6% nastolatków. 7% badanych zostało w swoim życiu wykorzystanych seksualnie, a 20% miało inne obciążające doświadczenia seksualne. 13% badanych było świadkami przemocy między rodzicami/opiekunami lub w stosunku do innego dziecka w rodzinie.

Dzięki częstemu kontaktowi z rodzinami z dziećmi podczas ich wizyt w przychodni lub pobytu w szpitalu, pracownicy ochrony zdrowia mogą odgrywać znaczącą rolę w ochronie dzieci przed krzywdzeniem. Podczas wykonywania czynności zawodowych mają oni możliwość sprawdzić ogólny stan fizyczny dziecka, dostrzec wczesne zaniedbanie dzieci związane z nieprawidłowościami w obszarze higieny, realizacją zaleceń specjalistycznych, a także nieprawidłową relacją rodzica z dzieckiem. W czasie wizyt patronażowych położna może przyjrzeć się relacjom rodzinnym (Mazurczak, Szredzińska, 2016). W przypadku starszych dzieci ważną funkcję w rozpoznaniu krzywdzenia mogą mieć pielęgniarki szkolne oraz lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, świadczący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami (Oblacińska, Woynarowska, 2002; Oblacińska, Ostrenga, 2003). Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dotyczącymi realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach, w roku szkolnym 2017/2018 odbyło się 22 480 porad w związku ze zdiagnozowaniem przemocy, w tym rówieśniczej.

Pracownicy ochrony zdrowia mają obowiązek powiadomienia policji lub prokuratury o przestępstwach popełnionych na szkodę dziecka (art. 304 kpk) oraz wydziału rodzinnego i nieletnich sądu rejonowego – w sytuacji zagrożenia dobra dziecka (art. 572 kpc). Zgodnie z obowiązującą Ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, przedstawiciele ochrony

zdrowia obok przedstawicieli innych podmiotów, takich jak: jednostki organizacyjne pomocy społecznej, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, policja oraz oświata, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie zobowiązani są także do realizacji procedury „Niebieskie Karty”. Uprawnione do tego osoby, wykonujące zawód medyczny to lekarze, pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni. Jednak według danych MRPiPS w 2018 roku udział przedstawicieli ochrony zdrowia w wypełnianiu formularzy „Niebieska Karta-A” wyniósł zaledwie 0,67% (MRPiPS, 2018).

Oprócz wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”, udzielenia informacji o możliwościach uzyskania wsparcia oraz zaświadczenia o skutkach przemocy, udział przedstawicieli ochrony zdrowia w procedurze polega na uczestnictwie w pracach zespołu interdyscyplinarnego i grupach roboczych. Ich zasadniczą rolą jest zapewnienie współpracy ochrony zdrowia z pozostałymi podmiotami wchodzącymi w skład systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie (Kluczyńska, Wrona, 2013), a także profilaktyka – np. poprzez wizyty patronażowe położnych środowiskowych po urodzeniu się dziecka.

Wyniki badania przeprowadzonego przez PARPA (Łukowska, 2013) wśród osób pracujących w grupach roboczych pokazały, że przedstawiciele ochrony zdrowia, podobnie jak policji, przejawiają postawy mniej sprzyjające zajmowaniu się zjawiskiem przemocy w rodzinie niż pracownicy pozostałych podmiotów, takich jak oświata, pomoc społeczna, gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych oraz sąd. Z analiz wynika także, że kompetencje pracowników ochrony zdrowia w zakresie wiedzy prawnej i psychologicznej są niższe od kompetencji przedstawicieli pozostałych podmiotów.

Wyniki badania zrealizowanego w 2016 roku wśród pielęgniarek i położnych (Makaruk, 2016) pokazały, że nieco ponad połowa (53,6%) badanych przyznała, że w pracy nigdy nie zetknęła się z przypadkiem krzywdzenia dzieci. W sytuacji podejrzenia lub bycia świadkiem krzywdzenia dziecka ich działania były bardzo zróżnicowane i wybiórcze. Brak interwencji w sytuacji zetknięcia się z krzywdzeniem dziecka wynikał z tego, że respondenci nie widzieli takiej konieczności (24,4%), brakowało im wiedzy jak zareagować (14,5%), brakowało im wiary w skuteczność jakichkolwiek interwencji (13%), byli przekonani o tym, że do tego powołane są inne służby (11,5%) lub brakowało im czasu i możliwości (7,6%). Grupa ta jest zainteresowana poszerzeniem swojej wiedzy na temat możliwości interwencji w przypadku krzywdzenia dzieci. Ponad połowa (59,5%) wyraziła chęć udziału w szkoleniu na ten temat.

Badania zrealizowane wśród amerykańskich pracowników ochrony zdrowia (Tiyyagura, Gawel, Koziol, Asnes, Bechtel, 2015) wskazały także na innego rodzaju bariery w rozpoznawaniu krzywdzenia i podejmowaniu interwencji, takie jak: wiara w to, co mówi opiekun dziecka, brak umiejętności rozpoznawania symptomów krzywdzenia, brak regularnego kontaktu z rodziną pacjenta, brak informacji zwrotnej na temat zgłoszenia podejrzeń krzywdzenia, negatywne konsekwencje podjęcia interwencji, takie jak składanie zeznań w sądzie. Wyniki innych badań pokazały, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy w ostatnim czasie uczestniczyli w zajęciach poświęconych problemowi krzywdzenia dzieci, częściej zgłaszali podejrzenia tego typu (Herendeen, Blevins, Anson, Smith, 2014).

METODOLOGIA

Badanie jakościowe

B badanie składało się z dwóch części – jakościowej oraz ilościowej. Indywidualne wywiady pogłębione zostały przeprowadzone we wrześniu i październiku 2019 r. z 14 pracownikami ochrony zdrowia: położnymi (2), pielęgniarkami (5) oraz lekarzami różnych specjalizacji (7), pracującymi z dziećmi w placówkach publicznych i niepublicznych różnego szczebla, w 4 miastach w Polsce: Warszawie, Gdańsku, Białymstoku i Głogowie.

W czasie wywiadu pracownicy ochrony zdrowia zostali zapytani o: przypadki krzywdzenia dzieci, z którymi zetknęli się w swojej pracy zawodowej; sposoby reagowania w sytuacji podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone; bariery w podejmowaniu interwencji; rozwiązania, które mogłyby zachęcić pracowników ochrony zdrowia do podejmowania interwencji oraz potrzeby szkoleniowe z zakresu problemu krzywdzenia dzieci.

Badanie ilościowe

Badanie ilościowe zostało zrealizowane metodą CATI na zlecenie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę przez firmę ARC Rynek i Opinia w listopadzie i grudniu 2019 r.

W badaniu wzięło udział 506 pracowników ochrony zdrowia, którzy pracują z dziećmi, w tym: lekarze/lekarki (38,74%), pielęgniarki/pielęgniarze (37,75%), ratownicy medyczni/ratowniczk medyczne (18,77%) oraz położne/położni (4,74%) (tab. 1). 67,80% respondentów stanowiły kobiety, a 32,20% mężczyźni. Wśród respondentów było 20,16% osób pracujących nie dłużej niż 10 lat, 18,97% osób pracujących 11–20 lat, natomiast przeważały osoby z ponad 20-letnim stażem pracy (60,87%). Respondenci byli pracownikami różnego rodzaju placówek (tab. 2), zarówno publicznych (74,70%), jak i niepublicznych (56,32%), zlokalizowanych na wsiach (8,89%) i w miastach różnej wielkości (91,11%) (tab. 3).

Tabela 1. Respondenci według grupy zawodowej.

	N	%
Lekarz/lekarka	196	38,74
Pielęgniarka/pielęgniarz	191	37,75
Ratownik medyczny/ratowniczk medyczna	95	18,77
Położna/położny	24	4,74

Tabela 2. Miejsce pracy respondentów, wielokrotny wybór.

	N	%
Przychodnia POZ	212	41,90
Oddział szpitalny	134	26,48
Pogotowie/służby ratunkowe	110	21,74
Prywatny gabinet lekarski	108	21,34
Szkoła	62	12,25
Szpitalny Oddział Ratunkowy	47	9,29
Prywatna opieka pielęgniarska	27	5,34

Tabela 3. Wielkość miejscowości, w których pracują respondenci.

	N	%
Wieś	45	8,89
Miasto do 100 tys. mieszkańców	214	42,29
Miasto 100–500 tys. mieszkańców	117	23,12
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	130	25,69

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów jakościowych powstał kwestionariusz do badania ilościowego. Składał się z pytań zamkniętych i półotwartych, które dotyczyły: kontaktu pracowników ochrony zdrowia z dziećmi, które doświadczyły krzywdzenia, podejmowania w takich sytuacjach interwencji, funkcjonowania w placówkach procedur interwencyjnych w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka, barier w zgłaszaniu przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń, edukacji na temat symptomów krzywdzenia dzieci oraz postaw i wiedzy o problemie krzywdzenia.

CEL BADANIA

Niniejsze badanie miało na celu zdobycie wiedzy na temat:

- rozpoznawania czynników ryzyka krzywdzenia dzieci przez pracowników ochrony zdrowia,
- rozpoznawania symptomów krzywdzenia dzieci i zgłaszania swoich podejrzeń przez pracowników ochrony zdrowia,
- barier w podejmowaniu interwencji, m.in. we wszczynaniu procedury „Niebieskie Karty”,
- potrzeb szkoleniowych pracowników ochrony zdrowia w tym zakresie.

WYNIKI

Formy krzywdzenia

Pracownicy ochrony zdrowia zostali zapytani o kontakt z dziećmi, które doświadczyły przemocy fizycznej, psychicznej, zaniedbania czy wykorzystywania seksualnego. Z ich wypowiedzi wynika, że jest on zróżnicowany. Niektórzy respondenci twierdzą, że pacjenci z doświadczeniem krzywdzenia trafiają do nich sporadycznie lub wcale, inni, że ma to miejsce dość systematycznie. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy bezpośrednio zetknęli się z problemem krzywdzenia, przyznali, że czasami podejrzenia o krzywdzeniu dziecka wzbudzają objawy pacjenta, a o innych niepokojących sytuacjach dowiadują się od rodziców dziecka bądź innych opiekunów.

Czasem się spotykam, nie jest to [krzywdzenie dzieci] częste zjawisko, ale się zdarza. I równie często zdarza się tak, że rodzic sam wyraża swoje zaniepokojenie dotyczące zachowań przemocowych osób trzecich, jakby często z rodziny. Więc to co ja sama zauważam, więc tak myślę, że połowa dotyczy takich sytuacji i druga połowa przychodzi do mnie i mówi, że jest zaniepokojona, bo zauważyła coś u dziecka albo dziecko coś powiedziało. (Lekarz)

Ona [matka] mieszkała z dziadkami, z rodzicami swoimi, to nawet ta babcia prosiła, żeby coś zrobić, żeby zabrać to dziecko. Że on ich nie dopuszcza, zamyka się w pokoju, nie wiadomo co tam robi. (Położna)

Większość respondentów badania ilościowego (64,03%) podejrzewała, że ich pacjent może doświadczać zaniedbania. Jest to spójne z wypowiedziami osób biorących udział w wywiadach pogłębionych. Wymieniali oni różne formy krzywdzenia, jednak szczególnie dużo uwagi poświęcili problemowi zaniedbań pacjentów. W przypadku noworodków i młodszych dzieci respondenci wspominali najczęściej o zaniedbaniu fizycznych potrzeb dziecka. Najczęściej za takie uznawali: niewykonywanie zaleceń lekarza, brak zgody na zabiegi lekarskie, niestawianie się na badania kontrolne czy szczepienia. Respondenci podkreślali, że często takie zachowanie rodziców nie wynika z braku środków materialnych. Poniższe cytaty ilustrują tego rodzaju sytuacje:

(...) pomimo wyraźnych chorób [dziecko] nie jest na badaniach kontrolnych, rodzice nie stosują się do zaleceń lekarskich, więc na przykład w sytuacji konieczności podania jakiegokolwiek leku nie podają tego leku i to zupełnie nie z przyczyn ekonomicznych. (Pielęgniarka)

Mamy oczywiście też takie momenty, kiedy rodzice starają się podejmować decyzje dotyczące leczenia, które naszym zdaniem szkodzą dziecku, tak? Nagminną taką decyzją, z którą się borykają wszystkie oddziały neonatologiczne jest nieszczepienie i niepodawanie witaminy K. (Lekarz)

Pierwsze szczepienie jest koło 8. tygodnia, jak się nie zgłasza [matka], to jeszcze nikt nie panikuje. Więc później czekają następne 8 tygodni. Jak dziecko już ma tak ponad rok i jest pusta karta, to się zaczyna „Co jest? O co chodzi? Czego nie ma?”. Teraz mam taką panią, że się świadomie jeszcze nie zapisała nigdzie do lekarza, bo nie chce. (Położna)

Ponadto wskazywano także na zaniedbanie przejawiające się niezapewnieniem dziecku czystej odzieży, pożywienia, brakiem troski o higienę dziecka.

Miałam potwornie zawszawioną dziewczynkę, miała czepiec na głowie, tego się nie da... czapkę z wszy. (Pielęgniarka)

Ja przeglądałam dzieciom głowy na dzień dobry. Nie widziałam, jak żyję, żeby było tyle wszy. Głowa się ruszała. (Pielęgniarka)

Ponadto pracownicy ochrony zdrowia deklarowali, że mają wśród swoich pacjentów dzieci, którym rodzice nie zapewniają odpowiedniej opieki, przez co narażają je na różnego rodzaju zagrożenia. Wśród respondentów były także osoby, które mają pod opieką dzieci porzucone na oddziale szpitalnym.

(...) [Dziecko] trafiło do szpitala w taki sposób, że tatuś postawił soczek malinowy, tak naprawdę alkohol postawił na szafce i mama przez pomyłkę dała dziecku do picia w nocy, jak się obudziło, ten alkohol i dziecko straciło przytomność, więc przyjechała karetka, zabrała dziecko. (Lekarz)

Tak, tak. To nie jest rzadko. To jest kilkoro dzieci w ciągu roku. Bywa tak, że dwoje dzieci na oddziale leży, bo jedno dziecko zostało zostawione, bo mamie się nie podobało (...). (Lekarz)

Wśród starszych dzieci i nastolatków respondenci obserwują problem zaniedbania emocjonalnego, polegający na braku troski rodzica o potrzeby psychiczne dziecka i osłabieniu z nim więzi. Prawie połowa (46,44%) ankietowanych miała podejrzenia, co do tego, że pacjent doświadcza w domu przemocy emocjonalnej. Została ona uznana przez respondentów badania jakościowego za dość powszechną formę krzywdzenia, ale trudniejszą do zaobserwowania niż przemoc fizyczna. Jedna z badanych pielęgniarek opisała relację matki ze swoją nastoletnią córką, przebywającą w szpitalu z powodu choroby:

Mama siedzi na sali, nic się nie odzywa, ona siedzi ze spuszczoną głową i tak potrafią 2–3 godziny bez słowa. Mamy teraz kamery na salach, niektóre sale mamy monitorowane, więc jak sporadycznie przechodzimy to czasem widzimy, że mama patrzy w okno. To jest relacja, to jest tutaj zaniedbanie. (Pielęgniarka)

Badani pracownicy ochrony zdrowia w swojej pracy spotkali się także z obrażaniem dzieci, podnoszeniem na nie głosu, ze stawianiem dziecku nierealistycznych oczekiwań bez brania pod uwagę jego potrzeb i możliwości, a także nadopiekuńczością.

Ja mówię tutaj głównie o przemocy fizycznej, chociaż o tej przemocy psychicznej, która też niestety jest, odbywa się coś takiego w domach i pewnie to jest dużo częstsze. Tylko, że o tym się chyba dużo mniej mówi. (Pielęgniarka)

(...) dla nas zwraca uwagę, że coś jednak, jakiś problem tkwi bardziej w takiej rodzinnej sferze. Że tam może być tak, że rodzice za dużo wymagają albo nie poświęcają czasu temu dziecku, że nie akceptują. (Pielęgniarka)

Ponad co trzeci (37,75%) respondent badania ilościowego miał podejrzenia, co do stosowania przez rodzica lub innego opiekuna w stosunku do dziecka przemocy fizycznej. Z wypowiedzi osób, które wzięły udział w badaniu jakościowym można wnioskować, że zetknęły się one z różnymi formami przemocy fizycznej, takimi jak: bicie, potrząsanie, rzucanie, podtapianie czy podduszanie. Większość z opisywanych przypadków dotyczyła małych dzieci, a nawet niemowląt.

I to jest dziecko, które ma właśnie albo jest potrząsane fizycznie, albo no nie wiem, jest rzucone na łóżko, albo no w jakiś taki gwałtowny sposób jest sprawowana ta opieka. No to my też obserwujemy. (Pielęgniarka)

Ponad co 6 ankietowany (17,19%) podejrzewał u swoich pacjentów doświadczenie wykorzystywania seksualnego. Z wypowiedzi respondentów badania jakościowego wynika, że młodsze dzieci były krzywdzone przez dorosłych członków rodziny, natomiast w przypadku nastoletnich pacjentów do wykorzystania seksualnego dochodziło także ze strony ich dorosłych partnerów.

My czasami stoimy wobec bardzo ważnego i takiego bardzo cienkiego problemu, jakim jest ewentualnie molestowanie dziecka przez ojca na przykład, czy coś, a to jest tak cienkie. (Lekarz)

(...) w momencie, kiedy mama się z nią bawiła na łóżku i one się łaskotały, i mama ją tak mocno objęła i ścisnęła, to dziecko dostało strasznej histerii i powiedziało, że dziadek jej tak robi (Lekarz).

Inne zachowanie rodziców zagrażające zdrowiu dzieci, z którym zetknęli się badani to przeniesiony zespół Münchhausena, polegający na wywoływaniu u dziecka objawów zaburzeń somatycznych.

Dwa razy jak pracuję zetknęłam się z zespołem Münchhausena per procura. To jest de facto nie do końca zrozumiałe czy to choroba psychiczna matki czy nie. To matka indukuje objawy dziecka. Dziecko jest leczone, ale to matka wywołuje wszystko – chorobę, przez podawanie leków, przez stosowanie przemocy. (Pielęgniarka)

(...) tam był taki przypadek, gdzie był zastępczy zespół Münchhausena, czyli rodzice celowo wywoływali jakieś objawy. Tam było akurat chyba celowe podawanie jakichś leków, które nie powinny być podawane, no matka twierdziła, że robi to w dobrej wierze. No później już różnie te losy tych dzieci się toczyły. Także o częstotliwości trudno mi jest powiedzieć, ale takie przypadki są. (Pielęgniarka)

Symptomy

Pracownicy ochrony zdrowia przyznają, że niektórym formom krzywdzenia towarzyszą dość specyficzne objawy, z kolei symptomy innych form są bardziej ukryte. W niejasnych sytuacjach wymagana jest pogłębiona diagnoza i wzmożona obserwacja.

(...) dużo przypadków, które wiemy, że to były przypadki krzywdzenia przez rodziców, czy nawet przez opiekunów są stwierdzane post factum, czyli dopiero szczegółowe badania mogą stwierdzić, szczegółowy wywiad może nam wskazać, że to były działania osób trzecich. (Pielęgniarka)

Zazwyczaj wtedy albo układamy to dziecko blisko naszej dyżurki, żeby po prostu fizycznie (...) widzieć, chociaż mamy też monitoring na salach, więc wtedy włączamy też czasem po prostu duży podgląd na tę salę. (Pielęgniarka)

Z doświadczeń badanych wynika, że podejrzenia o fizycznym krzywdzeniu dziecka mogą wzbudzać różnego rodzaju objawy, takie jak: uszkodzenia skóry, blizny, siniaki, zadrapania, oparzenia, ślady od przypalania papierosem, złamania, obrażenia głowy, obrażenia wewnętrzne czy krwawe wylewy do gałek ocznych.

(...) mieliśmy taką sytuację, że zostało do szpitala przyjęte dziecko, które, w czasie diagnostyki właśnie się okazało, że ma jakieś dziwne złamania. To było niemowlę, gdzieś w okolicach żebra chyba to dziecko miało połamane. (Lekarz)

Jeśli trafia do nas dziecko z jakimiś takimi krwiami, tak nie do końca wiadomo, o co chodzi z tym obrazem takim w tomografii, rezonansie, to wtedy jakby mówimy sobie w naszym zespole pielęgniarskim o takim podejrzeniu. (Pielęgniarka)

Miała takie liczne siniaki, płakała, z tego płaczu ją mama przytykała poduszką, łóżeczko było zastonięte kocem, więc nie było tego widać. Ale było takie, że prosiłyśmy, są u nas studenci, żeby [studentka] stanęła i słuchała, powiedziała, że jest tłumiony dziwny płacz. Matka się odsuwała i dziecko zaczynało głośno płakać. W chwili wejścia była taka cisza. (Pielęgniarka)

Respondenci przyznają, że ich niepokój wzbudzają także przypadki, kiedy dziecko ma urazy na różnych etapach gojenia lub manifestuje różne symptomy, które nie tworzą spójnego obrazu.

Z naszej strony na pewno są to zawsze przypadki, kiedy pacjent ma dziwne objawy, niewskazujące na jednoznaczną jednostkę chorobową. Wtedy oczywiście, jeżeli są to urazy, które świadczą o działaniach różnoczasowych – czyli zdarzało się widzieć nam takie przypadki, gdzie dziecko miało oparzenia obrączkowe, czy też na przykład, czyli te oparzenia, które świadczyłyby o przypalaniu papierosem. Jeżeli były zasinienia, podbiegnięcia krwawe, różnoczasowe, czyli takie, które mogłyby być spowodowane w danym dniu, ale też no przed tygodniem, przed dwoma tygodniami, no to one też, na pewno zawsze już jakaś lampka by się [nam] zapalała, że coś wskazywało na to, że coś jest nie tak. (Pielęgniarka)

To było małe dziecko i takie niepokojące objawy. I nikt tutaj nie mówił, że to mogło podchodzić pod jakąś przemoc, że te objawy mogły być wtórnie do czegoś, ale w badaniach na przykład się okazywało, że są jakieś stare złamania albo ślady po urazach. (Lekarz)

Pewne sytuacje wydają się pracownikom ochrony zdrowia podejrzane ze względu na to, że manifestowane objawy nie są zgodne z opisywanym przez opiekunów dziecka wypadkiem. Może dziać się tak na przykład, gdy rodzic twierdzi, że małe dziecko doznało urazu na skutek silnego uderzenia się czy upadku, podczas gdy nabyte obrażenia wskazują na użycie siły ze strony osób trzecich.

(...) wywiad rodzica wnioskował to, że nie wiem, no, że ono spadło z łóżka, ale dla nas było to jednak trochę podejrzane. To też lekarze u nas na oddziale stosują taką trochę, no takie trochę dodatkowe badanie. (Pielęgniarka)

Był taki przypadek pacjenta, który – to było niemowlę, które zostało przywiezione w bardzo ciężkim stanie, gdzie rodzic twierdził, że pod tym dzieckiem załamał się przewijak. I z tego powodu, że ten przewijak się załamał no to doszło do tych urazów. (Pielęgniarka)

I przyszedł nowy opiekun, nowy partner [matki], też młody mężczyzna, taki dwudziestoparoletni i dziecko miało ogromny guz na głowie. Taki, że nie wyglądało to na jakieś przypadkowe zdarzenie (...), a ten partner nie przyszedł z guzem, tylko z jakąś infekcją kataralną. Na moje pytania, były jakieś mętne odpowiedzi, że dziecko w nocy przewraca się w łóżeczku, że jest takie bardzo aktywne i że sobie tego guza nabił w łóżeczku. (Lekarz)

Warto dodać, że 5,30% ankietowanych zgadza się ze stwierdzeniem, że kary cielesne są, w niektórych sytuacjach najbardziej skuteczną metodą wychowawczą, co może wiązać się z mniejszą szansą na diagnozowanie tej formy przemocy fizycznej.

Objawy, które zaniepokoiły respondentów ze względu na podejrzenie wykorzystywania seksualnego to zakażenie dróg moczowych oraz choroby weneryczne, które mogą towarzyszyć tej formie krzywdzenia.

Zauważyliśmy, że dzieci po oddaniu moczu, wychodząc z łazienki płaczą. Mama mówi: „o, coś tam ją piecze”. Mocz wychodził ogólnie ok, więc była jakaś później konsultacja ginekologiczna. Okazywało się, że jakiś dziadek, wujek, tata. Bardzo dużo też tego było. (Pielęgniarka)

One przyszły do mnie z nieleczącym się zakażeniem dróg moczowych. Więc moje pytanie było takie, czy jest seks (...), czy dziewczynka jest aktywna seksualnie, na co matka powiedziała mi, że tak. (Lekarz)

Jednak według badanych o doświadczaniu krzywdzenia świadczyć mogą również niespecyficzne objawy demonstrowane przez dziecko, takie jak apatia, zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania, depresja czy próby samobójcze.

(...) ten zestaw objawów, plus pojawiający się od jakichś dwóch miesięcy niepokój pani w przedszkolu, że dziewczynka ma zachowania takie dziwne, nie skupia się, widać takie pogorszenie funkcjonowania wyraźne. (Lekarz)

(...) mamy dość dużo pacjentów z zaburzeniami zachowania, z zaburzeniami psychicznymi, po próbach samobójczych, to sporo z tych dzieciaków jest z rodzin dysfunkcyjnych. Ze środowisk takich no, gdzie się dzieje źle. I tam na pewno jest jakaś forma [krzywdzenia], ale to jest strasznie trudne do wyłowienia. (Lekarz)

Respondenci badania jakościowego twierdzą, że znamiona może być zmiana zachowania dziecka w obecności rodzica. Obserwują oni sytuacje, gdy przy rodzicu dziecko jest apatyczne i smutne, natomiast po opuszczeniu przez niego pomieszczenia zachowanie dziecka wraca do normy. Zdaniem badanych może świadczyć to o zaburzonej relacji z rodzicami i stosowaniu przez nich przemocy. 61,86% ankietowanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że zmiana zachowania dziecka w obecności rodzica (np. płacz, apatia) może wskazywać na przemoc w rodzinie.

No, na pewno jak ktoś kogoś odwiedza, to wtedy można zobaczyć, jak wygląda relacja. I po dzieciach to widać, jak one reagują na odwiedzające osoby. Tak dużo nie da się ukryć wtedy. (Lekarz)

No albo właśnie [dziecko] bało się opiekuna swojego i bało się przy nim odzywać. No kiedy ten opiekun zniknął, to dziecko było zupełnie inną osobą. Było radośniejsze i łatwiej nawiązywało kontakt. (Pielęgniarka)

Zawsze mi się włącza taka lampka, jak rozmawiamy z dwojgiem rodziców albo z dzieckiem i dziecko się nie odzywa, albo żona się nie odzywa i my toczymy jedynie dyskusję z ojcem albo z mężem, który wręcz jak wprost pytam żonę czy mamę o coś, to on przejmuje pałeczkę i rozstawia ich wszystkich po kątach. To jest dla mnie pierwszy sygnał, że są załężnieni, ustawieni. (Lekarz)

Inny symptom, który może wskazywać na krzywdzenie to zahamowanie rozwoju fizycznego dziecka. Przytoczony przez jedną z respondentek przypadek dotyczy małego dziecka, które nie przybierało na wadze.

A dziecko miało problem taki, że źle przybierało na wadze. Tam trudno było dojść, czy ta mama karmiła piersią, ale brała leki jakieś swoje, nie chciała odstawić, było to jakieś skomplikowane. A dziecko widać było, że jest niedożywione. Więc jakby moją troską główną było dziecko, ale samo dziecko oprócz tego, że właśnie trochę słabiej przybierało na wadze, bo nie było wtedy jeszcze takich grubych cech niedożywienia. (Lekarz)

Czynniki ryzyka

Doświadczenia pracowników ochrony zdrowia wskazują na występowanie czynników podwyższających ryzyko krzywdzenia dzieci. Dostrzegli oni związek między krzywdzeniem a pewnymi cechami samego dziecka, jego rodziną i środowiskiem. W przypadku dziecka mogą być to problemy z zachowaniem, problemy z nauką, przewlekła choroba lub niepełnosprawność. Respondenci byli świadkami zarówno biernego zaniedbywania dzieci, jak i całkowitego odrzucenia dziecka przez rodziców.

To jest jedna grupa, to są dzieci, noworodki, które się już rodzą i są według mam brzydkie. Rodzą się bliźnięta w przyzwoitej rodzinie, ale mama zostawia chłopca z zespołem Downa. (Lekarz)

Młody wiek, niedojrzałość emocjonalna, a także choroba psychiczna to czynniki związane z matką, które zdaniem rozmówców sprzyjają krzywdzeniu dzieci. Badani wspominali o kobietach cierpiących na depresję, które po porodzie nie były w stanie zajmować się dziećmi z powodu obniżonego nastroju, poczucia bezradności i ograniczonej zdolności do nawiązania kontaktu z dzieckiem. Sytuację taką ilustruje przykład pacjentki przywołany przez położną.

Ona [matka dziecka] mówi, że ona nie wie, co się dzieje (...) jej w ogóle to dziecko nie obchodzi, co ja mam robić koło niego. I ona tylko mówiła: ja bym tylko na okrągło spała, ja jestem zmęczona... ja bym tylko na okrągło spała. (Położna)

Jeden z lekarzy miał wątpliwości, co do zapewnienia właściwej opieki nad dzieckiem po porodzie przez matkę, która ze względu na wskazanie psychiatryczne miała wykonane cesarskie cięcie.

Ja nie wiem do końca czy osoba, która ma jakieś przeciwwskazania psychiatryczne do fizjologicznego porodu, nie ma psychiatrycznych przeciwwskazań do samodzielnej opieki nad dzieckiem. (Lekarz)

Inna respondentka wyraziła niepokój o bezpieczeństwo i zdrowie dziecka, w sytuacji, gdy jego cierpiąca na zaburzenia psychiczne matka była agresywna względem dorosłych członków rodziny.

I mama była zaburzona, wydaje mi się, tak na oko, że miała albo borderline albo jakieś inne zaburzenia osobowości. I pobiła, jakby regularnie dochodziło do rękoczynów jej względem męża. Ojciec wtedy na wizycie zgłosił mi, że w odwiedzinach, jakby do pomocy u noworodka przyjechała mama tej kobiety i została pobita przez nią, tak że musiała się położyć do łóżka. Plus jeszcze przemoc jakaś słowna i taka psychiczna. (Lekarz)

Czułość respondentów wzbudzają także pacjentki, które w okresie ciąży sporadycznie zgłaszają się na wizyty kontrolne lub w ogóle nie korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej, przez co brakuje wiedzy o ich sytuacji i nie ma możliwości udzielenia im właściwej pomocy.

Ale są takie [matki], które na przykład, nie wiem, raz były u lekarza przez całą ciążę i kompletnie nie ma tam w ogóle wglądu żadnego. (Położna)

Wśród czynników ryzyka wymienianych przez pracowników ochrony zdrowia znalazło się wiele związanych z rodziną. Najczęściej niepokój respondentów wzbudzają rodziny, w których występują różnego rodzaju dysfunkcje i problemy, takie jak nadużywanie alkoholu, stosowanie środków odurzających, bezrobocie, trudna sytuacja materialna, konflikt między rodzicami, przemoc wobec drugiego rodzica czy też posiadanie starszych dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

(...) dziecko może się urodzić w rodzinie, która niekoniecznie ma jakiegokolwiek zdolności do tego, żeby to dziecko się chowało jak należy. Czyli rodziny z kręgu alkoholowych, narkomani, kobiety, które w domu mało przebywają i te dzieci są porzucone. (Lekarz)

No i wychodzą czasami tam (...) różne rzeczy, ale z reguły jest tak, że to są trudne rodziny, że to są rodziny jakieś takie dysfunkcyjne, gdzie jest kurator na przykład. (Lekarz)

Rozwód rodziców lub wychowywanie dziecka bez jednego z biologicznych rodziców to kolejny czynnik ryzyka związany z sytuacją rodzinną, na który zwrócili uwagę rozmówcy. Samotne rodzicielstwo oraz brak wsparcia ze strony rodziny w opiece nad dzieckiem, a także towarzyszące temu osamotnienie to okoliczności, które zdaniem respondentów narażają dziecko na krzywdzenie. Z drugiej strony respondenci uważają, że wychowywanie dziecka w rodzinie zrekonstruowanej, w której jeden z opiekunów nie jest rodzicem biologicznym, także może zagrażać dobru dziecka.

Natomiast no, czasami zostawiają te mamy dzieci, bo nie wiedzą, jak wybrnąć z sytuacji, która je zaskoczyła – że jest dziecko, że jest matką samotną, nie potrafi się w tym znaleźć i zostawi to dziecko. (Lekarz)

Dziecko, jak się pojawia w rodzinie, to też inni członkowie rodziny mogą zaobserwować, jak przebiega ten stosunek rodziców do dzieci, bo nie zawsze te dzieci są chciane. Czasami nie są dobrze przyjęte przez partnerów, niekoniecznie biologicznych rodziców (...), więc ci rodzice niebiologiczni, ci partnerzy bardzo różnie się czasami odnoszą do tych dzieci. (Pielęgniarka)

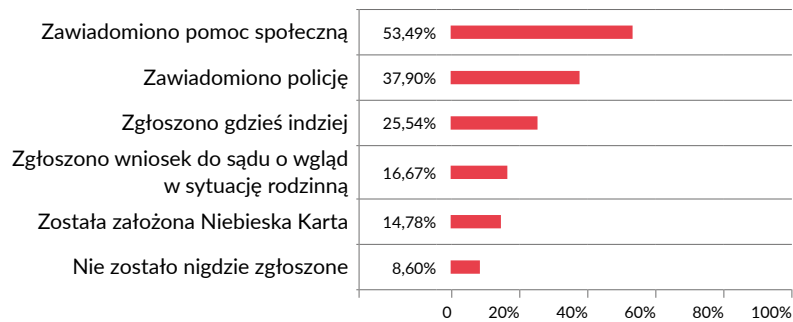
Badani zwrócili także uwagę na czynniki ryzyka związane ze środowiskiem, w którym wychowuje się dziecko. Jedna z respondentek przytoczyła przykład otoczenia, w którym akceptowane jest stosowanie przemocy względem kobiet i dzieci.

To jest takie patriarchalne podejście do całej rodziny, tam ojciec sprawuje totalną władzę i czasami dochodzi do sytuacji przemocowych, nie tylko fizycznie, ale bardzo te dzieci i rodziny są gnębione psychicznie przez tę głowę rodziny. I co jest jeszcze smutne, to panuje takie społeczne przyzwolenie, że tak tam jest. (Pielęgniarka)

Sposoby reagowania w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka

Ponad połowa (53,49%) badanych pracowników ochrony zdrowia deklaruje, że w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka zawiadamiana jest pomoc społeczna, zaś 37,90% zawiadamia policję. Dużo mniej badanych wskazuje na składanie wniosku do sądu o wgląd w sytuację rodzinną (16,67%) oraz zakładanie Niebieskiej Karty (14,78%). Co 12 badany (8,60%) stwierdza, że takie podejrzenia nie są nigdzie zgłaszane, zaś co czwarty (25,54%) – że sprawa została gdzieś indziej zgłoszona (wykres 1). Po dopytaniu, okazuje się, że najczęściej to zgłoszenie polega na rozmowie z rodzicami lub przekazaniu sprawy do psychologa/pedagoga, szkoły, osobom oddelegowanym w danej instytucji do tego typu spraw lub przełożonemu.

Wykres 1. Działania, które zostały podjęte w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka, N = 372, %, wielokrotny wybór.



Osoby, które wskazały, że została założona Niebieska Karta, zostały zapytane, kto wszczął tę procedurę. W większości wypadków (63,64%) był to przedstawiciel innej instytucji, dużo rzadziej (21,82%) inny lekarz lub respondent (16,36%). Najrzadziej Niebieskie Karty były zakładane przez pielęgniarkę (3,64%) (wykres 2).

Wykres 2. Przez kogo została założona Niebieska Karta, N = 55, %.



Dzięki wywiadam jakościowym wiadomo, że to, w jaki sposób pracownicy ochrony zdrowia reagują na podejrzenia krzywdzenia dziecka, zależy w dużej mierze od tego, gdzie pracują: w szpitalu, przychodni, innej instytucji oraz od ich roli zawodowej: pielęgniarki, lekarza, położnej.

To, co łączy większość wypowiedzi to konsultacje w zespole, szczególnie proszenie o radę bardziej doświadczonych pracowników, zanim podejmie się jakiegokolwiek działania. Ważnym elementem konsultacji wewnętrznych jest włączenie w nie psychologa lub psychiatry, jeżeli jest dostępny, a także wywiad rodzinny i rozmowa z dzieckiem. Jeżeli jest taka możliwość, do rodziny jest wysyłana pielęgniarka środowiskowa w celu zebrania wywiadu.

Jeżeli widzę jakieś ślady przemocy u dziecka, to najczęściej dziecko jest pod opieką albo rodzica, albo kogoś upoważnionego do takiej wizyty, więc zbieram wywiad dotyczący tych objawów. I zależnie od postawy tego opiekuna, jakby jest ciąg dalszy. Najczęściej spotyka się to z jakąś agresją ze strony tego opiekuna, z negacją i atakiem na mnie, a więc tu już się zaczyna nieprzyjemnie. I nie zdarzyło mi się jeszcze, żebym wezwała policję, czy zawiadomiła

bezpośrednio policję, raczej wchodzę w procedurę zawiadomienia opieki społecznej i zaangażowania pielęgniarki środowiskowej przychodni. (Lekarz)

Zwracaliśmy rodzicowi uwagę, jak powinno to wyglądać, że nie powinno się na przykład tak mówić albo tak zachowywać w stosunku do dziecka... A z dzieckiem też się zdarzały takie rozmowy, szczególnie właśnie, jak były sytuacje, że dziecko czuło się stłamszone, rodzic na chwilę opuszczał salę, bo szedł do sklepu i dziecko było zupełnie inne, to też tak chwilę się... można było z dzieckiem porozmawiać, jak się czuje... że widać, że jest zupełnie inne... (Pielęgniarka)

Najpierw dyskutujemy ze sobą. Też rozmawiamy z tymi bardziej doświadczonymi osobami. Ale powiem tak, zawsze jak jest jakiegokolwiek podejrzenie, to my tego nie zostawiamy. Cokolwiek się dzieje, to zawsze nam szefowa podkreśla, że tego nie można zostawiać. (...) Czasami też myślę, że z psychiatrami, z psychologiem też konsultujemy się, jeśli jest taka możliwość. (Lekarz)

Wtedy zawsze zgłaszamy takie rzeczy do pielęgniarki społecznej, a ona robi taki wywiad środowiskowy. Wtedy komunikuje się albo często z kuratorem, który jest opiekunem rodziny, albo z sądem i my wysyłamy takie pisma, prośbę o wgląd w sytuację społeczną. Jeżeli mamy jakiegokolwiek wątpliwości, to tak właśnie robimy. (Lekarz)

Pielęgniarki często najpierw dokładnie obserwują dziecko i rodzinę, a w razie dalszych podejrzeń przekazują swoje podejrzenia lekarzowi prowadzącemu oraz zapisują je w dokumentacji medycznej, rzadko same podejmują działania.

[Procedura zgłaszania] omija pielęgniarki, poza tym, że musimy produkować całą tonę dokumentacji, która jest później wykorzystywana. To my jakby nie bierzemy udziału w zgłoszeniach. (Pielęgniarka)

Wszystko jest w książeczce, udokumentowane. Natomiast, jeżeli faktycznie mamy ciężką rodzinę, taką podejrzaną, to my osobiście idziemy do pediatry. Pediatry, który zajmuje się danym dzieckiem. (Położna)

My czasami rozmawiamy z lekarzami, to tak naprawdę oni mają siłę przebicia, bo oni dalej biorą inicjatywę, informują jakieś tam służby. Oni bazują na raportach pielęgniarskich. (Pielęgniarka)

W szpitalach, szczególnie na oddziałach pediatrycznych, często są ustalone procedury reagowania. Wśród respondentów badania ilościowego 60,67% zadeklarowało, że w ich miejscu pracy jest ustalona procedura, co należy robić w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka. 28,85% stwierdziło, że takiej procedury nie ma, zaś 10,47% nie ma takiej informacji.

Respondenci w wywiadach jakościowych wskazywali także na ustalone procedury oraz wyznaczone osoby, które dokładnie znają się na procedurach zgłaszania. Najczęściej są to pracownicy socjalni oddelegowani do pracy w szpitalu, ale też np. rzecznik praw pacjenta.

Mamy pracowników socjalnych w szpitalu i zgłaszamy im. Jeżeli jest jakiś problem to pracownik socjalny przychodzi, poznaje historię choroby, dzwoni do środowiska danego, w którym mieszka dana osoba, dowiaduje się. Rozmawia oczywiście z rodzicami i bada tę sytuację. To

jest dobrze akurat, specjaliści pracownicy socjalni badają sytuację od strony takiej właśnie niemedycznej, powiedzmy sobie. (...)

Na przykład ostatnio była dziewczynka, 13-letnia, która miała szóstą czy siódmą próbę samobójczą... wychodzi z psychiatrycznego szpitala, no i kolejna próba samobójcza, kolejna terapia, po całej Polsce. Depresja, lęki, no zaburzenia zachowania. No jest jakiś problem i teraz na przykład było, wniosek ma trafić do sądu rodzinnego o zbadanie sytuacji tej rodziny, dlaczego tak się dzieje. (Lekarz)

Mamy na terenie szpitala komisję, która się zajmuje Niebieską Kartą, więc taka Niebieska Karta może być założona albo może być, w sytuacjach skrajnych, oczywiście zgłoszone to bezpośrednio na policję i tak bywa. Mamy również pracownika socjalnego na terenie szpitala, który jest pod telefonem i również możemy zgłosić – jeżeli pacjent przebywa w szpitalu – możemy taką sytuację zgłosić i pracownik ma obowiązek zbadać środowisko i ewentualnie poczynić właściwe kroki. (Pielęgniarka)

Tam [w szpitalu] była taka komórka, takie coś w rodzaju takiej pomocy społecznej, takie panie, które no tam, no zostały powiadomione, rozpoczęły jakąś procedurę, został zawiadomiony ośrodek pomocy społecznej z miejsca, z którego to dziecko pochodziło. (Lekarz)

Nasza oddziałowa, która jest Rzecznikiem Praw Pacjenta na terenie naszego szpitala, świetnie zna te procedury. (Lekarz)

Pierwsze co, to dyskutujemy, potem sporządzana jest notatka służbowa do osoby przełożonej, a później idziemy z Niebieską Kartą do odpowiednich służb. Bo my jako instytucja nie mamy żadnych narzędzi, możemy to tylko zgłosić. A są instytucje odpowiednie, które powinny to monitorować, my możemy podać to dalej. Jak jedziemy po takiej interwencji, kiedy rodzina wie, że będzie na przykład asystent i tak dalej, to jest zawsze niezręcznie. Ale na szczęście było kilka takich przypadków, że to bardzo pomogło i rodzice teraz się pilnują, a dziecko niczego nie zgłasza. Więc myślę, że warto było postawić się w sytuacji takiego adwokata dziecka. (Pielęgniarka)

W przychodniach częściej lekarze kontaktują się z zewnętrznymi instytucjami – z ośrodkiem pomocy społecznej, w ostateczności z policją.

Pracownicy ochrony zdrowia zgłaszali, że słyszeli lub uczestniczyli w zakładaniu Niebieskiej Karty lub w zgłoszeniu do sądu rodzinnego z prośbą o wgląd w sytuację rodzinną, rzadziej zgłoszeniu podejrzenia przestępstwa na policję lub do prokuratury. Pracownicy ochrony zdrowia rzadko rozpoczynają te procedury osobiście, częściej przekazując sprawę innym osobom, głównie pracownikom socjalnym.

W przypadku odmowy podania leków lub kontynuowania terapii, zdarzają się wnioski do sądu o ograniczenie praw rodzicielskich w celu kontynuowania leczenia.

Był kiedyś taki przypadek (...) to bardzo szybka jest decyzja, gdy jest to kwestia ratowania życia – najpierw podejmuje się decyzję dla dobra dziecka o ratowaniu życia, a potem rodzice sądzą się ze szpitalem, że zostało coś wykonane bez ich zgody.

Więc też mieliśmy taką mamę, gdzie dziecko zostało odebrane do rodziny zastępczej.

(...) Jest zgłoszenie, nie może kobieta z dzieckiem opuścić oddziału. Dziecko dostaje nadzór kuratorski. (Pielęgniarka)

Wiem, że są oddziały, które występują do sądu o ubezwłasnowolnienie rodziców, którzy nie zgadzają się na podanie witaminy K. (...) Więc pewnie w takich sytuacjach powinniśmy no dosyć intensywnie reagować. Zdarzyło mi się, że w tej sytuacji, kiedy była odmowa podawania dalszego antybiotyku, wystąpiłem do sądu o ograniczenie praw rodzicielskich, celem kontynuowania terapii. (Lekarz)

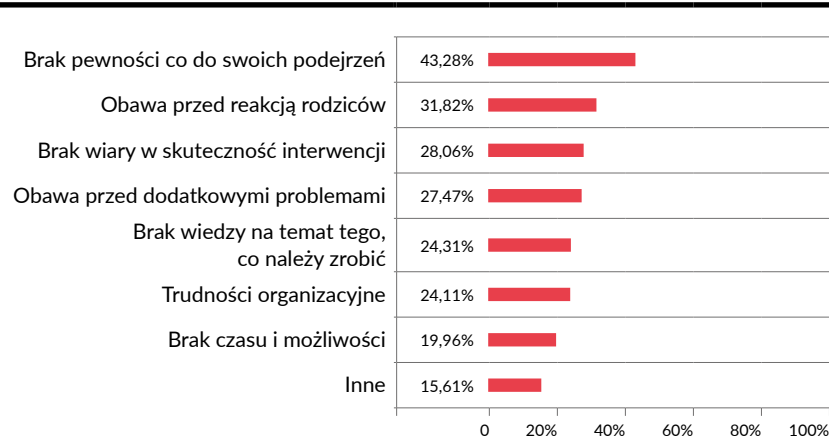
Bariery w zgłaszaniu

Badani pracownicy ochrony zdrowia wskazywali na największe bariery w zgłaszaniu swoich podejrzeń krzywdzenia dziecka.

Respondenci badania ilościowego najczęściej wskazywali na brak pewności co do swoich podejrzeń (43,28%), obawę przed reakcją rodziców (31,82%), brak wiary w skuteczność interwencji (28,05%) oraz obawę przed dodatkowymi problemami (27,47%). Rzadziej był to brak wiedzy (24,31%), trudności organizacyjne (24,11%), czy brak czasu i możliwości (15,61%) (wykres 3).

W odpowiedziach wskazanych jako „inne” (15,61%) także pojawiały się odpowiedzi związane z obawą o swoje bezpieczeństwo, czy reakcją współpracowników.

Wykres 3. Bariery, które mogą zniechęcać pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania podejrzenia krzywdzenia dziecka, N = 506, %, wielokrotny wybór.



Badani zostali dodatkowo zapytani o to, czy zgadzają się ze stwierdzeniem, że pracownicy ochrony zdrowia rzadko zgłaszają podejrzenia krzywdzenia dzieci, ponieważ są od tego inne służby. Zgodziło się z tym 28,06% respondentów, zaś 59,88% było odmiennego zdania.

Osoby, z którymi przeprowadzane były wywiady jakościowe, po pierwsze wskazywały na ograniczenia związane w ogóle z możliwością zaobserwowania czegoś podejrzanego – ze względu na krótki kontakt z pacjentem, szczególnie podczas wizyty w przychodni i skupianie się w rozmowie na kwestiach medycznych. Badani wskazywali również na zbyt małą liczbę pracowników, przez co są oni przepracowani, przygniecenii biurokracją, czasami już wypaleni zawodowo.

Objawy krzywdzenia dzieci bywają też trudne do zdiagnozowania, dlatego wiele takich przypadków może nie być ujawnianych.

Te dzieci przebywają u nas dosyć krótko, bo to są 3 dni. Czasem też nie mamy pełnego obrazu tego, co się dzieje. (Pielęgniarka)

Wiem, że nie ma ludzi do pracy. W naszych, bynajmniej, tutaj... To jest horror, to, co się dzieje w tej chwili. I zdaję sobie sprawę, że to nie będzie tak działało. Pięknie jest to na papierze rozpisane, ale to jest tylko na papierze. (...) Pewnych rzeczy się po prostu fizycznie nie da zrobić. Jedna osoba nie załatwi całego miasta. Nie ma szans. Ten rejon i tak jest tak duży tutaj, ta gmina, że my naprawdę jeździmy, ile kilometrów robimy dziennie. (Położna)

Nawet widzę w szpitalu, że jest niechęć, bo tak: trzeba wypełnić. Trzeba pisać, ba! Trzeba się skonfrontować czasem z rodzicem i zapytać go dlaczego, co i tak dalej. Ludzie nie chcą, czy to jest pielęgniarka, czy lekarz. (...) To trochę jest powiedziałbym tak... trochę jest to podobne do sytuacji, gdzie, chociaż to jest inna sytuacja i może to jest złe porównanie, ale gdyby patrzeć na ludzi jako całość, nie na służbę zdrowia, to człowiek leżący na ulicy, a większość ludzi obchodzi go, bo nie chce, bo się boi, bo może uważa, że to jest pijany. Mniejsza, kilka osób się rzuci do pomocy, do jakiejś tam, do udzielania powiedzmy pierwszej pomocy, reszta gapiów, ludzie się patrzą, ale to jest taka psychologia tłumu, tak? (Lekarz)

Olbrzymia biurokracja, która w tej chwili gniecie służbę zdrowia, to jest cała masa związana w ogóle z jednostką i leczeniem pacjentów. Są tony papieru, jeszcze dołożenie Niebieskiej Karty, chodzenie i tak dalej. (Lekarz)

To jest głębszy temat, kwestii finansowej, braku mobilizacji do pracy. Patrząc na to wszystko, ile my zarabiamy, nie możemy pracować w jednej pracy, żeby mieć godziwe zarobki, ale lekarze tak samo, są zmęczeni. (Pielęgniarka)

Jak pielęgniarki, lekarze pracują 10, 15, 20 lat, to czasami tej wrażliwości brakuje, czasami jest znieczulenie, czasami wypalenie, niestety się to obserwuje. (Pielęgniarka)

Kolejne bariery wynikają z poczucia odpowiedzialności i strachu przed niesłusznym oskarżeniem i skrzywdzeniem niewinnych ludzi, szczególnie jeżeli nie ma się zupełnej pewności, co w przypadku krzywdzenia dzieci rzadko występuje.

Dlatego że, to są takie sytuacje, które miały miejsce w mojej praktyce i nie były jednoznaczne. To np. był jeden ślad gdzieś na skórze, więc przy braku 100% pewności, nie chcę włączać takiej grubej procedury, żeby wzywać właśnie policję czy prokuraturę. (Lekarz)

Bardzo łatwo jest kogoś skrzywdzić, bo czasami ... hm naprawdę, takie dziecko, które chociażby ma te obrażenia ciała ... sama jestem matką, więc wiem, jak to wygląda, że jednego dnia ma rozbitą głowę, bo upadło, a następnego dnia ma podbite oko, bo doniczkę na siebie ściągnęło. (Pielęgniarka)

To, co hamuje pracowników ochrony zdrowia w zgłaszaniu podejrzeń, to także strach przed reakcjami – ze strony rodziców, ale i przełożonych, a nawet konsekwencji prawnych – boją

się, że zostaną podani do sądu o zniesławienie. Szczególnie w przypadku lekarzy pracujących w prywatnych przychodniach, gdzie sposób zatrudnienia (B2B) sprawia, że sami ponoszą wszelką odpowiedzialność prawną, a instytucja nie włącza się w procedury tego typu.

Tak mi się wydaje, że pracodawca mógłby spojrzeć tak, że to też jest dla niego problematyczne, że więcej dokumentacji. (Pielęgniarka)

Rodzina potem może [to] wykorzystać przeciwko mnie i oskarżyć mnie o złamanie tajemnicy lekarskiej. Więc lekarz jest w sytuacji takiej, że z jednej strony ma obowiązek i to jeszcze pod karą z Kodeksu karnego w tej chwili, a z drugiej strony, jeżeli cokolwiek powie na temat wizyty, tego co było na wizycie, to pacjent może go oskarżyć i wygrać taki proces. (...) Żyjemy w czasach, kiedy no tylko różni ludzie czekają na to, żeby lekarz popełnił błąd, żeby go oskubać. (Lekarz)

Ludzie nie chcą sobie robić problemów, na tej zasadzie, że nie chcą mieć później do czynienia z tymi rodzicami i chodzić po sądach. (Lekarz)

Tu, w takiej przychodni jak ta [prywatnej], każdy z nas lekarzy pracuje na własne konto i bierze sam odpowiedzialność za wszystkie swoje czyny, za wszystkie swoje błędy. Czyli przychodnia – ja tak sobie myślę, to jest tak, że oni jakby nie mają potrzeby ani interesu stwarzania procedur i ustalania jakichś ram, dlatego, że oni nie biorą współudziału w odpowiedzialności za nasze rzeczy. (Lekarz)

Kontakt z innymi służbami/instytucjami jest też czasami zniechęcający. Zaś kolejni badani wskazują, że często pracownicy ochrony zdrowia uważają, że zgłaszanie podejrzenia nie jest ich zadaniem, tylko właśnie innych służb lub instytucji.

Trochę uznaję, że to nie jest ich sprawa, że to sprawa, nie wiem, może wychowawców albo jakiś innych instytucji. (Pielęgniarka)

Służby traktują mnie bardziej jako osobę winną i podejrzaną niż jako osobę, która bierze udział w całym procesie. (...) Policjant, który mnie przesłuchiwał, no nie była to komfortowa dla mnie rozmowa, zresztą wyraził w trakcie tej rozmowy, sam tak z siebie, że może ona taka jest dojrzała mocno i że może dlatego takie relacje są. (...) My powinniśmy być traktowani jako partnerzy w tym procesie, a nie jako potencjalne osoby do oskarżenia. (Lekarz)

Sama procedura „Niebieskie Karty” jest przez niektórych oceniana jako trudna, niezrozumiała i przez to zniechęcająca. Także konsekwencje brania udziału w tej procedurze bywają mało wygodne dla lekarzy – muszą stawić się osobiście na przesłuchanie w miejscu zamieszkania dziecka, które to miejsce czasami znajduje się daleko od miejsca pracy lekarza. Dodatkowo nie dostają oni informacji zwrotnej, co się w danej sprawie wydarzyło, czy ich działanie przyniosło jakiś skutek, co jest również zniechęcające.

Nieefektywność tych wszystkich działań, że ja tu zaczynam coś robić, wielkie halo, procedura rusza, a potem wszystko rozbija się, bo albo czas jest tak długi tego postępowania, różnych akcji, które mogą dziecku pomóc, że dziecko nadal jest krzywdzone tak naprawdę i widać, że nie ma jak pomóc. I dwa, że kompletny brak informacji zwrotnej. (Lekarz)

Ta karta jest chyba zbyt skomplikowana. Tam jest tak dużo punktów, które należy wypełnić i które, do końca nawet nie są czytelne, bo czasami nawet tych przypadków nie można by sklasyfikować. Wydaje mi się, że ta procedura powinna być bardzo prosta, na, na zgłaszanie. Myślę, że niektórych odstrasza właśnie tych kilka stron do wypełnienia, gdzie należy szczegółowo niektóre opisać sytuacje. (Pielęgniarka)

Bez względu na to, gdzie to się dzieje, w jakim miasteczku, mieście itd., to nasz lekarz, który to zgłasza, musi tam jeździć na wezwanie, na przesłuchania. (...) Najlepiej by było, żeby można było, żeby ktoś do nas przyjechał na ten wywiad. Prościej, prościej do nas przyjechać na ten wywiad. Ale no oni też muszą wiedzieć, muszą mieć na dojazd. Pamiętam jak dzisiaj koleżankę, młodą rezydentkę, która to zgłosiła gdzieś. Ani środka lokomocji nie ma, nie będzie jechała swoim samochodem. (Lekarz)

Uważam, że jeżeli się oczekuje, że będziemy wypełniać taki druk i robimy to nie na zasadzie jakiejś urzędowej rutyny, tylko robimy takie rzeczy z troski o dziecko, tak? To psychologicznie rzecz biorąc, powinniśmy mieć informację zwrotną, tak, czy to na coś się przydało, czy nie przydało. (Lekarz)

Niektórzy mają też wątpliwości związane z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz tajemnicą lekarską – czy mają prawo, jako pracownicy ochrony zdrowia do przekazywania takich danych współpracownikom lub innym służbom.

Ja się ostatnio zaczęłam zastanawiać, że w momencie kiedy jest RODO, to co ja mogę w ogóle na tej Niebieskiej Karcie wpisać. Przecież jeszcze tajemnica lekarska. Ja nie wiem czy Niebieska Karta jest dokumentem, w którym ja mogę złamać tajemnicę lekarską. (Lekarz)

Nie ma czegoś takiego, jak jest za granicą na przykład, że jest taki zespół terapeutyczny. Jest pielęgniarka, Lekarz, psycholog. Nie ma czegoś takiego, że się chodzi na raporty. Weszło RODO, nie ma czegoś takiego, że pielęgniarka uczestniczy w raportach lekarskich ani lekarz w raportach pielęgniarskich. Nie słyszymy swoich opinii, nie współgramy. (Pielęgniarka)

Czasami barierą są istniejące procedury prawne. W przypadku, kiedy mamy informacje, że w domu, w którym jest dziecko, stosowana jest przemoc w stosunku do matki, a ona nie chce tego zgłaszać, pojawiają się wątpliwości, co należy zrobić.

My jesteśmy zobligowani zawsze interweniować, gdy przemoc skierowana jest wobec dziecka, ale jeśli mama mówi „tylko nikomu nie zgłaszaj”, to jest trudne, bo ona sama musi złożyć zawiadomienie. (Pielęgniarka)

Kolejną wskazywaną przeszkodą, choć chyba najtrudniejszą dla rozmówców, jest decyzja, co jest dobre dla dziecka w konkretnej sytuacji, która nie zawsze jest jednoznaczna, np. w przypadku dzieci śmiertelnie chorych.

Bo dzieci w takich sytuacjach trudnych, mamy dziecko w agonii, w stanie terminalnym, zostały jej 2-3 miesiące życia. Choruje na glejaka. Matka jest przemocowa i my to wiemy, ale ona jest tak przywiązana do matki i tak sobie nie wyobraża tego, żeby nie być z matką,

że człowiek się zastanawia co robić. Czy spowodować to, żeby dziecko znalazło się w ośrodku stacjonarnym, czy monitorować jakoś, spróbować, żeby została w tym domu. To są tak potwornie trudne sytuacje, że ja nie potrafię tego opisać, bo dzieci niestety, nawet jak jest przemoc w domu, to ci rodzice są dla nich bardzo ważni.

– To dzieci, które bardzo potrzebują opieki?

– Tak, poza tym dzieci często przyjmują taką postawę, że tych oprawców tłumaczą i nie chcą się rozstawać z rodzicami. A w sytuacji gdy dziecko ma umrzeć szybko? Odbierać matkę, ojca? Szczerze mówiąc, to zawsze są bardzo trudne decyzje i staramy się wnikać w sytuację rodziny. (...) Tak, ja już mówiłam, sama to miałam. To są tak skrajne emocje i nieprzewidywalne sytuacje, że jest ciężko. (Pielęgniarka)

Obszary wymagające zmiany

Pracownicy ochrony zdrowia zostali również zapytani o to, co należałoby zmienić i w jaki sposób to zrobić, żeby ułatwić im zgłaszanie podejrzeń krzywdzenia dzieci.

Najwięcej badanych zwraca uwagę na potrzebę edukacji w tym obszarze – na szkoleniach w placówkach oraz na konferencjach medycznych. Niektórzy wspominają, że wcześniej, w okresie wprowadzania procedury „Niebieskie Karty”, takie szkolenia pojawiały się na konferencjach medycznych i że to było dobre rozwiązanie ich zdaniem, tylko należałoby je regularnie powtarzać. Potrzeba systematycznych szkoleń jest podkreślana przez wielu rozmówców. O ile ważne jest, ich zdaniem, żeby temat krzywdzenia dzieci był obecny na studiach medycznych, to jednak nie wystarczy. Konieczne jest szkolenie pracujących już osób, szczególnie tych z dużym stażem, żeby odświeżać i aktualizować wiedzę na ten temat. Szkolenia powinny dotyczyć sposobów rozpoznawania krzywdzenia, sposobów reagowania, ale także umiejętności rozmawiania z pacjentami i ich rodzicami.

Na pewno myślę, że jakieś cykliczne przypomnienie, jakiś kurs zorganizowany dla szpitala, w którym pracownicy muszą go odbyć. Takie szkolenia na przykład odbywały się z RODO i trwały, nie wiem... Każdy pracownik musi je przejść. (...) No ale raz na kilka lat dla każdego szpitala takie szkolenie, dwugodzinne dla pracowników przeprowadzić... (Lekarz)

To też umyka. Tak jak mamy odnawiane procedury, to tego tyle jest, że ja muszę tę procedurę przeczytać, podpisać, potem są robione aneksy, procedura po procedurze, coś jest zmieniane, ale tak naprawdę to ta sama procedura. Jakby coś było, co jest odnawialne cały czas, to też kwestia jakichś szkoleń w szpitalu. Żeby pracownik raz do roku wysłuchał jakiegoś wykładu. To jest kwestia 10–15 minut, zebrać kilka grup pracowników czasowo i powiedzieć im, że są takie możliwości, jeśli coś widzimy, żeby zadzwonić tu i tu. (Pielęgniarka)

Wydaje mi się, że ponieważ każdy lekarz musi regularnie jeździć na konferencje medyczne, uczestniczyć w nich, żeby tam zbierać punkty edukacyjne. Więc w ramach takich konferencji, jakby się pojawiały takie wykłady, przybliżające ten temat właśnie, jak postępować, gdzie zgłaszać, do kogo. (Lekarz)

To jest coś, czego zresztą często nie robimy, mianowicie powtarzanie pewnych szkoleń co jakiś czas, żeby o pewnych rzeczach przypomnieć, tak. Piloci sił powietrznych co 6 miesięcy są certyfikowani, tak i dzięki temu latanie jest bezpieczne. Niestety w medycynie takich zwyczajów nie ma, żeby te szkolenia w tej czy innej, w obowiązkowej czy też nieobowiązkowej formie były regularnie powtarzane, a powinny, bo to jest, to o czym mówimy jest jednym z elementów bezpieczeństwa pacjenta. I tu mogę mieć pewną wątpliwość. Opieramy się na naszym doświadczeniu, wyczuleniu i tak dalej, ale wiedza jest czymś, co jest nie do przecenienia. (Lekarz)

Moim zdaniem trzeba szkolić, edukować, ale nie tych młodych, którzy mają otwarte głowy, studiują i na tych kierunkach medycznych mówi się dużo, tylko te osoby, które w tych zawodach pracują. Ja nie wiem czy to w szpitalach funkcjonuje, ale my mieliśmy szkolenie z takiego zakresu. Tak jak nasze mamy, którymi się opiekujemy, często nie utożsamiają przemocy z przemocą, tak niektórzy medycy, to przecież też przedstawiciele społeczeństwa, w ogóle nie wiedzą, że coś jest przemocą. (...) Żeby to zrozumieć, też trzeba mieć wiedzę. Więc myślę, że przede wszystkim szkolenia obowiązkowe, jak bhp – szkolenia z przemocy, żeby nie przechodzić obok, żeby zgłaszać takie sytuacje. (Lekarz)

Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki podkreślali, że brakuje także tematów związanych z przemocą wobec dzieci w programach studiów medycznych. Badani, którzy o tym wspominali, mają żal do swoich uczelni, że nie zostali przez nie odpowiednio przygotowani do dużej części swojej pracy, która polega na rozmowie z pacjentami i ich rodzinami oraz rozpoznawaniu przypadków krzywdzenia.

Skończyłam ratownictwo, skończyłam pielęgniarstwo i kończę jeszcze magisterkę z pielęgniarstwa i nie pamiętam, żeby w systemie mojej edukacji znajdował, znajdowało się jakieś, jakiś taki temat (...) o przemocy wobec dzieci, w jaki sposób tu należy reagować. (...) Ja mam bardzo duży żal do mojej uczelni. (...) Że oni też nas psychologicznie kompletnie do tego nie, nie przygotowują – kompletnie. Ja bym chciała wiedzieć jak rozmawiać o śmierci, ja bym chciała wiedzieć jak rozmawiać o bólu, ja bym chciała wiedzieć jak, jak dobrze sprawować opiekę taką, wsparcie psychiczne dla pacjenta, jak rozmawiać z rodziną. Jak SOBIE radzić ze stresem, jak w ogóle ja powinnam się... Jak ja powinnam o siebie zadbać psychicznie. Tego kompletnie nie ma. (...) Bo procedury to jedno i to, żeby to zgłosić, wypełnić dokument, papierek, zadzwonić gdzieś, poinformować, to jest jedno. Ale działanie na tu i teraz jest.

Od lat się o tym gada w tym towarzystwie takim pielęgniarzkim, studenckim, że ten ... program jest kompletnie nam, no nie chcę powiedzieć niepotrzebny, albo stwórzmy jeszcze jeden przedmiot, który będzie nas uczył jak rozmawiać z pacjentem. Albo niech ta psychologia będzie zmieniona po prostu, niech ten sylabus, niech ten program zostanie zamieniony na coś, co będzie nam przydatne. (...) Bo my wtedy zyskamy większą pewność w podejmowaniu działań, my zyskamy większą pewność albo wiedzę jak rozmawiać, albo na jakie rzeczy zwracać uwagę. Jeśli my będziemy dobrze, lepiej zaopiekowani. Dostaniemy taką wiedzę, właśnie z zakresu psychologii. A może także dziecięcej, jak się takie dziecko zachowuje. (Pielęgniarka)

Ten temat nie był poruszany. Raz tylko na studiach, przez jeden tydzień myślę. (Lekarz)

Powinny być zajęcia powiedzmy z psychologii, rozmowy z rodziną, z pacjentem, sposób rozmawiania, sposób przekazania np. złej informacji rodzinie czy no niektórych rzeczy, poinformowania itd. (Lekarz)

Wśród respondentów badania ilościowego 68,18% zadeklarowało, że byli edukowani na temat symptomów krzywdzenia dzieci (w tym na studiach lub na szkoleniach w pracy, na konferencjach). Duża część z tych osób wskazywała jednak, że ta edukacja miała miejsce dawno temu, np. na studiach. Warto zauważyć, że aż 31,82% badanych pracowników ochrony zdrowia, którzy w swojej pracy mają kontakt z dziećmi, przyznaje, że nigdy nie byli lub nie pamiętają, żeby byli uczeni na temat symptomów krzywdzenia dzieci.

Pracownicy ochrony zdrowia pracujący z dziećmi zostali również zapytani o ocenę swojej wiedzy na temat symptomów krzywdzenia dzieci. Większość (70,16%) ocenia swoją wiedzę na ten temat jako wystarczającą, natomiast 26,09% jako niewystarczającą.

Jeden z badanych wskazywał również na potrzebę edukacji w mediach.

Oczywiście wiadomo: media się z tego utrzymują, ale jest pytanie, że powinny być przepisy jakieś, które nakładają obowiązek iluś procent pokazywania spotów dotyczących zdrowia. (...) Więc na przykład uważam, że powinny być co dzień, powinny być spoty na temat sposobu ratowania ludzi, jak udzielać pomocy. Powinny być też spoty na temat, skierowane do różnych grup zawodowych, na temat zgłaszania krzywdzenia. Proszę zobaczyć jak tego jest mało. Czasami są jakieś tam kampanie. Była taka kiedyś, zły dotyk i tak dalej. Myślę że trzeba jakby to nagłośnić. (Lekarz)

Inną potrzebną formą przybliżenia wiedzy na ten problemu krzywdzenia dzieci, szczególnie symptomów oraz sposobów reagowania i procedur, jest broszura informacyjna. Taka broszura powinna być dystrybuowana we wszystkich placówkach medycznych, aby była łatwo dostępna dla pracowników ochrony zdrowia w każdym momencie.

Być może, tak jak w medycynie jest wiele opracowanych takich zestawów pytań, takich jakby ułatwiających wyłowienie jakichś patologii – może coś takiego właśnie? Jakies takie czerwone flagi, tak, że jak nie wiem, widzisz, że dziecko ma siniaki na klatce piersiowej, to może nie wzięły się, bo biegał po placu zabaw?. (...) Myślę, że jakbyście opracowali jakąś broszurę, jakąś taką kartkę informacyjną, taką jak o, tysiące takich o żywieniu, o szczepieniu, o wszystkim. To są ulotki dla rodziców, ale my też tu czytamy, bo tam też są rzeczy, które nam się przydają. Myślę, że każda z moich koleżanek chętnie by taką broszurkę przeczytała właśnie, gdzie by było napisane, że „jeżeli widzisz to, to w pierwszej kolejności zrób to, zadzwoń tu i tam”. Nawet takie na przykład, bardziej spersonalizowane, czyli, że jeżeli mamy grupę lekarzy z Warszawy, to trzeba im podać telefony, gdzie mają zadzwonić tutaj w obrębie Warszawy. Bo to naprawdę zajmuje czas, przeszukanie tego, gdzie napisać, do jakiego sądu, kogo powiadomić, no, to tak, jakby był jakiś taki schemat postępowania, fajnie by było. (Lekarz)

Kolejną propozycją zmian, która pojawiła się w wywiadach, było zatrudnianie opiekunek oddziałowych, które mogłyby lepiej zaobserwować symptomy krzywdzenia.

Ja ubolewam, że nie ma takiej osoby, tak zwanych opiekunek oddziałowych, że jest taka osoba, która mogłaby wyłapywać pewne rzeczy. Szpital nie zatrudnia takich ludzi, a pamiętam jak przyszedłam na Działdowską, to była taka dziewczyna, która bawiła się z tymi dziećmi. (Pielęgniarka)

Pracownicy ochrony zdrowia odpowiedzieli również na pytania dotyczące procedury „Niebieskie Karty” i możliwości jej uproszczenia – tak, żeby częściej ją wszczynali. Przede wszystkim zwracali uwagę na dostępność formularzy on line – do wypełnienia lub do ściągnięcia. Zwracali również uwagę, że dla nich najlepiej by było, gdyby była możliwość od razu po zgłoszeniu przekazania dalszych działań innym służbom, np. policji.

Myślę, że fajnie, gdyby była założona strona internetowa, na której byłby formularz po prostu, który byśmy mogli uzupełnić. Wydaje mi się, że jest to jedna z najprostszych form uzupełnienia tego i w danych punktach mogłoby być napisane, co i jak wypełnić albo o co chodzi. (Pielęgniarka)

Może nie wiem, może po prostu jakiś druk, który można byłoby w sposób dostępny, prosto ściągnąć, który nie zawierałby za wiele pytań, ale konkrety. I można byłoby po prostu przekazać później policji, czy ewentualnie osobie, która by później dalej to koordynowała, jakimś sensownym sposobem. (Lekarz)

REKOMENDACJE

Aby rozpoznać sytuację zagrożenia dobra dziecka i podjąć adekwatne działania należy:

- Wprowadzić procedury interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka we wszystkich placówkach ochrony zdrowia.
- Podnosić wiedzę pracowników ochrony zdrowia z zakresu rozpoznawania krzywdzenia dzieci, czynników ryzyka, sposobów reakcji oraz procedur, w tym:
 - wprowadzić do programów studiów medycznych zajęcia dotyczące problematyki krzywdzenia dzieci oraz umiejętności rozmawiania z pacjentami z trudnymi doświadczeniami,
 - przeprowadzać regularne szkolenia dla pracowników medycznych,
 - przeprowadzać regularne wystąpienia na konferencjach medycznych, dotyczące tematu krzywdzenia dzieci oraz procedur interwencji w sytuacji krzywdzenia,
 - opracować broszurę informacyjną dla pracowników ochrony zdrowia na temat problemu krzywdzenia dzieci, czynników ryzyka oraz procedury zgłaszania.
- Poprawić współpracę interdyscyplinarną, w tym:
 - rozpoznać dobre praktyki innych krajów w zakresie funkcjonowania w placówkach ochrony zdrowia zespołów interdyscyplinarnych, badających zgłoszenia podejrzeń krzywdzenia dziecka i podejmujących interwencję oraz przeprowadzić pilotażowy program w celu zaadaptowania takich praktyk w Polsce,
 - udrożnić przepływ informacji zarówno wewnątrz placówki, jak i z zewnętrznymi służbami oraz dostarczać informacje zwrotne osobom, które dokonały zgłoszenia w przypadku krzywdzenia dziecka,
 - zatrudnić pracownika socjalnego lub położną środowiskową, którzy mogliby przeprowadzić wywiad środowiskowy w przypadku podejrzeń krzywdzenia.
- Zapewnić szeroko dostępne usługi z zakresu zdrowia psychicznego, w tym:
 - zagwarantować dostęp do wsparcia psychologicznego wszystkim dzieciom, które trafiają do placówek ochrony zdrowia i u których występuje podejrzenie, że mają doświadczenia krzywdzenia,
 - rozwijać ofertę wsparcia i leczenia w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a także ich rodziców.
- Wspierać personel medyczny w profilaktyce i zgłaszaniu przypadków krzywdzenia dzieci, w tym:
 - zapewnić wsparcie merytoryczne profesjonalistom w postaci dedykowanej infolinii,
 - przeanalizować procedurę „Niebieskie Karty” pod kątem łatwości wypełniania przez pracowników medycznych,
 - inwestować w profilaktykę i wzmacniać rolę personelu medycznego w tym działaniu.

BIBLIOGRAFIA

- Butchart, A., Harvey, A. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Genewa: World Health Organization.
- Herendeen, PA., Blevins, R., Anson, E., Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 2014, 28(1), 1–7.
- Izdebska, A., Lewandowska, K. (2012). Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 39(2).
- Kluczyńska, S., Wrona, G. (2013). *Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia*.
- Łukowska, K. (2013). Grupa robocza jako narzędzie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy – postawy, kompetencje i oczekiwania. Pobrano z: https://www.parpa.pl/images/file/Przemoc_grupy_robocze.pdf.
- Makaruk, K. (2016). Ochrona małych dzieci przed krzywdzeniem zapewniana przez pielęgniarki i położne. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3).
- Mazurczak, K., Szredzińska, R. (2016). *Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci – podręcznik dla realizatorów*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- MRPiPS (2019). *Sprawozdanie z Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r.* Warszawa.
- Oblacińska, A., Woynarowska, B. (2002). *Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania Lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami: poradnik dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*. Warszawa: IMiD ZMS.
- Oblacińska, A., Ostrenga, W. (2003). *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej: poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów*. Warszawa: IMiD ZMS.
- Szredzińska, R., Podlewska, J., Włodarczyk, J. (2019). *Analiza polskiego systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem*.
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, JR., Asnes, A., Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447–454.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005 Nr 180 poz. 1493).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 1997 nr 89 poz. 555).
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. 1964 nr 43 poz. 296).
- Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M. (2018). *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań*.