

Broszura powstała w ramach projektu, którego celem było opracowanie i sprawdzenie w praktyce narzędzi pomagających pracownikom ochrony zdrowia zweryfikować podejrzenie występowania przemocy w rodzinie wobec dzieci i osób dorosłych.

Broszura jest podzielona na dwie części.

Pierwsza część dotyczy sytuacji krzywdzenia osoby dorosłej - zawiera kompendium wiedzy o psychologicznych mechanizmach przemocy w rodzinie, przydatne informacje prawne oraz opis kwestionariusza pomocnego przy ocenie ryzyka występowania przemocy i propozycję algorytmu (modelu) postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy.

Druga część dotyczy sytuacji krzywdzenia dzieci w rodzinie - zawiera podstawowe informacje o specyficznej sytuacji dzieci doświadczających przemocy oraz o przebiegu procedury „Niebieskie Karty”. Przedstawiono tu także kwestionariusz czynników ryzyka i algorytm postępowania w sytuacji krzywdzenia dziecka.

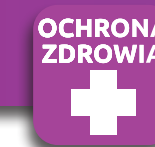
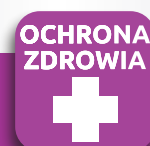
Obydwa narzędzia (dla dorosłych i dla dzieci) zostały przetestowane przez pracowników ochrony zdrowia (od września 2014 do marca 2015 roku) i uzyskały ich pozytywną rekomendację. Zachęcamy do używania ich zawsze, gdy jest taka potrzeba.

Więcej informacji o narzędziach i projekcie na stronie www.algorytmy.niebieskalinia.pl



Postępowanie w związku z wystąpieniem przemocy w rodzinie

Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia



Spis treści

CZĘŚĆ I

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC OSOBY DOROSŁEJ – oprac. Piotr Antoniak

Wprowadzenie.....	3
Zjawiska charakterystyczne dla relacji pomiędzy osobą doświadczającą przemocy a osobą stosującą przemoc.....	4
Obowiązujące zapisy i procedury	7
Lokalny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie	10
Kwestionariusz oceny występowania przemocy w rodzinie – wobec osoby dorosłej	12

CZĘŚĆ II

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC DZIECKA – oprac. Piotr Hartmann

1. Wprowadzenie.....	17
2. Szczególne aspekty pracy z dzieckiem doświadczającym przemocy w rodzinie.....	17
3. Obowiązujące przepisy prawne	18
4. Procedura Niebieskie Karty.....	19
5. Zespół Interdyscyplinarny	20
6. Kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie (wersja dla dzieci).....	21
7. Propozycja algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie (wersja dla dzieci)	23
8. Informacje dodatkowe	25

CZĘŚĆ I

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC OSOBY DOROSŁEJ – oprac. Piotr Antoniak

1. Wprowadzenie

Celem niniejszego opracowania jest przygotowanie pracowników ochrony zdrowia do stosowania proponowanego narzędzia, jakim jest algorytm postępowania w przypadkach przemocy w rodzinie w sytuacjach, gdy pacjentem jest osoba dorosła.

Odpowiedź na pytanie, dlaczego pracownik ochrony zdrowia powinien reagować na przypadki przemocy w rodzinie jest oczywista. Warto wymienić na początku choćby dwa powody:

- Ustawa z dn. 29 lipca 2005 r., o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180, poz. 1493; oraz Ustawa z dn. 10 czerwca 2010 r., o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2010 r., Nr 125, poz. 842)
- Misją pracowników ochrony zdrowia jest ratowanie zdrowia a często też życia pacjentów a przemoc w rodzinie jest doświadczeniem urazowym powodującym konsekwencje zdrowotne u osób jej doświadczających.
- Pierwszy z wymienionych powodów jest formalny. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie po pięciu latach swojego istnienia doczekała się nowelizacji wraz, z którą weszły w życie rozporządzenia i zmiany, które powinny ułatwić możliwości reagowania na przemoc w rodzinie. W praktyce bywa różnie. Z całą pewnością można jednak stwierdzić, że ustawa w obowiązującym kształcie zaleca (promuje) ideę współpracy w zakresie reagowania na przypadki przemocy w rodzinie pomiędzy przedstawicielami różnych instytucji.

„Ileokroć w ustawie mowa o przemocy w rodzinie – należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych lub innych osób wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą (art. 2, ust. 1).

Przemoc charakteryzuje się tym, że:

- **jest intencjonalna**

Przemoc jest zamierzonym działaniem człowieka i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary.

- **siły są nierówne**

W relacji jedna ze stron ma przewagę nad drugą. Ofiara jest słabsza, a sprawca silniejszy.

- **narusza prawa i dobra osobiste**

Sprawca wykorzystuje swoją przewagę i narusza podstawowe prawa ofiary.

- **powoduje cierpienie i ból**

Sprawca naraża zdrowie ofiary na poważne szkody. Niekiedy zagraża jej życiu. Doświadczenie bólu i cierpienia sprawia, że ofiara ma mniejszą zdolność do samoobrony.

USTAWOWA DEFINICJA PRZEMOCY W RODZINIE

Z perspektywy pracownika ochrony zdrowia szczególną uwagę zwracają dwa fragmenty ustawowej definicji. Pierwszy, że działanie osoby stosującej przemoc naraża osobę doświadczającą przemocy na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia. Drugi, że takie działanie powoduje szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby doświadczającej przemocy. Warto zauważyć, że wspomniany wcześniej powód formalny nawiązuje wreszcie do misji pracowników ochrony zdrowia, jaką jest pomoc pacjentowi w odzyskaniu zdrowia a nawet działania mające na celu uratowanie życia. Przemoc w rodzinie wnosi specyficzny kontekst do spektrum problemów, z jakimi może się zetknąć pracownik ochrony zdrowia. Do takiego kontekstu należy fakt, że źródłem problemów/objawów, z jakimi pacjent trafia do placówki ochrony zdrowia jest zachowanie bliskiej osoby. Dlatego wydaje się niezbędnym zapoznanie z najbardziej charakterystycznymi mechanizmami występującymi w relacji pomiędzy osobą stosującą przemoc a osobą doświadczającą przemocy.

2. Zjawiska charakterystyczne dla relacji pomiędzy osobą doświadczającą przemocy a osobą stosującą przemoc

Mimo iż od niespełna 20 lat w Polsce dynamicznie rozwija się ruch na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie to nadal dorosłe osoby doświadczające przemocy w rodzinie są obarczane odpowiedzialnością za sytuację, w której się znalazły. To stereotypowe podejście niezgodne z prawdą rodzi postawę, która uniemożliwia skuteczne udzielenie pomocy, która w przypadku pracowników ochrony zdrowia nie ograniczałaby się do opatrywania urazów i likwidowania dokuczliwych objawów, ale pozwoliłaby usunąć przyczynę problemów zdrowotnych takich osób. Tą przyczyną jest przemoc w rodzinie wraz z wszystkimi mechanizmami, które negatywnie wpływają na kondycję osób doświadczających przemocy. Poniżej zostały przedstawione najważniejsze zjawiska charakterystyczne dla relacji osoby doświadczającej przemocy z osobą stosującą przemoc.

CYKLE PRZEMOCY

1. Faza narastania napięcia

Badania LEONOR WALKER wykazały, że związki, w których kobiety doświadczają przemocy ze strony sprawcy przechodzą przez trzy fazy powtarzającego się cyklu:

W tej fazie sprawca jest zazwyczaj porytowany, napięty, czepia się o wszystko. Ofiara stara się go uspokajać poprzez spełnianie zachcianek i nawet najtrudniejszych zadań wierząc, że wreszcie usunie przyczynę irytacji i zapobiegnie jej narastaniu. Energia ofiary jest skoncentrowana na wszystkich możliwych działaniach, które pozwoliłyby uniknąć kolejnej awantury. Prawda jest taka, że ofiara nie może nic zrobić by uniknąć kolejnej fazy oraz zaczyna czuć się odpowiedzialna za zachowanie sprawcy.

Już w tej fazie osoba doświadczająca przemocy ponosi koszty. Mogą pojawić się u niej problemy ze zdrowiem, ale koncentracja na drugiej osobie na ogół powoduje, że nie szuka ona dla siebie pomocy. W czasie występowania tej fazy pracownik ochrony zdrowia, zwłaszcza w trybie ambulatoryjnym może zetknąć się z osobami doświadczającymi przemocy, którzy szukają specjalistów, którzy udzielą pomocy bliskiej im osobie. Z relacji wielu osób doświadczających przemocy wynika, że wierzą one, że jeśli zachowanie bliskiej osoby wykracza poza ogólnie przyjęte normy to pewnie jest wynikiem jakiegoś zaburzenia lub choroby. W przypadku występowania problemu nadużywania alkoholu lub/i innych środków psychoaktywnych przez osobę stosującą przemoc wysiłki osoby

doświadczającej przemocy są skierowane na „walkę” z problemem nadużywania substancji psychoaktywnej, która jest postrzegana, jako jedyna przyczyna złego zachowania bliskiej osoby.

W tej fazie sprawca staje się gwałtowny, wpada w furię. Znajdując w zachowaniu ofiary pretekst dla siebie wywołuje awanturę używając poza przemocą fizyczną również innych jej form. Ofiara może być wtedy poważnie pobita, zraniona, czasem jest zagrożone jej życie. Wtedy najczęściej ofiara decyduje się na szukanie pomocy lub/i różne służby mają do niej dostęp (np.. Pogotowie, lekarz pierwszego kontaktu, policja).

W zależności od rodzaju występującej przemocy w konkretnym przypadku różny będzie zakres objawów u osoby doświadczającej przemocy. Przemoc fizyczna najczęściej będzie widoczna dla pracownika ochrony zdrowia przez widoczne objawy. Pozostałe rodzaje przemocy: psychiczna (zwana inaczej emocjonalną), seksualna oraz ekonomiczna mogą być mniej jednoznaczne w objawach. W tym miejscu może mieć duże znaczenie:

- charakter placówki, do której trafia osoba pokrzywdzona (w przypadku placówki ambulatoryjnej zbyt mała ilość czasu na przeprowadzenie wywiadu z pacjentem oraz stworzenie bezpiecznej atmosfery do ujawnienia prawdy o prawdziwym źródle objawów, urazów, dolegliwości),
- wiedza i doświadczenie pracownika ochrony zdrowia w zakresie rozpoznawania przemocy w rodzinie (znajomość podstawowych mechanizmów występujących w przemocy oraz specyficznego funkcjonowania osób doświadczających przemocy,
- zachowanie osoby stosującej przemoc (czasem jest to osoba, która wzywa pomoc do osoby poszkodowanej na miejsce zdarzenia, towarzyszenie osobie poszkodowanej w placówce ochrony zdrowia, chęć udzielenia wywiadu na temat przyczyn urazu (nieprawdziwych). Tym, co może wzbudzić wątpliwości pracownika ochrony zdrowia to silna niechęć (czasem protesty) takiej osoby towarzyszącej do pozostawienia osoby poszkodowanej samej podczas badania.

Kiedy słucha się osób pokrzywdzonych, można odnieść wrażenie, jak gdyby mówiły o sobie dwoma głosami. Jeden, przejmujący, mówi o bólu, cierpieniu osoby skrzywdzonej, drugi – oskarżający, wytyka wszystkie słabe strony i obarcza odpowiedzialnością za wszystko. Gdy takim osobom chce się udzielić pomocy z zewnątrz, one zaprzeczają trudnościom osobistym. Takie zachowanie w oczywisty sposób utrudnia proces diagnostyczny i uruchomienie niezbędnych kroków mających na celu przede wszystkim bezpieczeństwo osoby poszkodowanej.

W tej fazie sprawca okazuje skruchę i miłość zwłaszcza, gdy ofiara ujawni prawdę na zewnątrz. Sprawca zaczyna się wtedy zachowywać tak jak ofiara sobie tego życzy. Ofiara ma wówczas do czynienia z przeprosinami sprawcy, który obiecuje poprawę tłumacząc często, że nie pamięta aktu przemocy. Jest czuły i troskliwy, zapewnia o swojej miłości. Do przeprosin sprawca często dodaje prezenty i własne łzy, czemu ofiara nie może się oprzeć. Sprawca i ofiara zachowują się jak świeżo zakochana para. Ofiara zaczyna wierzyć w to, że partner się zmienił i że przemoc była jedynie incydentem. Czuje się kochana, myśli, że jest dla niego ważna i znowu go kocha. Spełniają się jej marzenia o cudownej miłości, odczuwa bliskość i zespolenie z partnerem. Konsekwencje, jakie powinien brać pod uwagę pracownik ochrony zdrowia mający kontakt z osobami doświadczającymi przemocy to:

- faza miodowego miesiąca zatrzymuje ofiarę w cyklu przemocy, bo łatwo pod jej wpływem zapomnieć o koszmarze pozostałych dwóch faz;

2. Faza ostrej przemocy

3. Faza miodowego miesiąca

TEORIA WYUCZONEJ BEZRADNOŚCI

- jednak faza miodowego miesiąca mija i znowu rozpoczyna się faza narastania napięcia;
- faza miodowego miesiąca niesie zagrożenie, ponieważ przemoc w następnym cyklu bywa zazwyczaj gwałtowniejsza;
- w tej fazie ofiara przemocy najczęściej nie szuka pomocy a te osoby, które wcześniej podjęły jakieś kroki wycofują się z przekonaniem, że sprawca dotrzyma danego słowa a kontynuowanie tych spraw będzie burzyć „wspaniałą” atmosferę (jest to trudny moment dla osób udzielających pomocy).

Według **MARTINA SELIGMANA** wyuczona bezradność jest poddaniem się, zaprzestaniem działania, które wynika z przekonania, że cokolwiek się zrobi nie będzie to miało żadnego znaczenia.

Wyuczona bezradność jest uznawana, jako jeden z podstawowych objawów występujących u osób doznających przemocy. Skutki wyuczonej bezradności u ofiar przemocy to:

- **deficyty poznawcze** – które polegają na uogólnionym przekonaniu, iż nie ma takich sytuacji, w których możliwy jest wpływ na bieg wydarzeń („w mojej sytuacji nic nie można zrobić”, „nikt nie jest w stanie mi pomóc”);
- **deficyty motywacyjne** – polegają na tym, że osoba zachowuje się biernie, jest zrezygnowana, nie podejmuje żadnych działań, aby zmienić swoją sytuację;
- **deficyty emocjonalne** – ofiary przemocy przeżywają stany apatii, lęku, depresji, uczucia zmęczenia, niekompetencji i wrogości.

Szczególną uwagę należy poświęcić skutkom wyuczonej bezradności. Jeden z czołowych twórców koncepcji poznawczo-behawioralnej lekarz Aaron Beck zwraca uwagę jak wielką wagę na znak naszych emocji i zachowanie ma sposób postrzegania świata (w tym konkretnych sytuacji i naszych doświadczeń). W związku z tym, jeśli pacjent jest silnie przekonany, że pomoc w jego przypadku nie jest możliwa może nie ujawniać prawdziwego źródła objawów, urazów, dolegliwości i nie uczestniczyć w procesie pomocowym. Dla pracownika ochrony zdrowia w bezpośrednim kontakcie z osobą pokrzywdzoną ten charakterystyczny sposób zachowania, wypowiedzi może stanowić ważny trop na drodze rozpoznawania przemocy w rodzinie. Wyuczona bezradność czasami jest pojmowana w sposób stereotypowy. Niektórym osobom doświadczającym przemocy zarzuca się brak podejmowania jakichkolwiek prób zmiany swojej sytuacji. Prawda jest taka, że osoby doświadczające przemocy podejmują wiele (jednak nieskutecznych) prób wydostania się z urazowej sytuacji.

ZJAWISKO „PRANIA MÓZGU”

Badania nad przemocą w rodzinie pozwoliły wyodrębnić najbardziej typowe zachowania sprawców przemocy, stosujących technikę „prania mózgu”, do których zalicza się: izolację, monopolizację uwagi, doprowadzenie do wyczerpania, wywoływanie lęku i depresji, naprzemiennosc kary i nagrody, demonstrowanie wszechmocy i wszechwładzy, wymuszanie drobnych przysług. Stosowanie techniki „prania mózgu”, prowadzi do wielu regresywnych zmian w osobowości ofiar. Skutkiem tego jest ich bezradność, zanik krytycznego myślenia, powrót do myślenia życzeniowego, czasami zanik uczuć wyższych. Procesy „prania mózgu” powodują całkowite podporządkowanie, utratę poczucia własnej wartości i własnych przekonań oraz bezkrytyczne przyjmowanie rzeczywistości, wykreowanej przez sprawcę.

SYNDROM SZTOKHOLMSKI

To stan psychiczny, który pojawia się u ofiar porwania lub u zakładników, wyrażający się odczuwaniem sympatii i solidarności z osobami je przetrzymującymi. Nazwa syndromu wiąże się ze słynnym napadem na Kreditbanken w Norrmalmstorg, dzielnicy Sztokholmu, podczas którego napastnicy przez kilka dni (między 23 a 28 sierpnia

1973) przetrzymywali zakładników. Ludzie przebywający w takich sytuacjach przez dłuższy czas nie widzą innego sposobu na przeżycie jak tylko emocjonalne związanie się z **oprawcą**. Ten związek jednak jest dla nich niebezpieczny gdyż nie potrafią się z niego uwolnić i robią wszystko by trwał. Posuwają się nawet do kłamstw, brania winy na siebie za przestępstwa popełniane przez oprawcę, a nawet do czynnej agresji w stosunku do ludzi próbujących wyzwolić ich spod jarzma toksycznego związku. Oprawcą może być każdy, kto jest bliską osobą ofiary: matka, ojciec, dziecko, partner, żona, mąż, przypadkowy człowiek, który okazuje się przestępcą itd.



3. Obowiązujące zapisy i procedury

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU PRZEMOCY W RODZINIE

Art. 12

1. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.
2. Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

KODEKS POSTĘPOWANIA CYWILNEGO

Art. 572.

- § 1. Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.
- § 2. Obowiązek wymieniony w § 1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

KODEKS POSTĘPOWANIA KARNEGO

Art. 304

- § 1. Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję. Przepis **art. 191 przesłuchanie świadka**, § 3 stosuje się odpowiednio.
- § 2. Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.
- § 3. Zawiadomienie o przestępstwie, co do którego prowadzenie śledztwa przez prokuratora jest obowiązkowe, lub własne dane świadczące o popełnieniu takiego przestępstwa Policja przekazuje wraz z zebranymi materiałami niezwłocznie prokuratorowi.

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU PRZEMOCY W RODZINIE

Art. 3. 1. Osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się **bezpłatnej pomocy**, w szczególności w formie:

- 1) poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego;

**OBOWIĄZEK
REAGOWANIA**

BEZPŁATNA POMOC

- 2) interwencji kryzysowej i wsparcia;
- 3) ochrony przed dalszym krzywdzeniem, przez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystania ze wspólnie zajmowanego z innymi członkami rodziny mieszkania oraz zakazanie kontaktowania się i zbliżania się do osoby pokrzywdzonej;
- 4) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- 5) badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie;
- 6) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, która nie ma tytułu prawnego do zajmowanego wspólnie ze sprawcą przemocy lokalu, pomocy w uzyskaniu mieszkania.

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (wzór zaświadczenia znajduje się na końcu publikacji)

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z 2009 r. Nr 206, poz. 1589 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

2. Procedura „Niebieskie Karty”

Do 2011 roku w Polsce procedura „Niebieskie Karty” funkcjonowała w dwóch instytucjach w Policji i pomocy społecznej. Zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie promującymi współpracę służb i instytucji na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie do wszczynania procedury „Niebieskie Karty” upoważniono oprócz Policji i Pomocy Społecznej pracowników trzech kolejnych instytucji, w tym ochrony zdrowia.

Art. 9d. 2. (z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

2. Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie.

Warto zwrócić uwagę, że pracownik ochrony zdrowia mogący rozpocząć procedurę „Niebieskie Karty” nie musi mieć **pewności** czy w przypadku konkretnego pacjenta można mówić o doświadczaniu przemocy w rodzinie. Procedura „Niebieskie Karty” ma służyć wyjaśnieniu sytuacji w życiu konkretnej osoby i jej rodziny i zweryfikowaniu podejrzenia, do czego ustawowo jest powołany m.in. pracownik ochrony zdrowia mając na uwadze zdrowie i życie pacjenta.

Art. 9d. 4 i 5 (z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

4. Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta” w przypadku powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie.

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia procedurę „Niebieskie Karty” oraz wzory formularzy „Niebieska Karta” wypełnianych przez przedstawicieli podmiotów realizujących procedurę „Niebieskie Karty”, mając na względzie skuteczność działań wobec osób dotkniętych przemocą w rodzinie i dobro tych osób.”

Dnia 13 września 2011 roku weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. nr 209, poz. 1245).

Poniżej został przedstawiony przebieg procedury „Niebieskiej Karty”:

Karta A – wypełniana przy interwencji. Przed wejściem w życie rozporządzenia z dnia 13.09.2011 roku interwencję (polegającą na wszczęciu procedury „Niebieskiej Karty”) jak wyżej wspomniano uruchamiali pracownicy policji i pomocy społecznej. Skutkowało to najczęściej tym, że na przedstawicielach tychże instytucji spoczywał ciężar zweryfikowania sytuacji w konkretnej rodzinie i udzielenia właściwej pomocy. Obecnie pracownicy: Policji, Pomocy Społecznej jak i trzech innych instytucji (Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Oświaty i Ochrony Zdrowia) pracują w ramach lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, który później zostanie opisany szczegółowo. Z uwagi na możliwość rozpoczynania procedury przez przedstawicieli 5 instytucji formularz karty „A” jest rozbudowany i znajdują się w nim części (I-XV; XVII i XIX-XXI) wspólne dla wszystkich przedstawicieli instytucji wymienionych w art. 9d ust. 2. Są też takie, adresowane do specyficznych, zawodowych kompetencji (w przypadku pracowników ochrony zdrowia np. część XVIII). § 7. 1. (z rozporządzenia z dnia 13.09.2011 roku). Przekazanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta – A” do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury. *Jeśli pracownik ochrony zdrowia nie zna dokładnego adresu lokalnego zespołu interdyscyplinarnego wystarczy, że skontaktuje się z miejscowym właściwym dla miejsca zamieszkania pacjenta ośrodkiem pomocy społecznej, który najczęściej jest siedzibą również zespołu interdyscyplinarnego.*

Karta B – przekazywana osobie pokrzywdzonej. Warto w tym miejscu dodać, że tę kartę powinna otrzymać osoba dorosła wobec, której pracownik ochrony zdrowia podejrzewa, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Ważne by oprócz treści prawnych zawartych w karcie pacjent otrzymał konkretną informację, do jakiego miejsca w pobliżu może się udać po pomoc specjalistyczną. To wymaga od pracownika ochrony zdrowia wiedzy na temat funkcjonujących na terenie jego działalności instytucji zajmujących się pomocą osobom doświadczającym przemocy, co pozwala m.in. czuć się częścią lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W innym przypadku można posłużyć się bazą teleadresową specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/baza-teleadresowa/> lub wyszukiwarką na stronie Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia PTP <http://www.niebieskalinia.pl/pomoc>.

Karta C – wypełniana przez członków Zespołu Interdyscyplinarnego/ Grupy Roboczej (skład Zespołu Interdyscyplinarnego i Grupy Roboczej zostaną opisane później) w trakcie spotkania z osobą pokrzywdzoną (lub jako plan pracy). Pracownik ochrony zdrowia może być zaproszony do składu grupy roboczej, zwłaszcza, jeśli jest osobą, która rozpoczęła procedurę wypełniając kartę „A”. Uczestnicząc w grupie roboczej osoba taka może uzupełnić opis sytuacji osoby wobec, której istnieje podejrzenie, że doświadcza przemocy o inne informacje (jeśli takie posiada) niezawarte w karcie „A”. Może to dotyczyć takich sytuacji, kiedy pacjent przed posiedzeniem grupy

Przebieg procedury „Niebieskie Karty”

roboczej ponownie pojawił się w placówce ochrony zdrowia (z kolejnymi urazami lub podczas kolejnej wizyty uzupełnił posiadany przez pracownika ochrony zdrowia wywiad). Obecność pracownika ochrony zdrowia w spotkaniu grupy roboczej z osobą wobec, której istnieje podejrzenie, że doświadcza przemocy w rodzinie może mieć istotne znaczenie jeszcze z innego powodów. Jednym z nich mogą być szczególne kompetencje pracownika ochrony zdrowia do nawiązania kontaktu z pacjentem i stworzenia bezpiecznej atmosfery podczas spotkania. Innym to poczucie bezpieczeństwa pacjenta, które zostało zapoczątkowane podczas wizyty w placówce ochrony zdrowia sprzyjające ujawnieniu problemu i pozyskaniu pacjenta do realizacji planu nakreślonego przez członków grupy roboczej. Wydaje się ważne by członkowie grupy roboczej podczas spotkania poświęcili przede wszystkim skoncentrowali się na kontakcie z osobą wobec, której istnieje uzasadnione podejrzenie, że doświadcza przemocy w rodzinie a nie na wypełnianiu formularza karty „C”. Taką uważność również może zagwarantować obecność pracownika ochrony zdrowia w spotkaniu grupy roboczej.

Karta D – wypełniana przez członków Zespołu Interdyscyplinarnego/ Grupy Roboczej w trakcie spotkania z osobą stosującą przemoc. Dla pracownika ochrony zdrowia jak i dla niektórych członków grupy roboczej spotkanie z osobą wobec, której istnieje uzasadnione podejrzenie, że stosuje przemoc może to być kolejnym. Może to dotyczyć wcześniej wspomnianej okoliczności towarzyszenia osobie wobec, której istnieje podejrzenie, że doświadcza przemocy w rodzinie w placówce ochrony zdrowia. Również i podczas tego spotkania warto podkreślić, że celem samym w sobie nie jest wypełnienie formularza karty „D”, ale kontakt osobowy mający na celu rozpoznanie problemu przemocy w rodzinie a w przypadku jego występowania pozyskanie osoby wobec, której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie do udziału w realizacji planu pomocy rodzinie. Sprzyjać temu będzie postawa nieoceniająca osobę, ale jej zachowanie.

ZAKOŃCZENIE PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY”

1. Zakończenie procedury następuje w przypadku:
 - 1) ustania przemocy w rodzinie i uzasadnionego przypuszczenia o zaprzestaniu dalszego stosowania przemocy w rodzinie oraz po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy albo
 - 2) rozstrzygnięcia o braku zasadności podejmowania działań.
2. Zakończenie procedury wymaga udokumentowania w formie **protokołu** podpisanego przez przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego, który powinien zawierać:
 - dane dotyczące osób, wobec których realizowana była procedura;
 - datę rozpoczęcia i zakończenia procedury;
 - opis podjętych działań w ramach procedury.
3. O zakończeniu procedury powiadamia się podmioty uczestniczące w procedurze po jej zakończeniu.

4. Lokalny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Art. 6. ust. 2. (ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

Do **zadań własnych gminy** należy w szczególności tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym:

1. opracowanie i realizacja gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie;

2. prowadzenie poradnictwa i interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie w szczególności poprzez działania edukacyjne służące wzmocnieniu opiekuńczych i wychowawczych kompetencji rodziców w rodzinach zagrożonych przemocą w rodzinie;
3. zapewnienie osobom dotkniętym przemocą w rodzinie miejsc w ośrodkach wsparcia;
4. tworzenie zespołów interdyscyplinarnych.

Art. 9a. (ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

1. Gmina podejmuje działania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w szczególności w ramach pracy w zespole interdyscyplinarnym.
- 2. Zespół interdyscyplinarny** powołuje wójt, burmistrz albo prezydent miasta.
3. W skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi przedstawiciele:
 - 1) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
 - 2) gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
 - 3) Policji;
 - 4) oświaty;
 - 5) ochrony zdrowia;**
 - 6) organizacji pozarządowych.
4. W skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi także kuratorzy sądowi.
5. W skład zespołu interdyscyplinarnego mogą wchodzić także prokuratorzy oraz przedstawiciele podmiotów innych niż określone w ust. 3, działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Do zadań Zespołu Interdyscyplinarnego należy tworzenie i nadzorowanie realizacji gminnych programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie, monitorowanie zjawiska przemocy w rodzinie, wyznaczanie priorytetów działań i finansowania, zlecenie badań, inicjowanie kampanii edukacyjnych, pozyskiwanie środków i partnerów, lobbing u lokalnych władz i inne w zależności od potrzeb. Skład Zespołu Interdyscyplinarnego powinien być stały, reprezentatywny dla danej instytucji. Oznacza to, że o skuteczności lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie decyduje czy do zespołu zostały powołane osoby decyzyjne (w przypadku ochrony zdrowia może to być dyrektor ZOZ, dyrektor szpitala, kierownik przychodni itp.).

Art. 9a (ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

10. W ramach zespołu interdyscyplinarnego tworzy się grupy robocze w celu rozwiązywania problemów związanych z wystąpieniem przemocy w rodzinie w indywidualnych przypadkach.
11. W skład grup roboczych wchodzi przedstawiciele:
 - 1) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
 - 2) gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
 - 3) policji;
 - 4) oświaty;
 - 5) ochrony zdrowia.
12. W skład grup roboczych mogą wchodzić także kuratorzy sądowi, a także przedstawiciele innych podmiotów, specjaliści w dziedzinie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Grupy robocze inaczej możemy nazwać zadaniowymi. Ich członkowie powinni zajmować się rozwiązywaniem problemów konkretnych osób i rodzin, tzw. „praca z przypadkiem”. To, co powinno pomóc odróżnić grupę roboczą od zespołu interdyscyplinarnego to jej zmienny skład, który jest dostosowany do przypadku konkretnej rodziny.

Art. 9 b (ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

3. Do zadań grup roboczych należy między innymi:

- 1) opracowanie i realizacja planu pomocy w indywidualnych przypadkach wystąpienia przemocy;
- 2) monitorowanie sytuacji rodzin, w których dochodzi do przemocy oraz rodzin zagrożonych wystąpieniem przemocy;
- 3) dokumentowanie działań podejmowanych wobec rodzin, w których dochodzi do przemocy oraz efektów tych działań.

Jednym z częstszych dylematów pracowników ochrony zdrowia wpisanych przez ustawodawcę w skład pracowników innych instytucji powołanych do Zespołów Interdyscyplinarnych, grup roboczych i udziału w procedurze „Niebieskiej Karty” jest tajemnica zawodowa (czyli informacje uzyskane w trakcie wykonywania czynności służbowych). Jak w wielu przypadkach również i w tym ważna będzie odpowiedź na pytanie: **Czy chcę udzielać pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie?** Innym pytaniem może być: **W ilu przypadkach mogę być pewien/pewna, że zdrowie i życie mojego pacjenta (który może doświadczać przemocy w rodzinie) nie jest zagrożone?**

Odpowiedź na pierwsze pytanie powinna być jednoznaczna, w przypadku drugiego trudno choćby o zbliżoną statystykę. Uczestnicząc w zespołach interdyscyplinarnych czy grupach roboczych warto zwrócić znowu uwagę na zapisy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, które mogą pomóc rozstrzygnąć poruszany dylemat.

Art. 9c.

1. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3, mogą przetwarzać dane osób dotkniętych przemocą w rodzinie i osób stosujących przemoc w rodzinie dotyczące: stanu zdrowia, nałogów, skazań, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, bez ich zgody i wiedzy osób, których dane te dotyczą.
2. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych zobowiązani są do zachowania **poufności** wszelkich informacji i danych, które uzyskali przy realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3. Obowiązek ten rozciąga się także na okres po ustaniu członkostwa w zespole interdyscyplinarnym oraz grupach roboczych.
3. Przed przystąpieniem do wykonywania czynności, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3 członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych składają organowi, o którym mowa w art. 9a ust. 2, oświadczenie o następującej treści:
... „Oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałem przy realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie oraz, że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym.”

5. Kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie wobec osoby dorosłej

Pomimo istniejących narzędzi, procedur i przepisów prawnych wydaje się, że dostrzeżenie symptomów przemocy (w postaci podejrzenia) może zależeć przede wszystkim od cech indywidualnych pracownika ochrony zdrowia. Mogą do nich należeć:

- wyczulenie na ten problem (np. mogą tu mieć znaczenie osobiste doświadczenia z przemocą w rodzinie),
- wrażliwość,



- chęć zaangażowania w sytuację pacjenta,
- wiedza na temat przemocy w rodzinie,
- decyzja, żeby nie tylko zastosować leczenie skoncentrowane na objawach, ale spróbować oddziaływać na przyczynę tych objawów (jaką może być przemoc w rodzinie).

Proponowany kwestionariusz do szacowania ryzyka powinien być traktowany przez pracowników ochrony zdrowia, jako narzędzie pomocnicze w celu zweryfikowania swoich wątpliwości a nie obowiązkowy punkt wizyty. Kwestionariusz nie ma zastąpić istniejących, wypracowanych procedur reagowania na przypadki przemocy w rodzinie zwłaszcza w placówkach stacjonarnych. Dlatego dobrym określeniem może być **narzędzie wspomagające** pracownika ochrony zdrowia. Stąd wprowadzenie kwestionariusza szacowania ryzyka może mieć realny wpływ na weryfikowanie wątpliwości i podejmowanie decyzji o interwencji. Biorąc pod uwagę różny charakter placówek zdrowia (np. ambulatoryjna, stacjonarna, publiczna, prywatna, zajmująca się poszczególnymi aspektami zdrowia) oraz różnorodność osób zatrudnionych w ochronie zdrowia (np. lekarze – różnych specjalności, pielęgniarki, psychologowie, rehabilitanci, salowe, osoby pracujące w rejestracji itd.) przy tworzeniu kwestionariusza do szacowania ryzyka skupiono się na działaniach, które podejmują pracownicy ochrony zdrowia. Wydaje się, że podzielenie tych działań ze względu na ich rodzaj pozwoli uzyskać jedno narzędzie możliwe do stosowania w różnych placówkach ochrony zdrowia i przez różnych pracowników w nich pracujących.

Punkty należące do tej części kwestionariusza będą koncentrowały się na tym, w jaki sposób pacjent w kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia funkcjonuje. Obserwacja pacjenta (jego zachowania, wypowiedzi) może pozwolić na weryfikację tego, co wynika z innych czynności wykonanych w placówce ochrony zdrowia (np. zebrany wywiad, badanie lekarskie). Obserwacji zachowania pacjenta może dokonać każdy pracownik ochrony zdrowia (np. osoba pracująca w rejestracji, pielęgniarka, lekarz podczas badania) nawet, jeśli pacjent nie mówi wprost o problemie przemocy w rodzinie.

PROPONOWANE PUNKTY DO TEJ CZĘŚCI:

1. Pacjentka/ pacjent boi się mówić (odpowiadać na pytania)
 2. U pacjentki/pacjenta można zaobserwować nadmierne wycofanie/lęk/poczucie winy (proszę właściwe podkreślić)
 3. Pacjentka/pacjent przejawia niechęć/obawę przed opuszczeniem placówki ochrony zdrowia
 4. U pacjentki/pacjenta bezpośrednio przed opuszczeniem placówki ochrony zdrowia pojawiają się/nasilają się objawy chorobowe (proszę właściwe podkreślić)
- Dla pracownika ochrony zdrowia w tej części pomocne mogą być odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy pacjent/pacjentka podczas kontaktu przejawia nadmierną nieufność?
- Czy pacjent/pacjentka w widoczny sposób tłumi swoje emocje?
- Czy pacjent/pacjentka przejawia zachowania agresywne? (np. wybuchowość)
- Czy pacjent/pacjentka przejawia potrzebę nadmiernego kontrolowania sytuacji?
- Czy pacjent/pacjentka przejawia brak pewności siebie/zdecydowania?

Jeśli są takie okoliczności, że pacjentowi (u którego pracownik ochrony zdrowia podejrzewa występowanie przemocy w rodzinie) ktoś towarzyszy w placówce ochrony zdrowia to obserwacja ich kontaktów i relacji może dostarczyć wielu cennych informacji, których nie da się czasem uzyskać z obserwacji samego pacjenta. Wcześniej wspomniano, że osobą towarzyszącą pacjentowi może być sama osoba stosująca przemoc, która również i nad pobytem pacjenta w placówce ochrony zdrowia chce mieć kontrolę a przede wszystkim dopilnować by właściwe źródło objawów nie zostało przez pacjenta ujawnione.

**OBSERWACJA
ZACHOWANIA
PACJENTA/
PACJENTKI**

**OBSERWACJA
ZACHOWANIA OSÓB
TOWARZYSZĄCYCH
PACJENTOWI/
PACJENTCE
(ICH RELACJI)**

BADANIE LEKARSKIE

PROPONOWANE PUNKTY DO TEJ CZĘŚCI:

1. Osoba towarzysząca pacjentce/pacjentowi nie dopuszcza jej/go do głosu, sama odpowiadając na pytania pracownika ochrony zdrowia.
2. Osoba towarzysząca nie chce zostawić pacjentki/pacjenta sam na sam z pracownikiem ochrony zdrowia.

Dla pracownika ochrony zdrowia w tej części pomocne mogą być odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy widoczny jest duży stopień zależności pacjentki/pacjenta od osoby towarzyszącej?(brak samodzielności pacjentki/pacjenta)
- Czy osoba towarzysząca pacjentce/pacjentowi prezentuje chęć nadmiernego kontrolowania sytuacji?

Badanie lekarskie pozwala uściślić otrzymane wcześniej bądź później informacje o sytuacji pacjenta. Znajomość anatomii ciała człowieka oraz (w razie potrzeby) specjalistyczne urządzenia do oceny stanu zdrowia mogą wychwycić obecność tzw. objawów nieprzypadkowych wynikających z ingerencji z zewnątrz w postaci urazu mechanicznego i/lub takich, które mają bezpośredni wpływ na pogarszające się samopoczucie pacjenta.

PROPONOWANE PUNKTY DO TEJ CZĘŚCI:

1. Podczas badania pacjentki/pacjenta zauważono zmiany wskazujące na urazy nieprzypadkowe.
2. Historia pacjentki/pacjenta (w postaci dokumentacji medycznej i/lub wynikająca z przekazu ustnego) wskazuje na powtarzające się urazy mechaniczne.

Jednym z pytań, na które w tej części powinien odpowiedzieć sobie pracownik ochrony zdrowia to:

- Czy pacjent/pacjentka zgłasza nawracające dolegliwości somatyczne, które nie świadczą o leżącej u ich podłoża przyczynie somatycznej?

WYWIAD Z PACJENTKĄ/ PACJENTEM I/LUB JEJ/JEGO RODZINĄ

Jak ważne narzędzie w pracy stanowi wywiad z pacjentką/pacjentem i/lub jej/jego rodziną nie trzeba pracownikom ochrony zdrowia przekonywać. W tej części warto zwrócić uwagę czy opis zdarzenia nie odpowiada rodzajom obrażeń. Z różnych powodów pacjent/pacjentka mogą zgłosić się do placówki ochrony zdrowia z objawami (obrażeniami), które utrzymują się od jakiegoś czasu (już zaczęły się same goić). Takie osoby muszą ukrywać chęć znalezienia pomocy medycznej, głównie z powodu lęku przed osobą stosującą przemoc. Dbając o bezpieczne warunki do przeprowadzenia wywiadu warto zadawać pytania wprost o przemoc (pytania zamknięte) z przekonaniem, że odpowiedzi na nie mogą pomóc ocenić występowanie i/lub stopień zagrożenia zdrowia i życia pacjenta/pacjentki.

PROPONOWANE PUNKTY DO TEJ CZĘŚCI:

1. Pacjentka/Pacjent jest (lub kiedykolwiek była/był) źle traktowana/traktowany przez osobę bliską.
2. Pacjentka/Pacjent została/został zraniona/zraniony fizycznie przez osobę bliską (raz, czy więcej razy?)
3. Osoba dopuszczająca się przemocy groziła pacjentce/pacjentowi pozbawieniem jej/jego życia.
4. Osoba dopuszczająca się przemocy próbowała pacjentkę/pacjenta pozbawić życia.
5. Z powodu sytuacji domowej pacjentkę/pacjenta nachodzą myśli o tym, żeby zakończyć swoje życie.
6. Osoba dopuszczająca się przemocy grozi pacjentce/pacjentowi posiadaną bronią.
7. Osoba dopuszczająca się przemocy nadużywa alkoholu i/lub innych środków psychoaktywnych.
8. Osoba dopuszczająca się przemocy leczy się psychiatrycznie.
9. Pacjentka/pacjent próbowała/ próbował targnąć się na swoje życie z powodu sytuacji domowej.

DOROŚLI

KWESTIONARIUSZ OCENY RYZYKA WYSTĘPOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEĆ DOROŚLEGO

**OCHRONA
ZDROWIA**

W przypadku wystąpienia czynników ryzyka proszę zaznaczyć X w kratce.
Na podstawie zaznaczonych punktów w kwestionariuszu możesz wykonać kroki według
proponowanego algorytmu.

1. Pacjentka/Pacjent przejawia niechęć/obawę przed opuszczeniem placówki ochrony zdrowia.....
2. U pacjentki/pacjenta bezpośrednio przed opuszczeniem placówki ochrony zdrowia pojawiają się/nasilają się objawy chorobowe (proszę właściwie podkreślić).....
3. Z powodu sytuacji domowej pacjentkę/pacjenta nachodzą myśli o tym, żeby zakończyć swoje życie.....

Zaznaczenie jednego z punktów 1-3:
proszę rozważyć pozostawienie pacjentki/pacjenta w placówce ochrony zdrowia w celu dalszych badań (w przypadku placówki ambulatoryjnej proszę skierować do właściwego szpitala)

4. Osoba dopuszczająca się przemocy groziła pacjentce/pacjentowi pozbawieniem jej/jego życia.....
5. Osoba dopuszczająca się przemocy próbowała pacjentkę/pacjenta pozbawić życia.....

Zaznaczenie jednego z punktów 4-5:
proszę rozważyć zatrzymanie pacjentki/pacjenta w placówce ochrony zdrowia i wezwanie policji

6. Pacjentka/Pacjent boi się mówić (odpowiadać na pytania pracownika ochrony zdrowia).....
7. U pacjentki/pacjenta można zaobserwować nadmierne (nieadekwatne do sytuacji) wycofanie/lęk/poczucie winy (proszę właściwie podkreślić).....
8. Osoba towarzysząca pacjentce/pacjentowi nie dopuszcza jej/go do głosu, sama odpowiadając na pytania pracownika ochrony zdrowia.....
9. Osoba towarzysząca nie chce zostawić pacjentki/pacjenta sam na sam z pracownikiem ochrony zdrowia.....

Zaznaczenie dwóch lub więcej z punktów 6-9:
proszę zadbać o bezpieczne warunki do badania bez osób towarzyszących pacjentce/pacjentowi

10. Podczas badania pacjentki/pacjenta zauważono zmiany wskazujące na urazy nieprzypadkowe.....
11. Historia pacjentki/pacjenta (w postaci dokumentacji medycznej i/lub wynikająca z przekazu ustnego) wskazuje na powtarzające się urazy mechaniczne.....

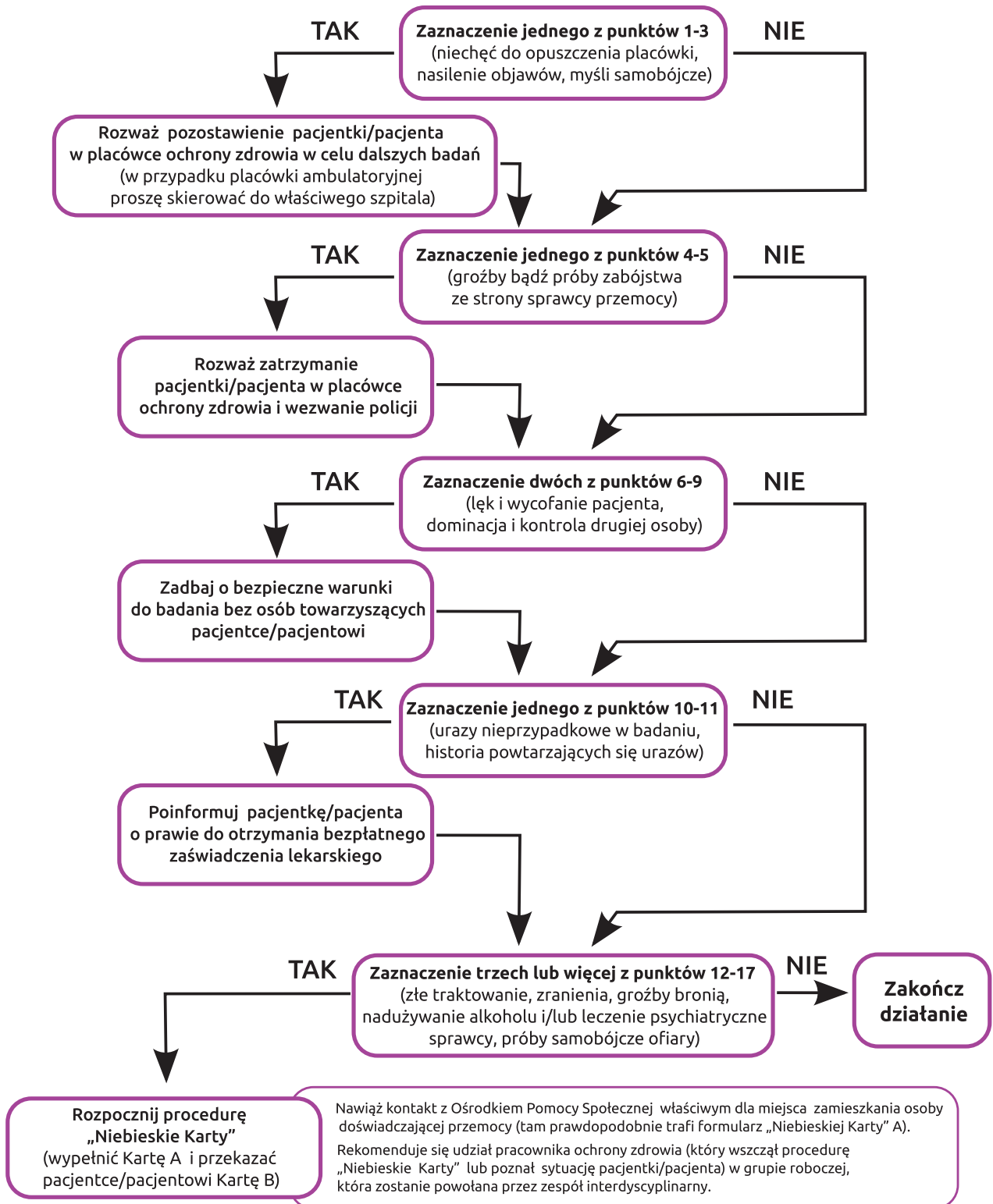
Zaznaczenie jednego z punktów 10-11:
proszę poinformować pacjentkę/pacjenta o prawie do otrzymania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie

12. Pacjentka/Pacjent jest (lub kiedykolwiek była/był) źle traktowana/traktowany przez osobę bliską.....
13. Pacjentka/Pacjent została/został zraniona/zraniony fizycznie przez osobę bliską (raz, czy więcej razy?).....
14. Osoba stosująca przemoc grozi pacjentce/pacjentowi posiadaną bronią.....
15. Osoba stosująca przemoc nadużywa alkoholu i/lub innych środków psychoaktywnych.....
16. Osoba stosująca przemoc leczy się psychiatrycznie.....
17. Pacjentka/pacjent próbowała/ próbował targnąć się na swoje życie z powodu sytuacji domowej.....

Zaznaczenie trzech lub więcej z punktów 12-17:
proszę rozpocząć procedurę „Niebieskie Karty” (wypełnić Kartę A i przekazać pacjentce/pacjentowi Kartę B)

DOROŚLI**PROPOZYCJA ALGORYTMU POSTĘPOWANIA
W PRZYPADKU PODEJRZENIA PRZEMOCY
W RODZINIE WOBEC OSOBY DOROSŁEJ****UCHRONA
ZDROWIA**

Jeżeli masz wątpliwości czy Twoja/Twój pacjentka/pacjent doświadcza przemocy w rodzinie skorzystaj z kwestionariusza w celu podjęcia odpowiednich kroków.



CZĘŚĆ II

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC DZIECKA – oprac. Piotr Hartmann

1. Wprowadzenie

Problem krzywdzenia dzieci budzi wiele emocji, ale zagrożenie z niego wynikające jest często niedoceniane przez pracowników ochrony zdrowia. Wynikać to może zarówno z braku uświadomienia osób, które zawodowo zajmują się pomocą dzieciom, w kwestii celowego zadawania cierpienia dziecku przez osobę dorosłą, jak i z niewystarczających kompetencji w obszarze postępowania z ofiarą przemocy. Brak koniecznej interwencji wynika zatem z braku wiedzy o możliwościach pomocy dziecku doświadczającemu przemocy w rodzinie.

Ustawa o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie ⁽¹⁾ w artykule 2 definiuje przemoc w rodzinie jako: „Jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.” Mimo, że definicja ta jest bardzo szeroka, rozpoznanie przypadków przemocy cały czas następuje w wielu wątpliwości.

Należy pamiętać o tym, że przedstawiciel ochrony zdrowia może być pierwszą, a często również jedyną osobą, która uzyskała informacje o stosowaniu przemocy w rodzinie. Od jego postępowania może zależeć dalsze życie pacjenta doświadczającego przemocy. Proponowane algorytmy mają służyć poprawie kompetencji i skuteczności podejmowanych działań.

2. Szczególne aspekty pracy z dzieckiem doświadczającym przemocy w rodzinie

Dzieci są szczególnie narażone na doświadczanie przemocy w rodzinie. Pozycja zależności od sprawcy (sprawców), w której się znajdują, połączona z silnymi więzami uczuciowymi, powoduje że w wielu przypadkach ujawnienie krzywdzenia dziecka przez rodziców jest bardzo trudne. Dziecko może nie uświadamiać sobie, że to czego doświadcza ze strony swoich rodziców, jest przemocą.

Do ujawnienia bądź podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie dochodzi zazwyczaj w trakcie kontaktu dziecka z pracownikiem ochrony zdrowia w związku z nagłym zachorowaniem bądź koniecznością przeprowadzenia badań profilaktycznych. Są także sytuacje, w których o przemocy dziecko opowiada w sposób bezpośredni.

Rozmowa z dzieckiem musi uwzględniać jego wiek, stopień rozwoju i wrażliwość emocjonalną. Musi być przeprowadzona w bezpiecznym miejscu, w warunkach zapewniających możliwość swobodnego poruszania się. Należy stworzyć atmosferę zaufania, zapewnić o możliwości udzielenia realnej pomocy i wykazać zrozumienie dla niewiedzy dziecka. W trakcie rozmowy należy posługiwać się przykładami i zapewnić o tym, że sytuacja zmieni się na lepsze. Należy unikać dawania obietnic

bez pokrycia (zwłaszcza dotyczy to kwestii zachowania w tajemnicy usłysanych informacji), zadawania pytań zamkniętych i sugerujących odpowiedzi. Rozmowa powinna być prowadzona tylko do momentu uzyskania niezbędnych informacji (uzasadniających wszczęcie dalszych procedur), ale nie należy jej przedwcześnie kończyć, jeżeli dziecko chce dalej mówić.

Ważną kwestią jest również przeprowadzenie rozmowy z rodzicami. Biorąc pod uwagę fakt, że w większości przypadków, krzywdzenie dziecka wynika z braku umiejętności wychowawczych lub powielania nieprawidłowych wzorców, celem naszego postępowania powinna być poprawa funkcjonowania rodziny i zaprzestanie stosowanie przemocy. Nie zawsze wymaga to podjęcia działań prawnych skierowanych przeciwko rodzicom.

3. Obowiązujące przepisy prawne

Krzywdzenie dziecka jest przestępstwem, którego różne formy uwzględnia kodeks karny (kk). Możemy mówić między innymi o: znęcaniu się (art. 207 kk), porzuceniu (art. 210 kk), rozpijaniu małoletniego (art. 208 kk), uprowadzeniu (art. 211 kk), wykorzystaniu seksualnym (art. 199, 200 kk), udostępnianiu pornografii (art. 202 kk), zmuszaniu do prostytucji (art. 203, 204 kk). Przestępstwa te ścigane są z urzędu, co oznacza, że organy państwowe (policja, prokuratura) prowadzą postępowanie, jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie, że zostało popełnione przestępstwo.

Obowiązek zawiadomienia Policji lub Prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa określa Kodeks postępowania karnego (Art. 304)⁽²⁾:

- 1) *Każdy, kto dowiedział się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.*
- 2) *Institucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są zobowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.*

Jest to obowiązek społeczny, dotyczący każdego obywatela.

W sytuacjach dotyczących przemocy wobec dzieci, należy pamiętać również o obowiązku zawiadomienia sądu opiekuńczego, co określa Kodeks postępowania cywilnego (Art. 572)⁽³⁾:

- 1) *Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.*
- 2) *Obowiązek wymieniony w §1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuraturach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.*

Najbardziej zdecydowanie i szczegółowo, obowiązki związane z podejrzeniem przemocy w rodzinie określa Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Art. 12):

- 1) *Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.*

2) Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.



Niezwykle istotne jest sformułowanie, które nakłada obowiązek interwencji nie tylko w przypadku wykonywania określonych obowiązków służbowych, ale również ogólnie – zawodowych. W ten sposób przepis objął lekarzy zatrudnionych na umowach cywilno-prawnych oraz działających w ramach własnej praktyki, jak też doraźnie udzielających pierwszej pomocy.

Zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa najlepiej złożyć w formie pisemnej. Formę ustną można wykorzystać w sytuacji nagłego zagrożenia (zawiadamiając telefonicznie Policję). W zawiadomieniu do Prokuratury umieszczamy opis zdarzenia, dane osoby pokrzywdzonej i sprawcy (jeżeli jest znany). Powinniśmy również dołączyć informację o dostępnych dowodach rzeczowych. Zakres informacji powinien być na tyle dokładny, aby uzasadniał wszczęcie postępowania, ale jednocześnie należy unikać szczegółów medycznych, które nie mają związku ze sprawą.

4. Procedura Niebieska Karta

Rozpoczęcie „Procedury Niebieska Karta” może nastąpić w przypadku, gdy osoba wykonująca zawód medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny) w toku wykonywanych czynności służbowych lub zawodowych, powezmą podejrzenie przemocy w rodzinie. W przypadku dzieci, wszczęcie procedury może nastąpić w obecności rodzica, który nie krzywdzi dziecka lub w obecności innej osoby bliskiej dla dziecka, a także opiekuna faktycznego.

Brak możliwości nawiązania kontaktu z osobą podejrzewaną o bycie pokrzywdzoną przemocą w rodzinie lub jej opiekunem, nie stanowi przeszkody we wszczęciu procedury (w szczególności można ją rozpocząć np. już po wypisaniu pacjenta ze szpitala).

Wszczęcie procedury następuje w momencie wypełnienia formularza Niebieska Karta A.

Formularz wypełniamy zgodnie z instrukcją w nim zawartą, udzielając wyczerpujących informacji na pytania. Z względu na konstrukcję formularza, niektóre pola mogą pozostać niewypełnione, co nie jest błędem. Jednocześnie na końcu formularza jest miejsce na uzupełnienie informacji o kwestie, które nie zostały zawarte w formularzu.

Mimo, że nie ma takiego pola w druku „Niebieska Karta”, dobrze jest uzupełnić dane pacjenta o datę urodzenia i wiek, a na końcu formularza umieścić informacje pozwalające na kontakt z osobą wypełniającą formularz (np. numer telefonu). W części dotyczącej informacji uzupełniających można umieścić dokładny opis sytuacji, która spowodowała wszczęcie procedury.

Po wypełnieniu i podpisaniu należy wykonać kopię formularza, która pozostaje u osoby wszczynającej procedurę. Formularz Niebieska Karta nie stanowi dokumentacji medycznej i jego kopia powinna być przechowywana zgodnie z procedurami ustalonymi dla danego podmiotu leczniczego. Stanowi to zabezpieczenie przed wglądem w formularz przez sprawców przemocy, którzy mogą być uprawnieni do uzyskania dokumentacji medycznej poprzez fakt sprawowania prawnej opieki (w przypadku dzieci).

Oryginał formularza należy przekazać w ciągu 7 dni od daty wypełnienia do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego działającego na obszarze zamieszkania

osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Adresem Zespołu Interdyscyplinarnego jest adres właściwego dla miejsca zamieszkania Ośrodka Pomocy Społecznej. Formularz powinien być przesłany w zamkniętej kopercie zaadresowanej „do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego ... (nazwa Zespołu) ...”. Dobrze jest również umieścić na kopercie wyraźny napis „Niebieska Karta”, aby uniknąć dostępu do formularza osób niepowołanych (wyłącznie członkowie Zespołu Interdyscyplinarnego mogą być zapoznawani z zawartością formularza).

Formularz „Niebieska Karta B”, przekazujemy rodzicowi lub opiekunowi prawnemu lub opiekunowi faktycznemu, którego nie podejrzewamy o krzywdzenie dziecka. W przypadku braku możliwości wręczenia formularza „Niebieska Karta B” osobie pokrzywdzonej przemocą lub niekrzywdzącemu opiekunowi osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej, formularza nie przekazuje się.

Po wszczęciu Procedury Niebieska Karta, należy zadbać o zabezpieczenie ofiary przemocy poprzez następujące działania:

- Zabezpieczenie materiału dowodowego (w szczególności w postaci dokładnie prowadzonej dokumentacji medycznej).
- Poinformowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie o przysługujących jej prawach.
- Zapewnienie osobie pokrzywdzonej przemocą w rodzinie bezpieczeństwa i intymności (w szczególności w czasie zbierania wywiadu dotyczącego przemocy w rodzinie)
- Zawiadomienie organów ścigania
- Zawiadomienie o możliwości uzyskania i ewentualne wydanie „Zaświadczenia o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie”⁽⁴⁾
- Zapewnienie wsparcia psychologicznego
- Rozważenie hospitalizacji pacjenta (w szczególności w przypadku konieczności zapewnienia bezpieczeństwa)
- Udział w pracy grupy roboczej powołanej przez Zespół Interdyscyplinarny do pracy z rodziną.

Wszczęcie procedury nie wyklucza innych działań, w szczególności zawiadomienia Sądu Rodzinnego (w przypadku dzieci), Policji lub Prokuratury (zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia ściganego z urzędu przestępstwa przemocy w rodzinie). Prowadzone postępowanie karne nie wstrzymuje żadnych działań związanych z Procedurą Niebieska Karta, również po zakończeniu tego postępowania i niezależnie od jego wyniku.

5. Zespół Interdyscyplinarny

Zespół Interdyscyplinarny do Spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie powoływany jest przez Wójta Gminy lub Prezydenta Miasta, którego zadaniem jest przeciwdziałanie przemocy w rodzinie na terenie gminy (lub dzielnicy w przypadku Warszawy), w szczególności poprzez koordynację prowadzonego postępowania w ramach Procedury Niebieska Karta. Siedziba Zespołu Interdyscyplinarnego mieści się zazwyczaj w Ośrodku Pomocy Społecznej (Gminnym, Miejskim lub Dzielnicowym), który zapewnia jego obsługę organizacyjno-techniczną.

W skład zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych wchodzi przedstawiciele: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia, organizacji pozarząd-

dowych, kuratorzy sądowi oraz przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Po otrzymaniu formularza „Niebieska Karta” Przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego zapoznaje z nim pozostałych członków Zespołu. W tym momencie podejmowania jest decyzja o powołaniu grupy roboczej. Szczegółowe zasady powoływania grup są określone w regulaminie lub organizacji pracy Zespołu.

W skład Grupy Roboczej wchodzi osoby, które mają (lub będą miały) bezpośredni kontakt z rodziną. Jej skład może się zmieniać w trakcie prowadzenia procedury. Kluczowymi członkami Grupy Roboczej są zwykle pracownik socjalny i dzielnicowy. W skład grupy mogą wchodzić również: kurator, psycholog, pedagog szkolny, wychowawca klasy, pielęgniarka środowiskowa, przedstawiciel komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, lekarz. Grupa może również zapraszać inne osoby w charakterze ekspertów w konkretnych dziedzinach.



6. Kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie

Kwestionariusz w Tabeli A zawiera czynniki ryzyka występowania przemocy w rodzinie wobec dziecka. Są one podzielone na dane z wywiadu, obserwacji dziecka oraz badania przedmiotowego. Stwierdzenie występowania tych czynników, powinno spowodować uwzględnienie w diagnostyce różnicowej u danego pacjenta, możliwości występowania przemocy w rodzinie. Szczególną czujność należy zachować w przypadku stwierdzenia objawów alarmowych.

Należy podkreślić, że stwierdzenie czynników ryzyka nie potwierdza jednoznacznie występowania przemocy w rodzinie, ale nakazuje uwzględnienie takiego rozpoznania. Jednocześnie osoba zajmująca się dzieckiem, w ramach własnych kompetencji, może wysunąć takie podejrzenie, nawet przy braku wymienionych czynników ryzyka.

Tabela B służy do oceny bezpośredniego zagrożenia dla dziecka, w związku z występowaniem przemocy w rodzinie. Może być ona wykorzystana do oceny konieczności zapewnienia bezpieczeństwa dziecku poprzez podjęcie działań doraźnych (zawiadomienie Policji lub Prokuratury, odebranie dziecka z rodziny, hospitalizacja).



KWESTIONARIUSZ OCENY RYZYKA WYSTĘPOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC DZIECKA



A. Czynniki ryzyka

WYWIAD

- Niewytłumaczalna zwłoka w zgłoszeniu się do lekarza
- niespójny wywiad, zmiana danych w wywiadzie
- Różnice w wywiadzie zebrany od rodziców lub opiekunów i od dziecka
- Leczenie z daleka od miejsca zamieszkania
- Zmiany szpitali, poradni, lekarzy
- Brak jakiegokolwiek dokumentacji medycznej
- Nie realizowanie zaleceń lekarskich
- Pozostawianie dziecka bez opieki
- Brak realizacji obowiązku szkolnego

ZACHOWANIE DZIECKA

- Obniżona samoocena
- Zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi
- Zachowania destrukcyjne lub autodestrukcyjne
- Nadmierna agresywność lub nadmierna apatia
- Dolegliwości psychosomatyczne
- Depresja i stany lękowe
- Tiki, zaburzenia mowy
- Lęk dziecka przed bliskością (dotknięciem, przytulaniem)
- Nadmierne podporządkowanie się poleceniom dorosłych
- Lęk dziecka przed powrotem do domu
- Brak lub nieodpowiednie zachowania społeczne

BADANIE PRZEDMIOTOWE

- Brak zgody na pełne badanie przedmiotowe (brak zgody na pełne badanie/rozebranie dziecka)
- Podawanie nieprawdopodobnych mechanizmów urazów/zachorowań
- Powtarzające się urazy w wywiadzie
- Objawy zaniedbania w wyglądzie i ubiorze pacjenta
- Oparzenia punktowe
- Ślady urazów, które nie były podane w wywiadzie
- Zaburzenia rozwoju psychofizycznego (w tym zaburzenia rozwoju mowy)

OBJAWY ALARMOWE

- **Mnogie urazy, w różnych fazach gojenia**
- **Uraz niemożliwy u dziecka w danym wieku**
- **Linijna granica oparzeń („rękawiczkowe” i „skarpetkowe”)**
- **Ślady zastosowanego narzędzia**
- **Dziecko opowiada o przemocy w domu**
- **Zaobserwowana agresja (w tym słowna) rodzica wobec dziecka**

B. Ocena zagrożenia

1. Sprawca spowodował bezpośrednie zagrożenie dla życia dziecka.....
2. Dziecko wymaga hospitalizacji na skutek przemocy w rodzinie.....
3. Istnieje uzasadnione podejrzenie zagrożenia życia dziecka w najbliższej przyszłości.....
4. Brak rodzica lub innej osoby bliskiej, która nie krzywdzi dziecka.....

Zaznaczenie jednego lub więcej punktów 1-4 kwalifikuje zagrożenie jako wysokie

Informacje na temat dziecka:

5. Wiek do lat 6.....
6. Niepełnosprawność (fizyczna i/lub psychiczna).....
7. Choroba przewlekła.....
8. Potrzeba pomocy medycznej w związku z przemocą w rodzinie w wywiadzie.....
9. Zachowania autoagresywne związane z przemocą w rodzinie.....
10. Jedno z rodziców jest ofiarą przemocy w rodzinie.....
11. Oznaki zaniedbywania dziecka.....

Zaznaczenie jednego lub więcej punktów 5-11 zwiększa zagrożenie.

Informacje na temat sprawcy:

12. Agresywna reakcja na informację o podejrzeniu przemocy w rodzinie.....
13. Zachowanie agresywne wobec dziecka w obecności świadków.....
14. Sprawca był już karany za przestępstwo przemocy w rodzinie.....
15. Wobec sprawcy stosowano dozór kuratora sądowego.....
16. Sprawca nadużywa alkoholu, leków lub środków psychoaktywnych.....
17. Sprawca posiada broń lub inne niebezpieczne narzędzia.....
18. Sprawca nadmiernie kontroluje dziecko.....

7. Propozycja algorytmu postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie (wersja dla dzieci)



Przedstawiona propozycja pozwala na określenie procedury postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie. Podejrzenie może wynikać z użycia kwestionariusza wymienionego w punkcie 6, ale także może być rezultatem własnych obserwacji lub uzyskania informacji od dziecka lub innej osoby.

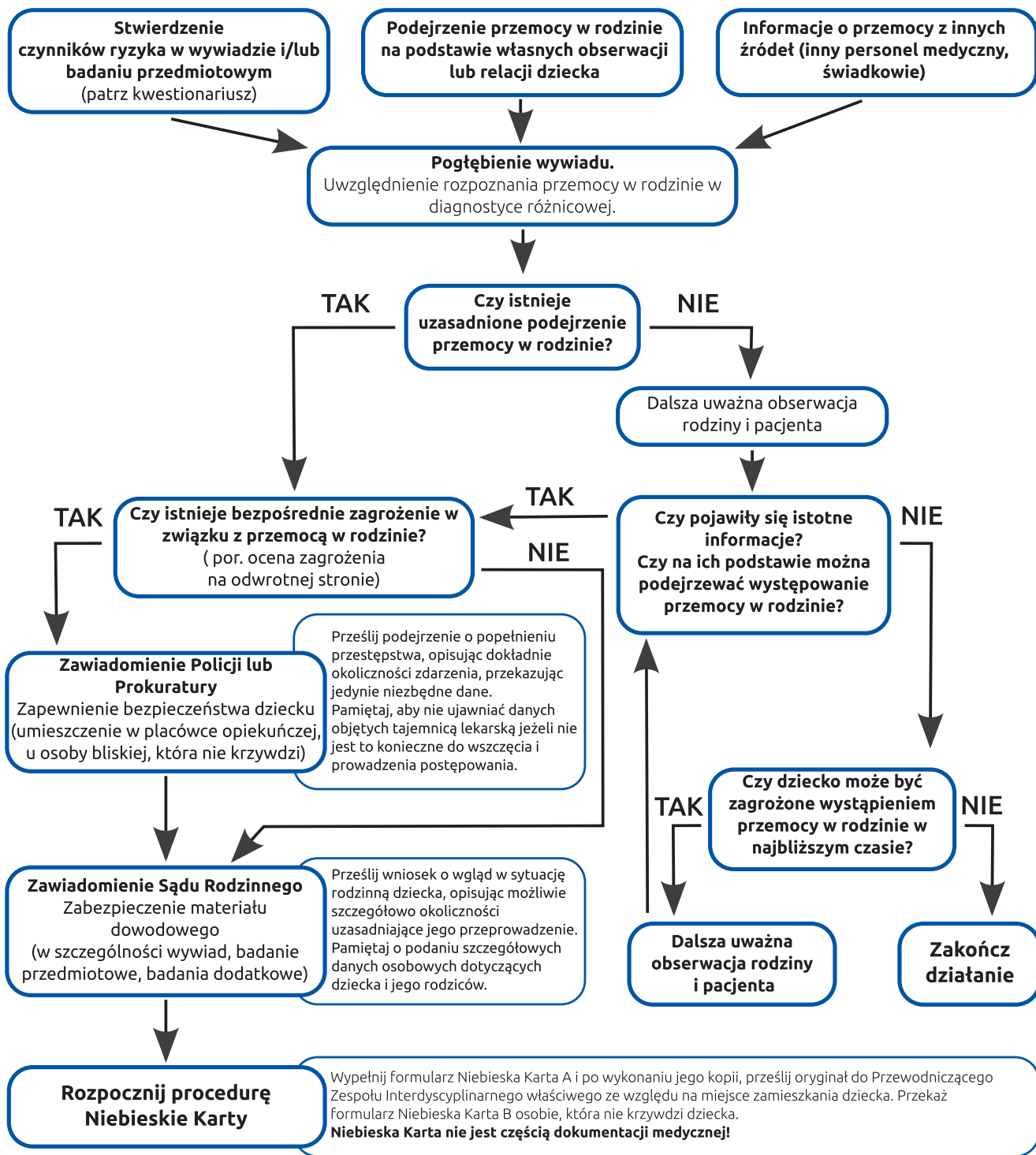
Algorytm ułatwia podjęcie skutecznej interwencji poprzez określenie kolejnych etapów postępowania.



PROPOZYCJA ALGORYTMU POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PODEJRZENIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC DZIECKA



W przypadku każdego pacjenta lekarz może być pierwszą lub nawet jedyną osobą, która podejrzewa przemoc w rodzinie. Wywiad i badanie przedmiotowe mogą dostarczyć cennych informacji pod warunkiem świadomości istnienia problemu. Algorytm jest jedynie narzędziem pomocniczym i nie wyklucza innych możliwości działania.



Algorytm ani obowiązujące przepisy prawne nie zwalniają personelu ochrony zdrowia z dopełnienia należytej staranności w opiece nad pacjentem. W każdym przypadku pierwszeństwo ma ratowanie życia i zdrowia dziecka.

8. Informacje dodatkowe



Podstawowym i nadrzędnym celem działania procedury jest zatrzymanie przemocy, realizowane przez poprawę funkcjonowania rodziny, poprzez oddziaływanie na jej poszczególnych członków. Dzięki możliwości współpracy interdyscyplinarnej, możliwe jest dokładne rozpoznanie sytuacji i kompleksowe działania pomocowe. Środki karne mogą być (ale nie muszą) narzędziem służącym do realizacji celu procedury.

Należy pamiętać, że przedstawiony kwestionariusz i algorytm postępowania nie wyczerpują wszystkich możliwości działania przedstawiciela ochrony zdrowia w przypadkach podejrzenia przemocy w rodzinie. Jednocześnie zawsze najbardziej istotną sprawą jest ratowanie życia i zdrowia dziecka. Podejmowanie działań prawnych możemy w tym przypadku odłożyć do czasu ustabilizowania się stanu pacjenta.

Ważne akty prawne:

1. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie (Dz. U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493; Dz. U. z 2009 r. Nr 209, poz. 1589; Dz. U. z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842)
2. Kodeks postępowania karnego – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 98, poz. 555 z późniejszymi zmianami)
3. Kodeks postępowania cywilnego – Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późniejszymi zmianami).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2010 r. Nr 201, poz. 1334)
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1245)

WZÓR

**Zaświadczenie lekarskie
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała
związanych z użyciem przemocy w rodzinie**

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej

.....

2. Adres zamieszkania osoby badanej

.....

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej (jeśli posiada)

.....

4. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie

.....

5. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu

.....

.....

.....

6. Pełna nazwa świadczeniodawcy*) wystawiającego zaświadczenie

.....

.....

7. Data i godzina przeprowadzenia badania.....

.....

8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia

.....

9. Opinia o stanie zdrowia osoby badanej, będąca wynikiem przeprowadzonego badania, ze szczególnym
uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń ciała oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania

.....

.....

.....

.....

.....
(czytelny podpis i pieczęć lekarza)

*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

