

Rola lekarza dentysty w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci

Pod redakcją Macieja Michalaka



25 lat Konwencji
o Prawach Dziecka

I. MICHALAK • M. MICHALAK • M. PAULO

Rola lekarza dentysty w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci

Warszawa 2015

Autorzy tekstów merytorycznych:
lek. dent. Izabela Michalak
lek. dent. Maciej Michalak
lek. dent. Michał Paulo
kontakt z autorami: stopprzemocy@ptss.pl

Rozdział prawny przygotowano
w Biurze Rzecznika Praw Dziecka

Skład i łamanie:
Adam Niewęglowski
www.adamniewglowski.pl

Copyright by
Warszawa 2015



ISBN: 978-83-943247-0-4

Wydawnictwo:

dti Dental
Tribune
International

DTI MEDIA
ul. gen. Romana Abrahama 18 lok. 168
03-982 Warszawa tel. 606 202 508

SPIS TREŚCI

Przedmowa	6
Słowo wstępu	8
Informacje ogólne dotyczące przemocy wobec dzieci	13
Ważna i wyjątkowa rola lekarza dentysty	29
Obraz objawów przemocy w badaniu stomatologicznym	49
Przepisy obligujące do zgłoszenia zdarzenia mającego znamiona przestępstwa	71
Załączniki	77

PRZEDMOWA

Podstawowym zadaniem każdego lekarza dentystry jest rozpoznanie chorób w obrębie jamy ustnej i ich leczenie. Nie wolno przy tym zapominać, że zgodnie z art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wydaje się zatem, że lekarz dentysta powinien zareagować również w sytuacji gdy na fotelu rozpozna dziecko, wobec którego stosowana jest przemoc, zarówno fizyczna jak i psychiczna. Zobowiązują go do tego również m. in. treść art. 304 Kodeksu postępowania karnego. W myśl §1 tego przepisu „Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję”.

Informacje o dzieciach, które są krzywdzone psychicznie, fizycznie, wykorzystywane seksualnie czy też skrajnie zaniedbane, budzą wiele emocji. W polskiej literaturze brak pozycji poświęconych roli lekarzy dentystrów w rozpoznawaniu obja-

wów przemocy wśród najmłodszych pacjentów. Tą książką pragniemy zwrócić uwagę na problem i rozpocząć dyskusję nie tylko o nowych zadaniach lekarza, ale całego personelu gabinetu stomatologicznego: asystenek, higienistek czy recepcjonistek.

Bezdiskusyjnie stan jamy ustnej może zdradzać różne formy wykorzystywania i przemocy, co czyni rolę lekarza dentystry w zauważeniu objawów niepożądanych działań, w stosunku do dziecka, tak ważną i wyjątkową. Stomatolog posiada bardzo dobrą pozycję do wizualnej oceny siedzącego lub leżącego na fotelu pacjenta. Może bez większego problemu dostrzec niepokojące oznaki na twarzy, szyi oraz odsłoniętych częściach ciała dziecka.

Większość urazów w jamie ustnej powstaje przypadkowo. Są jednak takie (np. naderwanie wędzidełka u dziecka poniżej 2 r. życia), które mogą być objawem przemocy i nie należy ich lekceważyć. Rozbieżna historia choroby dziecka, nieregularne wizyty, niespójne tłumaczenie rodziców na temat przyczyny urazu dziecka oraz nienaturalne zachowanie dziecka, powinny wzbudzić podejrzliwość lekarza dentystry.

W wyciąganiu wniosków niezbędna jest jednak ostrożność i powściągliwość. Diagnoza lekarza dentysty w kierunku stwierdzenia przemocy wobec dzieci musi mieć szczególnie rzetelny i obiektywny charakter. Nie każdy uraz lub niepokojące zachowanie dziecka jest objawem przemocy. Pamiętajmy, błędna diagnoza może skrzywdzić dziecko oraz jego rodziców i otoczenie.

W książce wielokrotnie przytaczamy przykłady schematów postępowania lub rekomendacji funkcjonujących w niektórych krajach europejskich, m. in. Szwecji, Norwegii i Anglii. Polityka ochrony dzieci, algorytm postępowania w przypadku opuszczania umówionych wizyt przez dziecko, przykładowy list do rodziców dziecka, które po raz kolejny nie pojawia się w gabinecie — to wzorce, z którymi warto się zapoznać i w miarę możliwości adaptować do warunków polskiego systemu opieki stomatologicznej.

Nasza książka podejmuje temat trudny i ciągle tajemniczy dla wielu lekarzy dentystów. Mamy nadzieję, że lektura zachęci ich do jeszcze uważniejszej diagnozy pacjentów i podejmowania odważnych i mądrych decyzji. Dzięki takiej postawie polskie gabinety stomatologiczne staną się jeszcze bardziej przyjazne najmłodszym pacjentom.

Niniejsza publikacja nie powstała by bez zaangażowania i merytorycznej opieki wielu autorytetów. Szczególne podziękowania składamy na ręce tych, którzy zainspirowali nas do podjęcia tematu: prof. Görana Dahllöfa i dr Therese Kvist ze Szwecji, dr Anne Rønneberg z Norwegii oraz Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka.

Za cenne wskazówki jesteśmy wdzięczni: prof. dr hab. n. med. Dorocie Olczak–Kowalczyk, konsultantowi krajowemu w dziedzinie stomatologii dziecięcej, prof. dr hab. n. med. Marii Borysewicz–Lewickiej, kierownikowi Katedry i Kliniki Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prof. dr hab. n. med. Markowi Ziętkowi, Rektorowi Uniwersytetu im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, prof. dr hab. Zbigniewowi Izdebskiemu z Uniwersytetu Warszawskiego, prof. dr hab. n. med. Joannie Wysokińskiej — Mischczuk, kierownik Katedry i Zakładu Periodontologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, dr Annie Lelli z Naczelnej Izby Lekarskiej oraz dr Marii Jaworskiej–Kępką, ekspertce z zakresu psychologii klinicznej.

**Izabela Michalak,
Maciej Michalak,
Michał Paulo**

SŁOWO WSTĘPU

Droży Czytelnicy

Każdy człowiek, a zwłaszcza wykonujący zawód zaufania publicznego, ma nie tylko prawo, ale także obowiązek reagować — jeśli stwierdzi przemoc wobec dziecka albo będzie miał uzasadnione podejrzenie, że dziecko jest krzywdzone. Konsekwencje działań przemocowych są dla dziecka dramatyczne, a niejednokrotnie mają nieodwracalne skutki. Wczesne rozpoznanie objawów stosowania przemocy wobec dziecka umożliwia wcześniejsze wykrycie i zniwelowanie zagrożenia, co w wielu przypadkach może nawet uratować życie dziecka. Niestety wiele przypadków nie zostaje zarejestrowanych, a co za tym idzie — znaczna część ofiar przemocy pozostaje nieujawniona i anonimowa, bez szans na pomoc i ochronę.

6 kwietnia 2013 r. we Wrocławiu odbyła się międzynarodowa konferencja naukowa „Rola lekarza dentystry w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci”, którą Rzecznik Praw Dziecka zorganizował wraz z Polskim Towarzystwem Studentów Stomatologii. Było to jedno z pierwszych wydarzeń w Polsce, podczas którego — głosem ekspertów — wyraźnie przekazano informację, że wiele dzie-

ci mogłoby uniknąć przemocy, gdyby problemy i nieprawidłowości zostały wykryte możliwie najwcześniej, na przykład podczas rutynowych wizyt stomatologicznych. W ślad za dyskusją podjętą w trakcie spotkania, skierowałem wystąpienie generalne Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Ministra Zdrowia oraz wystąpienie generalne do Rektorów i Prorektorów wszystkich Uniwersytetów Medycznych w kraju, z prośbą o analizę problemu i wprowadzenie zajęć, które umożliwią przekazanie studentom wiedzy służącej najlepiej rozumianemu dobru dziecka.

Dziś do Państwa rąk trafia publikacja, której autorami są współorganizatorzy i uczestnicy wspomianej wyżej konferencji. Tematyka poruszona na łamach książki pt. „Rola lekarza dentystry w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci” rzuca nowe światło na rolę lekarza dentystry i zespołu stomatologicznego. W wielu krajach w Europie i na świecie opracowano już procedury, które pomagają stomatologom zareagować właściwie, w sytuacji gdy dziecku dzieje się krzywda. Takie wytyczne są niezbędne, ponieważ strach przed reakcją jest naturalny. Brak znajomości problemu, obawa przed błędną diagnozą, lęk o własne bezpieczeństwo — to najczęstsze przyczyny braku powszechnego zaangażowania lekarzy,

asystentek czy higienistek w problem przemocy i zaniedbania wśród dzieci. I choć rzeczywistość opieki medycznej w Polsce jest zgoła odmienna od tej funkcjonującej w Szwecji czy Norwegii, to w tym przypadku, nie można pozostać obojętnym.

Autorzy niniejszej publikacji, opierając się przede wszystkim na skandynawskim modelu obserwacji dziecka w gabinecie stomatologicznym pod kątem skutków przemocy, wskazują, że lekarz dentyista powinien zachować wyjątkową czujność w kontakcie z najmłodszymi pacjentami. Jednocześnie sugerują, że wszelkie osądy powinien podejmować bardzo ostrożnie. Publikacja zawiera przykładowy opis rozpoznawania objawów przemocy w tandardowym badaniu stomatologicznym, a także schemat kolejnych działań, w tym zgłoszenia zdarzenia do najbliższego ośrodka pomocy społecznej poprzez formularz „Niebieskiej Karty”.

Książka dokładnie wyjaśnia, że nie każdy uraz fizyczny dziecka, w postaci siniaków czy zadrapań i nie każde niepokojące wyrażanie emocji na fotelu dentystycznym, muszą być skutkami przemocy. Kiedy jednak lekarz ma cień wątpliwości — powinien zareagować. Należy przy tym podkreślić, że zadaniem stomatologa nie jest wyjaśnienie problemu, a jedynie powiadomienie odpowiednich instytucji.

Artykuł 19 Konwencji o prawach dziecka zobowiązuje sygnatariuszy, a tym samym obywateli ich państw, do podejmowania wszelkich kroków dla ochrony dziecka przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej, krzywdy lub zaniedbania bądź złego traktowania lub wyzysku, w tym wykorzystywania w celach seksualnych. Tylko w 2014 r. do Rzecznika Praw Dziecka zgłoszono prawie 6 tys. spraw związanych m.in. z przemocą, okrucieństwem, zaniedbaniem oraz innym złym traktowaniem dzieci. Wielu tragedii można uniknąć, jeżeli będą one dostrzeżone i właściwie ocenione, na przykład podczas przeglądów i rutynowych wizyt u lekarza dentyisty.

Z radością przyjąłem informację o publikacji książki również dlatego, że jej treść wpisuje się w założenia kampanii społecznej Rzecznika Praw Dziecka — REAGUJ NA PRZEMOC WOBEC DZIECI. MASZ PRAWO. Celem akcji jest zmiana biernej postawy ludzi wobec aktów krzywdzenia dzieci oraz zmniejszenie społecznego przyzwolenia na stosowanie przemocy. Wierzę, że publikacja pozwoli personelowi gabinetu stomatologicznego dołożyć cegiełkę do dzieła ochrony praw dzieci w Polsce.

Marek Michalak
Rzecznik Praw Dziecka

Dzieci maltretowane, molestowane, czy też takie, wobec których stosowana jest przemoc fizyczna lub psychiczna, to nie tylko problem trzeciego świata i marginesu społecznego. Urazy w świadomości i zachowaniach społecznych pozostają na całe życie. Dlatego tematyka poruszona w prezentowanej publikacji jest niezmiernie istotna.

W środowisku medycznym rola lekarzy dentyków jest bardzo często marginalizowana. Dotyczy to zarówno rozpoznawania przez nich chorób ogólnoustrojowych, znaczenia zdrowia jamy ustnej dla zdrowia całego organizmu oraz zagadnień poruszanych w tej książce. Pozostawia się je poradnikom rodzinnym, psychologicznym, ośrodkom pomocy społecznej. A to przecież lekarz pierwszego kontaktu, lekarz stomatolog, czyli ci, którzy mają bezpośredni kontakt z dzieckiem mogą jako pierwsi zwrócić uwagę na niepokojące ślady lub zachowania.

Inicjatywa młodych stomatologów w uwrażliwieniu naszego środowiska, zwróceniu uwagi na problem jest ze wszech miar cenna i godna podziwu.

W książce znalazły się próby diagnozy zjawiska przemocy wobec dzieci przez niezbędną wiedzę o reagowaniu, ważnych informacjach i zabez-

pieczeniu ofiar. Na szczególną uwagę zasługują opisy objawów i dalsze badania, które mogą potwierdzić podejrzenia przemocy wobec dziecka.

W publikacji zawarte są też podstawowe przepisy zobowiązujące między innymi każdego lekarza dentyście do zgłoszenia takich zdarzeń.

Uważam tę książkę za bardzo istotną nie tylko dla poszerzenia naszej stomatologicznej wiedzy, ale przede wszystkim dla pomocy bezbronnym dzieciom. Poruszana problematyka powinna też znaleźć się w programach kształcenia przed i podyplomowych lekarzy dentyków.

**Prof. dr hab. Marek Ziętek,
Rektor Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w 2012 roku w ramach programu „Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci” zdecydowana większość polskich nastolatków doświadczyła jakiejś formy przemocy ze strony dorosłych, a co piąty — przemocy fizycznej. Niezbędne jest więc zwrócenie uwagi społecznej na ten problem, podkreślenie znaczenia podejmowania działań zapobiegawczych i przede wszystkim, konieczności udzielenia pomocy dziecku krzywdzonemu.

Lekarz dentysta sprawujący opiekę stomatologiczną nad dzieckiem powinien posiadać umiejętność rozpoznawania objawów przemocy i wiedzę dotyczącą sposobu postępowania w przypadku jej wystąpienia. W książce pt. „Rola lekarza dentysty w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci” zawarto podstawowe informacje dotyczące rodzajów przemocy i ich objawów, szczególnie podkreślając symptomy występujące w obrębie jamy ustnej. Cennym elementem jest przykład karty badania dziecka nie tylko ułatwiający lekarzowi prawidłowe przeprowadzenie badania ale także zapewniający poprawność udokumentowania zdarzenia. Autorzy zilustrowali również procedury postępowania lekarzy dentystów zalecane w innych krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych. Zwrócili uwagę na moż-

liwość wykorzystania niektórych z nich w Polsce zwracając jednocześnie uwagę na specyfikę uwarunkowań społecznych w naszym kraju oraz polskie rozwiązania prawne. Informacje i praktyczne wskazówki zawarte w książce, z pewnością okażą się pomocne zarówno w procesie kształcenia studentów kierunku lekarsko-dentystycznego jak i lekarzy dentystów.

Prof. dr hab. n. med.
Dorota Olczak-Kowalczyk,
konsultant krajowy w dziedzinie
stomatologii dziecięcej



INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE PRZEMOCY WOBEC DZIECI

Większość dzieci rośnie i rozwija się w bezpiecznym domu rodzinnym, w atmosferze miłości. Budzi jednak niepokój, że część dzieci doświadcza przemocy ze strony najbliższych, opiekunów czy rówieśników.

Jednym z elementów walki z przemocą wśród dzieci jest uwrażliwienie w tym zakresie całego społeczeństwa.

Informacje o dzieciach, które są krzywdzone psychicznie, fizycznie, wykorzystywane seksualnie czy też skrajnie zaniedbane, budzą wiele emocji. Są tematem licznych dyskusji społecznych i doniesień medialnych. Akty przemocy często dotyczą coraz młodszych dzieci i przybierają coraz bardziej brutalny charakter. W walce z tym zjawiskiem istotną rolę odgrywa uwrażliwienie społeczeństwa na krzywdę drugiego człowieka oraz budowanie postaw i umiejętności umożliwiających skuteczne reagowanie na zachowania przemocowe. Niejednokrotnie dostrzeżenie problemu oraz pomoc przychodzą zdecydowanie za późno,

kiedy skutki przemocy są już nieodwracalne.

Przemoc wpływa nie tylko na bieżące funkcjonowanie, ale także na proces rozwojowy dziecka oraz wywiera trwałe wpływy na ich dorosłe życie. Kiedy przemoc ma miejsce w rodzinie, jej mechanizmy psychologiczne dodatkowo wikłają dziecko w konflikty lojalnościowe i nie pozwalają mu na ujawnianie nawet skrajnych aktów przemocy. Dziecko jako osoba krzywdzona doznaje podwójnej traumy — z jednej strony są to urazy psychiczne lub fizyczne, z drugiej utrata domu, rodziców i rodzeństwa. A to wszystko niejednokrotnie bez stosownej do wieku informacji o całej sytuacji. Często okazuje się, że rodzice krzywdzący dzieci, w przeszłości sami byli ofiarami przemocy w swoich rodzinach. Ważne zatem jest, by przerwać ten mechanizm dziedziczenia społecznego i wdrożyć pomoc dla całej rodziny, dążąc przede wszystkim do zapewnienia bezpieczeństwa dziecku [1]. Dzie-

Przemoc to fizyczne lub psychiczne działanie na szkodę drugiego człowieka.

ci mogą być również maltretowane przez osoby im nieznaną, zupełnie obcą. Mogą także doświadczać różnych przykrości w wyniku zaniedbań instytucjonalnych.

Pojęcie przemocy jest różnie definiowane, w zależności od poziomu kultury danej społeczności oraz czasów, w których dane zdarzenie jest rozpatrywane. Za Ireną Pospiszyl można przyjąć definicję przemocy wobec dziecka rozumianą jako fizyczne lub umysłowe działanie na jego szkodę, wykorzystywanie seksualne, zaniebdywanie dziecka poniżej 18. roku życia przez osobę odpowiedzialną za jego pomyślny rozwój. Zespół dziecka maltretowanego został umieszczony w Międzynarodowej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych T74 oraz w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób pod rozdziałem: „Dodatkowa klasyfikacja przyczyn zgonów” występuje symbol E967 [2].

*Zaniedbanie to
niezaspokajanie potrzeb
dziecka niezbędnych
dla jego prawidłowego
rozwoju.*

PRZEMOC FIZYCZNA — takie zachowanie wobec dziecka, które wywołuje u niego znaczny ból fizyczny z widocznymi śladami na ciele lub ich brakiem. Skutki: brak poczucia bezpieczeństwa, zaniżone poczucie własnej wartości, poczucie winy i krzywdy, skłonność do egocentryzmu i autodestrukcji, zachowania bierno-agresywne, zależność, przeniesienie zachowań przemocowych na relacje z rówieśnikami, trudności w koncentracji uwagi i nauce.

PRZEMOC PSYCHICZNA — zaburzenie rozwoju psychospołecznego dziecka poprzez poniżanie go, rozmyślne niszczenie lub znaczące obniżanie tempa prawidłowego rozwoju dziecka, poniżanie go oraz obniżanie jego poczucia własnej wartości. Skutki: zakłócenia strefy emocjonalnej, lęk, poczucie niesprawiedliwości, świadomość braku miłości, zachowania agresywne i autoagresywne, myśli i próby samobójcze, trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami i otoczeniem.

PRZEMOC SEKSUALNA — seksualne wykorzystywanie dziecka poprzez naruszenie przez osobę dorosłą jego intymnej przestrzeni lub/i wciąganie dziecka w sferę aktywności seksualnej nieadekwatnej do jego etapu rozwojowego. Skutki: urazy narządów, erotyzacja, zaburzenia snu, fobie, lęki, nerwice, depresje [1]. Ponadto, wszystkie objawy charakterystyczne dla przemocy fizycznej i psychicznej.

Zaniedbaniem można nazwać niezaspokajanie potrzeb dziecka koniecznych do jego prawidłowego rozwoju psychofizycznego. Te kwestie są rzadko podejmowane w literaturze przedmiotu, jednak praktyka zawodowa i obserwacje wskazują na liczne formy zaniedbania. Jest nim m.in. zaniedbanie rodziców w motywowaniu dziecka do higieny jamy ustnej, a w konsekwencji brak wizyty u dentysty i odkładanie leczenia zębów.

*Bądź ostrożny!
Nie wydawaj osądów
zbyt pochopnie.*

Czynniki ryzyka

Niektóre dzieci lub pewne grupy mogą być bardziej narażone na przemoc czy zaniedbania. Dzieje się tak z powodu występowania w rodzinie lub środowisku czynników ryzyka lub ze względu na sposób, w jaki są postrzegane przez swoich rodziców/opiekunów. Prawidłowe określenie czynników ryzyka może niewątpliwie pomóc lekarzowi dentyście podjąć odpowiednie kroki w celu wsparcia i ochrony dobra tych dzieci i właściwie zareagować w przypadku

wystąpienia problemów. Należy być jednak ostrożnym w osądach, by nie oskarżać bezpodstawnie rodziny.

Czynnik rodzicielski

Osoby szczególnie predysponowane do bycia sprawcami przemocy wobec dzieci to: bardzo młodzi rodzice, matka/ojciec samotnie wychowujący dziecko, rodzice, którzy sami doświadczyli przemocy lub zaniedbania w dzieciństwie, rodzice dzieci z niepełnosprawnością, osoby ze skłonnością do używania przemocy w sytuacjach konfliktowych oraz osoby z wszelkiego rodzaju problemami zdrowia psychicznego (w tym osoby nadużywające alkoholu lub narkotyków), oraz rodzice o niskim statusie społecznym. Należy liczyć się z faktem, że takie osoby mogą potrzebować dodatkowego wsparcia w zaspokajaniu potrzeb swoich dzieci, które bywają narażone na przemoc wynikającą z braku doświadczenia rodziców i umiejętności radzenia sobie z problemami towarzyszącymi rodzicielstwu. W tym miejscu warto również wspomnieć o grupie dzieci, którym rodzice podają narkotyki, leki czy alkohol, aby „uspokoić dziecko”.

Czynniki społeczne

Wśród osób, które mogą przejawiać zachowania przemocowe wobec dzieci wskutek wystąpienia czyn-

ników społecznych, wymienia się m.in. rodziny mieszkające w niekorzystnych warunkach środowiskowych (np. w ubóstwie i/lub izolacji społecznej). Jeżeli wspomniane czynniki wpływają na wychowanie dziecka i stopień jego zaniedbania, łatwiej jest zidentyfikować problem i podjąć interwencję na wczesnym etapie, zanim dziecko doświadczy cierpienia. Nie oznacza to jednak, że problem przemocy nie dotyczy osób zamożnych czy dobrze wykształconych. W takich rodzinach przemoc jest skuteczniej ukrywana zarówno przez samych sprawców, jak i niekrywdzących rodziców zależnych ekonomicznie od agrarorów.

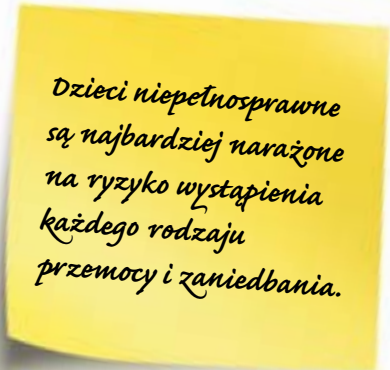
Czynnik dziecięcy

Wiek odgrywa bardzo ważną rolę. Młodsze dzieci są bardziej narażone na przemoc fizyczną i zaniedbania. Przemoc seksualna zdarza się sporadycznie wobec dzieci w wieku niemowlęcym oraz młodszym przedszkolnym, częściej dotyczy dziewczynek w wieku 6–8 lat. Natomiast dzieci niepełnosprawne w każdym wieku są narażone na ryzyko wystąpienia każdego rodzaju przemocy i zaniedbania. Ważne jest, aby zwrócić szczególną uwagę na dzieci niepełnosprawne pojawiające się w gabinecie stomatologicznym i być wyjątkowo wyczulonym na znaki, objawy i zachowania, które mogą wskazywać na

występującą w danej rodzinie przemoc i zaniedbania względem takiego dziecka. **Warto podkreślić potrzebę wieloaspektowego zdiagnozowania sytuacji dziecka, u którego podejrzewamy, że jest krzywdzone zanim wydany zostanie taki osąd.**

Lokalne diagnozy problemu na przykładzie badań Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej w Jarosławiu (woj. podkarpackie)

W ramach lokalnego projektu „Wychowanie przez mądre kochanie” pracownicy Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej w Jarosławiu przeprowadzili badanie mające na celu zdiagnozowanie zjawiska przemocy na terenie powiatu jarosławskiego i opisanie problemu przemocy w relacjach rodzice–dziecko.



Dzieci niepełnosprawne są najbardziej narażone na ryzyko wystąpienia każdego rodzaju przemocy i zaniedbania.

Celem badań ankietowych była odpowiedź na pytanie: czy i w jakim stopniu zjawisko przemocy rodziców wobec dzieci występuje w badanej populacji. Nie bez znaczenia pozostawała również kwestia świadomości dzieci w zakresie możliwości uzyskania pomocy.

Diagnozę problemu przeprowadzono wśród uczniów klas IV szkół podstawowych powiatu jarosławskiego. Ogólna liczba badanych wyniosła 796 dzieci, w tym 387 dziewcząt i 409 chłopców. Założono, iż uzyskane w badaniach wyniki będą pomocne dla podjęcia działań zapobiegających przemocy i/lub łagodzących jej skutki oraz działań przerywających przemoc stosowaną wobec dziecka. Projekt dodatkowo był okazją do integracji środowisk działających na rzecz dziecka i rodziny, wymiany zawodowych doświadczeń oraz budowania lepszych rozwiązań zapobiegających przemocy.

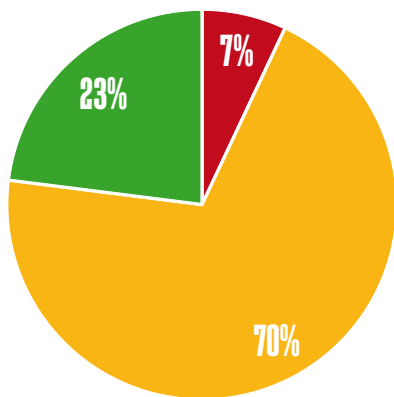
Wyboru grupy badanej (uczniowie klas IV szkoły podstawowej w wieku 11 lat) dokonano na podstawie przesłanek rozwojowych. Dzieci w tym wieku są świadome zagrożeń, potrafią samodzielnie ocenić sytuację. Ponadto są to uczniowie, którzy pozostają w tej samej szkole jeszcze przez okres 2 lat i można w tym czasie podjąć celowe działania profilaktyczno-edukacyjne. Oswojenie dzie-

ci z problematyką może je zachęcić do mówienia wprost o sytuacjach, w których doznały krzywdy. Dzieci te są ufne w stosunku do świata dorosłych, szczerze w swoich wypowiedziach. Doświadczenie przemocy na tym etapie jeszcze nie wywołuje skutków w postaci utrwalenia nieprawidłowych zachowań (np. agresywnych) oraz identyfikacji z agresorem.

Badania ankietowe były dobrą okazją do zwrócenia uwagi dzieci na zjawisko przemocy, które może dotyczyć osobiście ich oraz rówieśników. Każdy etap niniejszych badań zachęcał dzieci do refleksji nad zjawiskiem, a także uaktywniał myślenie w obszarze działań profilaktycznych i naprawczych. W badanie zostali zaangażowani zarówno dorośli (jako ankieterzy), jak i uczniowie (jako ankietowani). Z niektórych relacji ankieterów wynika, iż przeprowadzenie badań w środowiskach szkolnych zaintrygowało dyrektorów i nauczycieli placówek. Inicjowano rozmowy, wymieniano poglądy. Być może zaowocuje to działaniami wychowawczymi i psychoedukacyjnymi. Nastąpiła także integracja różnych środowisk oraz wymiana doświadczeń z wielu płaszczyzn zawodowych. Efekty pośrednie są trudno mierzalne, jednak uaktywniony czynnik ludzki może mieć znaczący wpływ na zmianę.

Jednym z aspektów przemocy, który starano się uchwycić w ankiecie, była przemoc psychiczna. Przytoczone zostaną niektóre z udzielonych odpowiedzi.

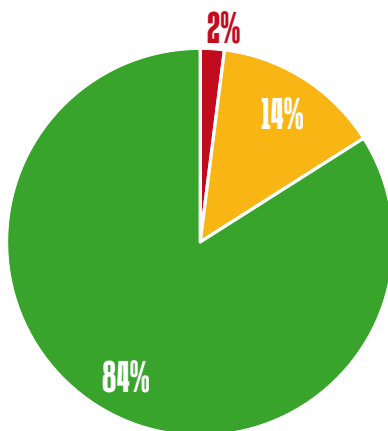
Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) krzyczy na ciebie?



■ często ■ rzadko ■ nigdy

Odpowiedzi na pytanie „Jak często zdarza się, że twoja mama lub tata (opiekun) krzyczy na ciebie?” pokazują, że krzyk to stosowana forma agresji słownej rodziców wobec dzieci. Odpowiedź „nigdy” zaznaczyło 23% ankietowanych. Odpowiedzi „rzadko” udzieliło 70% badanych, natomiast „często” krzyczą rodzice 7% dzieci.

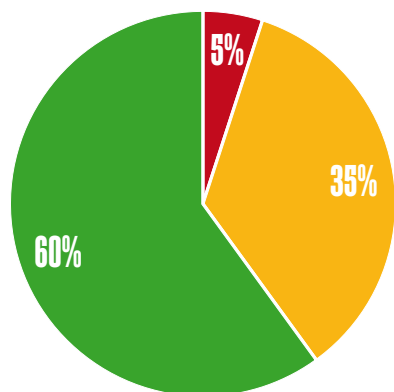
Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) wyzywa Cię, przeklina?



■ często ■ rzadko ■ nigdy

Na podstawie analizy odpowiedzi na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) wyzywa Cię, przeklina?” ustalono, że wobec 84% dzieci nigdy nie była stosowana przemoc w formie słownej z użyciem „wyzwisk i przekleństw”. 2% badanych wskazuje, że rodzice często używają wobec nich tego typu przemocy, natomiast 14% rodziców rzadko stosuje wyzwiska lub przekleństwa wobec dziecka.

Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) ma do Ciebie pretensje?

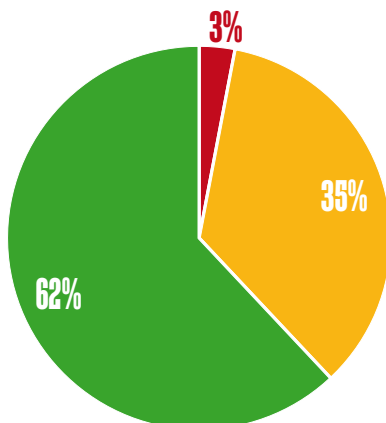


■ często ■ rzadko ■ nigdy

Uczniowie klas IV odpowiadali także na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) ma do Ciebie pretensje?”, przy czym 35% badanych wybrało odpowiedź „rzadko”, zaś 5% — „często”, co w sumie stanowi mniej niż połowę ankietowanych. Nigdy tego typu krzywdy nie doświadcza 60% badanych dzieci.

Kolejną diagnozowaną formą przemocy była przemoc fizyczna.

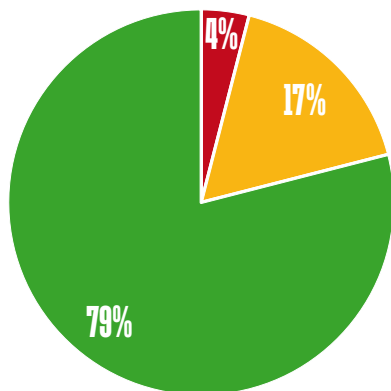
Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) daje Ci klapsy?



■ często ■ rzadko ■ nigdy

Analizując odpowiedzi na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) daje Ci klapsy?”, można stwierdzić, że 62% badanych dzieci nie dostało nigdy klapsa od rodziców zastosowanego jako forma kary i środka wychowawczy. Z dalszej analizy wynika, że blisko 40% ankietowanych dzieci doświadcza ze strony swoich rodziców przemocy w postaci klapsa, z czego 35% „rzadko”, zaś 3% „często”.

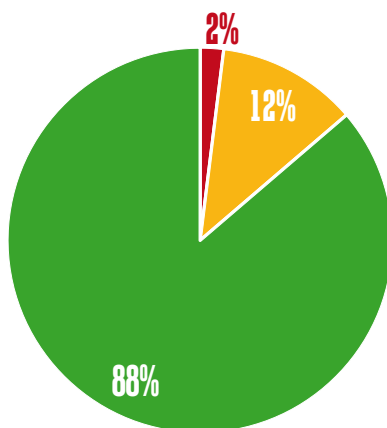
Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) sprawia Ci solidne lanie?



■ często ■ rzadko ■ nigdy

Odpowiedzi na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) sprawia Ci solidne lanie?” dostarczają informacji, że 79% badanych dzieci nigdy nie doświadczyło przemocy w formie „solidnego lania”. Jednak niepokojące są dane dotyczące ponad 20% ankietowanych, którzy dostają „solidne lanie” rzadko (17%) lub często (4%).

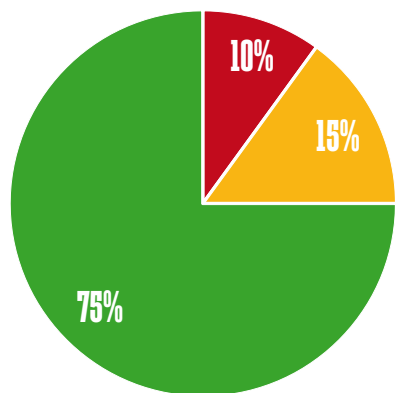
Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) szarpie, potrząsa Tobą, pociąga za ucho, włosy?



■ często ■ rzadko ■ nigdy

Analiza odpowiedzi ankietowanych na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) szarpie, potrząsa Tobą, pociąga za ucho, włosy?” wskazuje, że większość badanych dzieci (88%) nigdy nie przeżyła tego typu przemocy fizycznej. Natomiast 12% ankietowanych dzieci odpowiedziało, że dorośli stosują wobec nich przemoc w formie „szarpania, potrząsania”, z czego 2% badanych doświadcza jej często. Są to wyniki bardzo zbliżone do uzyskanych w pytaniu, które dotyczyło „solidnego lania”.

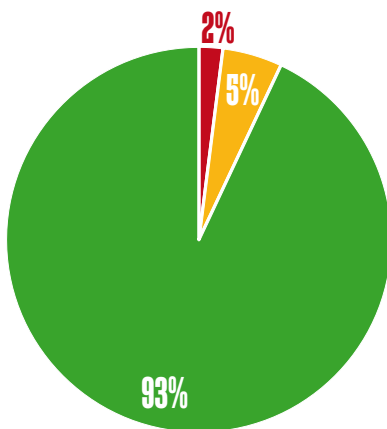
Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) nie interesuje się Twoimi problemami?



■ często ■ rzadko ■ nigdy

Analizując temat przemocy, nie można zapomnieć o występowaniu zjawiska zaniedbywania podstawowych potrzeb życiowych dzieci przez rodziców. Z analizy odpowiedzi na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) nie interesuje się Twoimi problemami?” wynika, że rodzice 75% badanych dzieci interesują się ich problemami. Natomiast $\frac{1}{4}$ badanych dzieci wskazuje na brak zainteresowania ze strony rodziców lub opiekunów, przy czym 10% podaje, że ta sytuacja zdarza się często.

Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) nie daje Ci jedzenia?

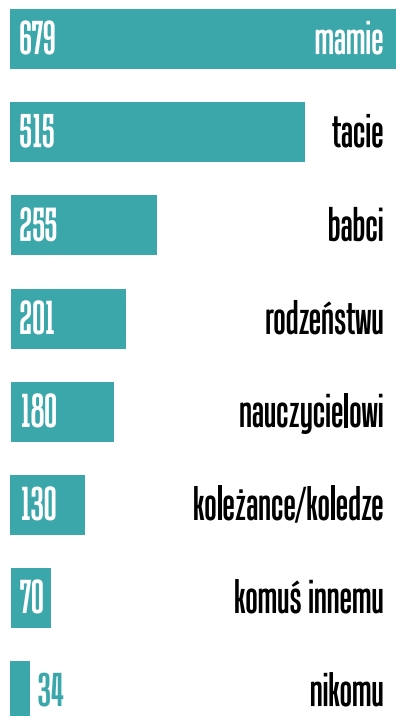


■ często ■ rzadko ■ nigdy

Na podstawie analizy odpowiedzi na pytanie „Jak często zdarza się, że Twoja mama lub tata (opiekun) nie daje Ci jedzenia?” można stwierdzić, że podstawowa potrzeba fizyczna dzieci, czyli jedzenie jest zaspokajana. Wskazuje na to 93% odpowiedzi ogółu badanej grupy.

Poza określeniem częstotliwości występowania zjawiska przemocy, celem badań było ustalenie (na podstawie informacji uzyskanych od uczniów), czy wiedzą oni, do kogo się zwrócić (komu powiedzieć), jeżeli dzieje im się krzywda oraz gdzie mogą szukać pomocy.

Komu powiesz, jeśli będzie działa Ci się krzywdą?



Z udzielonych odpowiedzi (respondenci mogli wybrać kilka) wynika, że największym zaufaniem dzieci cieszą się osoby dorosłe z ich najbliższego otoczenia. Może to świadczyć o poczuciu bezpieczeństwa w rodzinie, autorytecie rodziców w procesie wychowawczym, bliskich i poprawnych relacjach w rodzinie oraz o prawidłowej komunikacji. Wskazuje to także na pozytywne kontakty emocjonalne z rodzicami i dziadkami oraz ich

ważną rolę jako autorytetów. ¼ badanych obdarzyłyby zaufaniem nauczycieli.

Gdzie szukałbyś pomocy?



Analizując odpowiedzi uczniów, mające na celu wskazanie osoby/miejsca jako środowiska, gdzie mogą uzyskać pomoc, kiedy ktoś ich krzywdzi, stwierdza się, że zdecydowana większość ankietowanych dziewcząt i chłopców (59%) wskazała szkołę (u wychowawcy, dyrektora, pedagoga). Na drugim miejscu uczniowie wskazywali policję (40%), na trzecim dalszą rodzinę (23%) i rówieśników (18%). Dość wysoko uplasowała się odpowiedź „u lekarza”. Natomiast 5% udzielonych odpowiedzi brzmiało „nigdzie”.

Wnioski końcowe

Uzyskane informacje pozwalają sądzić, że w diagnozowanym środowisku występują różne formy przemocy stosowane przez rodziców wobec dzieci. Przemoc psychiczna (słowna) traktowana jest przez rodziców jako nieświadomione, ale skuteczne narzędzie wychowawcze. Stosowanie tej formy krzywdzenia dziecka może świadczyć o tradycyjnym oraz kulturowo uwarunkowanym rozumieniu roli rodzica i procesu wychowania, jego mechanizmów i skuteczności oddziaływań. Na tej podstawie można także wysnuć wnioski o niskim poziomie kompetencji wychowawczych i niewielkiej wiedzy na temat alternatywnych sposobów radzenia sobie z problemami wychowawczymi. Postrzeganie krzyku jako formy

Przemoc wobec dziecka często jest traktowana jako metoda wychowawcza, ciesząca się przyzwoleniem w niektórych kręgach społeczeństwa. Dlatego też, zasadne jest podejmowanie, w szerszym niż dotychczas zakresie, form edukacji rodziców.

dyscyplinowania i mobilizowania do pożądanых zachowań wydaje się powszechne. Dlatego też na podstawie ww. analizy zasadne jest podejmowanie, w szerszym niż dotychczas zakresie, takich form edukacji rodziców, które skutkować będą wzrostem kompetencji społecznych i psychologicznych.

Zebrany materiał diagnostyczny potwierdza tezę o niekwestionowanej pozycji i autorytecie rodziny jako środowiska wychowawczego. Zaufanie do rodziców oraz bliskich to postawa, którą w sytuacji trudnej, zagrażającej prezentuje 85% badanych. To ważna informacja w okresie rosnącej dysfunkcyjności rodziny. Warto o tym pamiętać i zadbać w procesie wychowania o dobrą, efektywną współpracę z tym najbliższym dziecku otoczeniem.

Wyniki badania pokazały wysoki poziom zaufania deklarowany względem środowiska szkolnego i medycznego. Badani uznali środowisko szkolne (nauczyciela, dyrektora szkoły) i lekarzy za instytucje, w których można uzyskać pomoc w sytuacji doznawanej krzywdy. Tak wysoki poziom wskaźników powinien stać się przesłanką do podejmowania przez lekarzy i środowisko nauczycielskie działań profilaktycznych w sposób profesjonalny i bardziej zintensyfikowany — nawet na początkowym etapie edukacyjnym. Wydaje się, że uzasadnione jest kształtowanie umiejętności społecznych i psychologicznych niezbędnych do radzenia sobie w sytuacjach przemocy.

Wyniki przeprowadzonych badań są wystarczającym sygnałem do zwiększenia społecznej wrażliwości i działań pomocowych, które powinny podejmować instytucje samorządowe, rządowe i pozarządowe. Występowanie na terenie powiatu przypadków

potwierdzających drastyczną przemoc wobec dzieci nie może pozostać niezauważone.

Edukacja dorosłych (w tym również lekarzy dentystów) w zakresie form i skutków stosowanej przemocy jest bardzo ważna. Dzięki niej interwencja w dysfunkcyjnym środowisku nastąpi szybciej, a przez to będzie bardziej skuteczna.

Podziękowania dla
Poradni Psychologiczno-
Pedagogicznej
w Jarosławiu
za udostępnienie wyników
badań.

*Wysoki wskaźnik
zaufania powinien
mobilizować
lekarzy do bardziej
zintensyfikowanych
działań profilaktycznych.*

Piśmiennictwo

- [1] E. Jarosz, E. Wysocka, Diagnostyka psychopedagogiczna — podstawowe problemy i rozwiązania, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006, s. 144–171
- [2] I. Pospiszyl, Przemoc w rodzinie, WSiP, Warszawa 1998, s. 12
- [3] R. Izdebski, M. de Barbaro, W. Szaszkievicz, Przemoc w rodzinie. Maltretowanie fizyczne i wykorzystywanie seksualne dzieci i młodzieży, [w:] I. Namysłowska (red.), Psychiatria dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 352–381
- [4] Z. Włodarski, A. Matczak, Wprowadzenie do psychologii. Podręcznik dla nauczycieli, WSiP, Warszawa 1996
- [5] J. Brągiel, Zrozumieć dziecko skrzywdzone, Uniwersytet Opolski, Opole 1998



**WAŻNA I WYJĄTKOWA ROLA LEKARZA
DENTYSTY**

Każde środowisko zawodowe (nauczyciele, pielęgniarki, lekarze), które w podmiocie działania ma relacje z dzieckiem, powinno w swoim kodeksie etycznym mieć gotowość do obserwacji i posiadać opracowane procedury ewentualnej reakcji na oznaki nieakceptowanych społecznie zachowań wobec dziecka.

Odpowiedzialność zespołu stomatologicznego

Jest sprawą oczywistą, że wszystkie dzieci powinny zgłaszać się na regularne wizyty do lekarza dentystry. Umożliwia to lekarzowi przede wszystkim monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej. Mali pacjenci są przyprowadzani na te regularne wizyty przez rodziców, którzy nie zdają sobie sprawy z umiejętności i obowiązku lekarza dentystry rozpoznawania objawów przemocy/zaniedbania. Jednymi z elementów diagnozy lekarza dentystry, który zajmuje się leczeniem dzieci są: nawiązanie kontaktu z dzieckiem

(rozmowa) i obserwacja. Tylko wieloaspektowe i profesjonalne podejście umożliwi na postawienie tezy o prawdopodobieństwie działań przemocowych wobec dziecka. Dlatego lekarz dentyista ma tak dużą szansę na wykrycie ewentualnych symptomów tych zjawisk. Dodatkowo dentyista posiada bardzo dobrą pozycję do wizualnej oceny siedzącego lub leżącego na fotelu pacjenta. Może bez większego problemu dostrzec niepokojące oznaki na twarzy, szyi oraz odsłoniętych częściach ciała dziecka (zdjęcie 1 i 2). Zawsze, gdy zauważy objawy w jamie ustnej, może i powinien przenieść swoją uwagę na szyję lub twarz w poszukiwaniu innych śladów, które mogłyby ewentualnie potwierdzić podejrzenia co do występowania w rodzinie zjawiska przemocy i zaniedbania. Co ważne, sam stan jamy ustnej może zdradzać różne formy wykorzystywania i przemocy, co czyni rolę leka-



Zdjęcie 1. Nawet pojedyncze siniaki powinny wzbudzać czujność lekarza dentystry. Jest to sygnał dla lekarza dentystry do podjęcia rozmowy z dzieckiem na temat zauważonych, niepokojących śladów. Źródło zdjęcia: zasoby internetu.



Zdjęcie 2. Ślady uszczyknięcia na nodze dziecka (w tym miejscu, przypadkowe otarcia występują rzadko).

Zdjęcia wykorzystane z publikacji Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. GONDEND: Sheffield. 2006. www.cndt.org.uk za zgodą autorów.

Kiedy lekarz dentysta zauważy nietypowe objawy w jamie ustnej, powinien przeniść swoją uwagę na inne odkryte części ciała (np. szyję i ręce) w poszukiwaniu śladów, które mogłyby ewentualnie potwierdzić podejrzenia co do występowania w rodzinie zjawiska przemocy czy zaniedbania.

rza dentysty w zauważeniu objawów niepożądanych działań, w stosunku do dziecka, tak ważną i wyjątkową.

Osoby krzywdzące dzieci lub stosujące wobec nich przemoc, częściej zmieniają lekarza rodzinnego czy pediatrę niż lekarza dentystę. Lekarz dentysta, dzięki specyfice wykonywanej diagnostyki, może zauważyć objawy sugerujące prawdopodobieństwo nadużyć wobec dzieci w formie przemocy i jest zobowiązany do podjęcia dalszych działań bez daleko posuniętych uogólnień i wniosków. Oprócz objawów w postaci urazów zębów, kości czy zmian na błonie śluzowej, lekarz

dentysta jest także w stanie wykryć stomatologiczne objawy zaniedbania, takie jak: rozległe powierzchnie pokryte płytką nazębną lub kamieniem, zapalenia dziąseł i nieleczone

Lekarze dentyści, jako przedstawiciele zawodu zaufania publicznego, mają obowiązek rozpoznawania wszelkich objawów przemocy oraz zaniedbania, a następnie zgłaszania takich przypadków do odpowiednich służb, przy zachowaniu wszelkich zasad nienaruszania granic osobistych, a przede wszystkim zachowania elementarnej formy tajemnicy lekarskiej.

ubytki w zębach. Nadmierny strach i niepokój dziecka na fotelu dentystrycznym, a dodatkowo zniecierpliwienie, agresywne reakcje rodzica mogą świadczyć o przemocy psychicznej stosowanej wobec dziecka. **W wyciąganiu wniosków niezbędna jest jednak ostrożność i powściągliwość.**

Lekarze dentyści, jako przedstawiciele zawodu zaufania publicznego, mają obowiązek rozpoznawania wszelkich objawów złego traktowania dzieci i zgłaszania takich przypadków do odpowiednich służb. Do zadań każdego lekarza dentystry należy komunikacja z innymi lekarzami stomatologami oraz lekarzami rodzinnymi i pediatrami. Zawsze należy pamiętać, aby nie wydawać pochopnych osądów i postępować zgodnie z określonymi procedurami. Zaangażowanie lekarza dentystry w społeczny problem przemocy

wśród dzieci nie jest powszechne. Przyczyny takiego stanu zostały wymienione w tabeli 1.

Tabela 1. Przyczyny braku powszechnego zaangażowania m.in. lekarzy dentystry w problem przemocy i zaniedbania wobec dzieci. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpd.org.uk

brak znajomości problemu i procedur postępowania

strach przed błędną diagnozą i ewentualnych jej skutkach

obawa o własne bezpieczeństwo fizyczne i emocjonalne

brak chęci angażowania się w czyjeś problemy oraz postawa typu „to nie moja sprawa”, „to nie mój problem”

poczucie osamotnienia, lęk przed pomyłką

Praktyczne wskazówki dla lekarza dentysty funkcjonującego w ramach jednoosobowego gabinetu/kliniki stomatologicznej

Lider zespołu _____

Nie tylko lekarz dentysta, ale każdy członek zespołu stomatologicznego (np. asystentka, higienistka), który zaobserwuje ślady sugerujące przemoc/zaniedbanie lub usłyszy w rozmowach pomiędzy dorosłym a dzieckiem coś podejrzanego, powinien zwiększyć swoją czujność i zakres obserwacji. Nie można zapominać o roli lekarzy dentystów i higienistek zajmujących się leczeniem rodziców lub opiekunów. Powinni oni być zawsze uważni, działać z głęboką refleksją intelektualną i emocjonalną.

Za skuteczny i sprawny przebieg projektu powinna odpowiadać jedna osoba, która pełnić będzie funkcję lidera zespołu. Dzięki temu zapewniony zostanie stały monitoring (audyt) nad prawidłowym funkcjonowaniem programu. Osoba taka powinna czuwać nad prawidłowym wdrożeniem polityki ochrony dzieci, procedur „Niebieskiej Karty” (załącznik nr 2) i weryfikacją kontaktów ze służbami pomocowymi.

Za prawidłowe funkcjonowanie programu ochrony dzieci musi odpowiadać jedna wskazana osoba, która pełnić będzie funkcję lidera zespołu.

Do zadań lidera zespołu należy również dbanie o ustawiczne doskonalenie całego personelu medycznego (lekarzy, higienistek i asystentek) oraz osób pracujących w recepcji, zarówno w zakresie warsztatu merytorycznego, jak i umiejętności psychologicznych i społecznych. Umiejętności te pozwolą na oczekiwane zachowanie i reakcję w sytuacjach podejrzenia bądź stwierdzenia zjawiska przemocy lub zaniedbania. Lider musi zadbać, aby cały personel znał aktualne procedury i umiał postępować zgodnie z nimi.

Lider zespołu powinien również czuwać nad prawidłowym sporządzaniem dokumentacji medycznej. Dokumentacja musi być ujednolicona, prowadzona sumiennie i z należytą starannością przez wszystkich lekarzy (karta diagnostyczna — załącznik nr 2). W tym celu należy prowadzić szkolenia, które muszą być proste i zrozumiałe dla całego personelu.

Oprócz wytypowania odpowiedniej osoby na stanowisko lidera grupy, niezwykle ważne jest dobranie zespołu pracującego w gabinecie. Lider zespołu musi liczyć się z koniecznością interwencji, jeśli zachowanie któregoś członka zespołu jest nieetyczne, sprzeczne z założeniami tajemnicy lekarskiej i zakłóca prawidłowe działanie programu.

Lider powinien mieć świadomość, że personel medyczny może przeżywać frustrację wobec wymogu rozpoznawania, a także ujawniania faktów krzywdzenia dziecka w rodzinie i w efekcie unikać podejmowania interwencji. Dlatego też w projekcie tym należy wyposażyć lidera w narzędzia o charakterze motywującym i wspierającym.

Liderem zespołu stomatologicznego w gabinecie powinna być osoba mająca najczęstszy kontakt z dziećmi, najlepiej specjalista w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Cechy i umiejętności, jakimi powinna cechować się taka osoba przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Cechy osobowościowe i umiejętności lidera grupy. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. *Child Protection and the Dental Team: An Introduction to Safeguarding Children in Dental Practice*. cDpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk

umiejętność motywowania

empatia

umiejętność słuchania

umiejętność rzetelnej obserwacji, analizy zjawiska

przestrzeganie tajemnicy zawodowej, poszanowanie dla informacji poufnych

właściwe reagowanie w sytuacjach trudnych, przykrych

postawa wspierająca

Szczególna rola lidera przypada lekarzowi dentyście działającemu w ramach jednoosobowego gabinetu, jeżeli spotka się z prawdopodobnymi, niepokojącymi objawami zachowań przemocowych wobec dziecka. W takim przypadku przejmuje realizację wszystkich obowiązujących procedur.

Polityka ochrony dzieci

W niektórych krajach jak Szwecja czy Anglia w gabinetach wprowadzono tzw. politykę ochrony dzieci która jest zbiorem zasad funkcjonowania gabinetu/kliniki stomatologicznej. Określa procedurę i katalog zachowań i reakcji lekarzy dentyistów w przypadku podejrzenia i prawdopodobieństwa stosowania wobec dziecka nieakceptowanych społecznie zachowań. Należy dokładnie zaznaczyć dzień jej wprowadzenia do gabinetu/kliniki, a lider grupy musi dbać o przestrzega-

nie założeń polityki i w razie potrzeby zmieniać je i aktualizować. Polityka ochrony dzieci jest pewnego rodzaju zobowiązaniem do ochrony dzieci i przestrzegania ich praw. Przykładowy schemat polityki ochrony dzieci przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Polityka ochrony dzieci

Zespół lekarzy dentystów w trosce o dobro dziecka podejmie wszechstronne działania, które skutkować będą zwalczaniem i skuteczną profilaktyką zachowań nieakceptowanych społecznie wobec dzieci, poprzez:

przyjęcie procedur „Niebieskiej Karty”

respektowanie praw dziecka–pacjenta wskazanych przez Rzecznika Praw Dziecka i Rzecznika Praw Pacjenta (patrz. załącznik nr 3)

uświadomienie personelu oraz rodziców i opiekunów, że poważnie podchodzimy do problemu ochrony dzieci przed przemocą

staranną rekrutację i selekcję członków zespołu

przekazanie informacji odpowiednim służbom i organizacjom społecznym, kiedy nastąpi taka konieczność

odpowiednie zarządzanie członkami zespołu przez zapewnienie im dostępu do wsparcia oraz szkoleń

stały monitoring wewnętrzny dokonywany przez lidera

dokładanie wszelkich starań, aby postawiona diagnoza nie była krzywdząca dla dziecka, jego rodziców i otoczenia

Uczmy się słuchać dziecka i rozmawiamy z nim _____

Obowiązkiem lekarza dentysty jest stworzenie takiej atmosfery i warunków, które umożliwią swobodną rozmowę i wysłuchanie dziecka. Powinno mieć ono szansę wyrażenia swoich obaw i oczekiwań dotyczących planowanego leczenia stomatologicznego. Ważne jest, aby zgodę dziecka uzyskać nie tylko od rodziców, ale również od dziecka. Należy jednak pamiętać, że są sytuacje, w których zgody tej nie można uzyskać, a leczenie należy przeprowadzić dla dobra młodego pacjenta.

Oprócz zgody rodziców na leczenie, ważne jest, aby uzyskać także akceptację dziecka.

KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA W SŁUŻBIE OCHRONY DZIECI PRZED PRZEMOCĄ

Od 2016 r. oficjalną formą dokumentacji medycznej, która pozwoli lekarzom wszystkich specjalności na odnotowywanie informacji o potencjalnym zagrożeniu dziecka przemocą, będzie książeczka zdrowia dziecka. Od lat o jej wprowadzenie zabiegał Rzecznik Praw Dziecka.

Dokument, który zostanie wręczony rodzicom lub opiekunom noworodków, pozwoli na gromadzenie i utrwalenie informacji o stanie zdrowia dziecka, przebiegu leczenia, szczepieniach, badaniach, zabiegach itp. W książeczce będą także umieszczane informacje dotyczące leczenia stomatologicznego czy zaleceń dietetycznych. Książeczka wymusi konieczność okresowych, szczegółowych badań, co pozwoli na szybsze leczenie, a często także na uniknięcie tragedii. Jednolity wzór dokumentów jest szczególnie ważny w sytuacjach, w których konieczne jest natychmiastowe potwierdzenie pewnych informacji mających kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta i określenie sposobu postępowania, w szczególności w stanach nagłych, w tym – zagrożenia życia.

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zobowiązuje resort zdrowia do opracowania wzoru książeczki po zasięgnięciu opinii

Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. W prace nad przygotowaniem przejrzystego i wartościowego dokumentu włączą się również lekarze dentyści.

Podczas wizyty nawiąź pozytywną relację z dzieckiem, a kiedy coś Cię zaniepokoi, bądź bardziej uważny.

Dzieci prawie nigdy nie udzielają informacji o przemocy domowej wprost i wyczerpująco. W subtelny sposób podejmują próby zwrócenia uwagi na problem i jest to swoisty test dla lekarza, czy jest on godny zaufania dziecka. Jeśli lekarz zignoruje te niejasne sygnały, dziecko dochodzi do wniosku, że nie może lub nie chce mu pomóc. Często trudności dziecka z ujawnianiem przemocy są spowodowane poczuciem winy, które wywołał w dziecku rodzic sprawca.

*Podczas wizyty nawiąź
pozytywną relację
z dzieckiem, a kiedy coś
Cię zaniepokoi, bądź
bardziej uważny.*

Kiedy dziecko słyzy od dorosłego, który jest dla niego autorytetem słowa: „to twoja wina, bo mnie zdenierwowałaś i musiałem cię uderzyć” nie wie, że to nieprawda. Najczęściej dziecko nie zna przepisów prawa. Dlatego tak ważna jest obserwacja dziecka i umiejętność rozmawiania z nim.

Czasami dzieci, dopytywane o szczegóły krzywdzenia, oczekują od lekarza zachowania tajemnicy, mówiąc: „Odpowiem na te pytania, pod warunkiem, że nikt się nie dowie”. W tej sytuacji lekarz nie może „dla dobra sprawy” oszukiwać dziecka, lecz powinien wyjaśnić, że zgodnie z prawem jest zobowiązany do podjęcia działań chroniących dziecko przed przemocą, z uwzględnieniem maksymalnej ochrony wszystkich pokrzywdzonych członków rodziny.

Kampania informacyjna dla dzieci

Jednym z obowiązków gabinetu stomatologicznego, mieszczącym się w założeniach profilaktyki przemocy jest zwrócenie uwagi na ten problem zarówno dzieciom, jak i rodzicom. Zagadnienie to może dotyczyć ich w sposób bezpośredni (członkowie rodzin, w których występuje przemoc), jak również pośredni (świadkowie zdarzeń, sąsiedzi, znajomi, przyjaciele). Organizowanie za-

W niektórych sytuacjach wskazane jest przeprowadzenie leczenia bez obecności rodzica czy opiekuna. Pamiętaj, aby sugestię przekazać rodzicowi w sposób kulturalny i delikatny.

jęć warsztatowych, podczas których dzieci, młodzież oraz rodzice będą się uczyć umiejętności psychologicznych i społecznych to główne zadanie:

- psychologów i pedagogów szkolnych,
- poradni psychologiczno-pedagogicznych,
- świetlic środowiskowych,
- ognisk wychowawczych,
- centrów pomocy rodzinie,
- miejskich ośrodków kultury,
- organizacji pozarządowych.

Warto w gabinecie/klinice stomatologicznej umieścić ulotki lub plakaty, które dostarczą informacje o programie pomocy dorosłemu lub dziecku, które jest świadkiem bądź ofiarą przemocy, molestowania czy zaniedbania.

Gabinet jako otoczenie przyjazne dziecku

Stworzenie otoczenia przyjaznego dziecku to kolejne wyzwanie, któremu powinien stawić czoła każdy gabinet stomatologiczny świadczący usługi dla najmłodszych. Oprócz miejsca do zabawy i relaksu, w którym dziecko może spokojnie oczekiwać na wizytę, lider grupy powinien zabezpieczyć pomieszczenie, gdzie lekarz będzie mógł w sytuacjach skrajnych i niemogących pozostać bez reakcji, w warunkach intymnych przeprowadzić przemyślaną rozmowę. Warto tutaj zwrócić uwagę na kwestię przyjmowania młodego pacjenta w towarzystwie rodzica czy opiekuna. Jest to trudny temat, a w podjęciu prawidłowej decyzji może pomóc odpowiednie wsłuchanie się w wypowiedzane przez dziecko zdania, obserwacja gestów, zachowania w stosunku do rodzica czy opiekuna oraz dłuższa znajomość lekarza z pacjentem i rodzicami lub opiekunami. Warto pamiętać, że w niektórych sytuacjach należy rozważyć przeprowadzenie leczenia bez obecności rodzica czy opiekuna, którego zachowanie może wpływać w sposób negatywny na komfort dziecka w trakcie wizyty, a czasami nawet uniemożliwiać przeprowadzenie zabiegu. Pamiętajmy, aby procedurę opuszczenia gabinetu przez rodzica czy opiekuna przeprowadzić w spo-

sób delikatny, szanując przy tym uczucia i emocje zarówno dziecka, jak i dorosłego.

Zasady przeprowadzania wywiadu medycznego

Karta pacjenta powinna zostać wzbogacona o niżej wymienione (tabela 4) elementy wyłącznie wtedy, kiedy jesteśmy pewni, że zachodzi duże prawdopodobieństwo działań przemocowych wobec dziecka:

Tabela 4. Karta pacjenta. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdt.org.uk

imię, nazwisko, data urodzenia oraz płeć
dziecka

imię i nazwisko rodziców lub prawnych
opiekunów

adres zamieszkania oraz szkoła, do której
dziecko uczęszcza

obserwacje na temat zachowania dziecka
w gabinecie w stosunku do opiekuna,
w trakcie badania i samego leczenia,
podczas rozmowy z lekarzem itp.

wnioski wynikające z rozmowy z dzieckiem
i jego opiekunem

W przypadku podejrzenia aktu przemocy lub zaniedbania, w dokumentacji medycznej należy umieścić dodatkowe informacje:

opis pozornie błahych obrażeń, które w przyszłości mogą ułożyć się w pewien wzór, dający podstawy do zdiagnozowania przemocy w rodzinie

opis wyjaśnień okoliczności urazowego zdarzenia podawany przez dziecko

opis wyjaśnień okoliczności urazowego zdarzenia podawany przez opiekuna

rysunek lub zaznaczenie miejsca urazu na diagramie (załącznik nr 1)

Wpisy w dokumentacji medycznej zawierające ww. informacje należy traktować jako dane wrażliwe, przechowywać je ze szczególną troską i dbałością o zachowanie tajemnicy lekarskiej. Prawidłowo prowadzona

Dokumentację medyczną warto wzbogacić o zdjęcia. Należy pamiętać o staranym opisie, umieszczeniu daty i danych pacjenta.



Zdjęcie 3. Dziewczynka, która informuje, że złamała koronę zęba 21 w wyniku upadku. Ważne, aby odnotować to zdarzenie w karcie i sprawdzić, czy podobne zdarzenia nie występowały u rodzeństwa (przypadek ze zbiorów lek. dent. Macieja Michalaka).

dokumentacja medyczna pozwala sprawdzić w każdym momencie, czy zjawisko przemocy lub zaniedbania nie występowało u rodzeństwa dziecka. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości wcześniejszy wpis do karty pacjenta z pewnością pomoże podjąć dalsze działanie wspierane empatią i rozwagą lekarza dentysty.

Dokumentację medyczną należy prowadzić w sposób ujednolicony, bez stosowania tylko sobie znanych skrótów myślowych, określić i wyrazić. Ważne, aby we wszystkich wpisach można było bez problemu odróżnić fakty od opinii wła-

W skrajnie uzasadnionych i prawdopodobnych sytuacjach zanim podejmiesz działania sprawdź czy zjawisko przemocy lub zaniedbania nie występowało u rodzeństwa dziecka.

snej lekarza. Jest to szczególnie istotne w dużych gabinetach/klinikach, gdzie dziecko przyjmowane jest przez różnych lekarzy. Prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niejednolity może przyczynić się do przeoczeń i zaniedbań w ochronie dzieci, a przede wszystkim do zbyt pochopnego i nieprzemyślanego działania. Za wprowadzenie ujednoliconego języka i systemu wpisów w karcie odpowiada lider zespołu.

Pamiętajmy, że prowadzona przez nas dokumentacja medyczna może stać się ważnym dowodem w sądzie. Dlatego musi być prowadzona sumiennie, ze zrozumieniem powagi sytuacji. Załącznik 2 przedstawia przykład karty diagnostycznej, która uwzględniła potrzebę zaznaczenia

ewentualnych urazów noszących znamiona przemocy czy zaniedbania.

Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w bezpiecznym miejscu (zamykane szafki, dokumentacja elektroniczna zabezpieczona hasłem), dostępnym jedynie dla osób upoważnionych przez lidera zespołu do ich przeglądania i analizowania. Jednocześnie dostęp do tych danych dla upoważnionych osób powinien być szybki i nieskomplikowany.

W tabeli 5 zaprezentowano listę zaproponowanych dentystom pomocniczych pytań, które mogą stanowić pomoc w rozpoznawaniu przemocy wobec dziecka. Należy jednak podkreślić, że ich bezpośrednie przeniesienie w warunki naszego kraju może pociągać za sobą ryzyko błędów diagnostycznych. Katalog tych pytań wykorzystuj odpowiedzialnie i rozważnie, przy jednoczesnym przewidywaniu skutków ich wykorzystania:

Pamiętaj o obowiązującej Cię tajemnicy lekarskiej!

Każda nieobecność dziecka na umówionej wizycie powinna być odnotowana w stosownym miejscu w karcie medycznej.

Tabela 5. Lista pytań. Źródło: publikacja Harris j, Sidebotham p, Welbury r et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk.

czy zdarza się, że wizyty dziecka są odwoływane w ostatniej chwili?

czy dziecko często opuszcza wizyty?

czy historia pasuje do istniejącego urazu błony śluzowej w jamie ustnej i/lub zębów?

czy rodzic/opiekun zmienia wersję zdarzeń dotyczących urazu i czy jest on konsekwentny w przekazywanych informacjach?

czy w relacjach dziecka z rodzicem–opiekunem dostrzegam jakieś nieprawidłowości?

czy wersja dotycząca okoliczności urazu podawana przez dziecko i opiekuna różni się istotnie

czy u pacjenta lub jego rodzeństwa występowały wcześniej nietypowe urazy i/lub absencje w wizytach?

czy problem płytki nazębnej lub próchnicy jest przewlekły i nie poprawia się z biegiem czasu i kolejnych wizyt?

czy rodzic ma problemy z opanowaniem zachowania dziecka podczas wizyty?

Opuszczanie umówionej wizyty

Niezgłoszenie się dziecka na wizytę może być powodowane różnymi przyczynami. Z wielką ostrożnością należy interpretować występujące zjawiska. Odnotowując je w karcie, należy monitorować dalszy przebieg wizyt. Naszą czujność powinny budzić wyjątkowe sytuacje i podejrzenia.

W tabeli 6 przedstawiono schemat postępowania proponowany denty stom w przypadku opuszczania wizyt przez dziecko w sytuacjach, kiedy podejrzewa (na podstawie wszechstronnej diagnostyki i obserwacji) możliwość występowania działań przemocowych wobec dziecka

Tabela 6. Schemat postępowania w przypadku opuszczania umówionych wizyt u denty sty. Źródło: publikacja Harris j, Sidebotham p, Welbury r et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk

umów wizytę

w przypadku niezgłoszenia się na wizytę — umów pacjenta ponownie

wykonaj telefon do rodzica lub opiekuna

w przypadku dalszego niezgłaszania się na wizytę, napisz list (patrz tabela 7)

powtórz powyższy krok w przypadku dalszej absencji dziecka

po 12 miesiącach poinformuj listownie o prawym obowiązku zgłoszenia się na wizytę

Przykładowy wzór listu/maila, którym może posłużyć się lekarz dentyista w przypadku braku możliwości skontaktowania się z rodzicem czy opiekunem dziecka, które opuszcza umówione wizyty, a u którego istnieje uzasadnione, wysokie prawdopodobieństwo stosowania wobec niego nieakceptowanych społecznie zachowań. List ten jest formą wyjątkowej troski o sytuację dziecka:

Edukacja zespołu stomatologicznego musi być obowiązkowa, regularna i często aktualizowana.

Tabela 7. Przykładowy list do rodziców:

Jesteśmy zaniepokojeni, że nie zgłosiła się Pani z Jasiem na kolejną umówioną wizytę stomatologiczną. Próbowaliśmy kontaktów telefonicznych, ale bezskutecznie. Proponujemy Pani kolejny termin wizyty na xx.xx. Z ogromną troską odnosimy się do problemów związanych ze zdrowiem jamy ustnej Pani synka. Jeżeli z uzasadnionych powodów nie może się Pani zgłosić w wyżej wymienionym terminie, prosimy o kontakt.

W przypadku braku odpowiedzi z Pani strony na naszą prośbę będziemy musieli zgłosić problem właściwym służbom powołanym do troski o dobro i prawa dziecka.

W tabeli 8 wymieniono najczęstsze przyczyny, z powodu których rodzice nie zgłaszają się z dzieckiem na umówione wcześniej wizyty.

Tabela 8. Dlaczego rodzice nie przychodzą na wizytę z dzieckiem. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk

strach przed dentystą dziecka lub rodzica

zaniedbanie rodziców

brak „tradycji” w rodzinie

zaniedbanie rodziców w stanie ich
uzębienia i słaby poziom higieny jamy
ustnej

brak czasu

lekceważenie opinii autoritetów

brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej

powody ekonomiczne

brak konsekwencji rodziców lub opiekunów
w zachęcaniu dzieci do wizyt u dentysty

strach przed zauważeniem przez lekarza
dentystę widocznych symptomów
przemocowych

Współpraca z lekarzem pediatrą

W sytuacjach kiedy lekarz dentysta przypuszcza lub ma pewne podejrzenia o możliwości występowania przemocy w rodzinie, lecz nie jest pewny, lub chce ustrzec się postawienia krzywdzącej diagnozy, może zapytać pacjenta (rodzica) do jakiego lekarza pediatry przypisane jest dziecko i spróbować skontaktować się z pediatrą w celu wspólnej diagnostyki i wymiany opinii.

Podobnie w sytuacji kiedy młody pacjent długo nie zgłasza się na wizyty pomimo faktu, że powinien

Dobrym nawykiem lekarza dentysty zajmującego się leczeniem dzieci powinno być zapisywanie w karcie pacjenta nazwiska pediatry do którego przypisane jest dziecko.

Edukacja

Edukację w sytuacji ewidentnych zachowań i zagrożeń przemocowych wobec dziecka oraz wpływu przemocy na rozwój i funkcjonowanie dziecka należy prowadzić systematycznie wśród całego zespołu stomatologicznego. Dzięki temu interwencja w dysfunkcyjnym środowisku następuje szybciej i w efekcie jest bardziej skuteczna. Edukacja zespołu stomatologicznego powinna być regularna i często aktualizowana. Lider zespołu powinien dbać i zachęcać, aby inni członkowie chcieli podnosić swoje kwalifikacje, brać udział w organizowanych szkoleniach. Nie zapominajmy o roli organów państwowych, które nie tylko powinny

*Przemoc często wynika
z bezsilności, bezradności
i lęków dorosłych.
Pomagajmy im! Uczmy
też, jak mają działać
w swojej obronie.*

mobilizować, ale także skutecznie egzekwować przestrzeganie ustalonych zasad związanych z edukacją zespołu stomatologicznego.

Lekarze dentyści mogą odegrać ważną rolę w wykrywaniu przemocy i zaniechań wobec dzieci, jednak należy im to uświadomić. Niezwykle potrzebne jest przekazywanie lekarzom denty stomom procedur postępowania w przypadku podejrzenia przemocy czy zaniechania. W programie nauczania w trakcie studiów powinny znaleźć się elementy ułatwiające zrozumienie problemu przemocy wobec dzieci, wykrywanie jej objawów, ryzyka, profilaktyki oraz postępowania w przypadku podejrzenia zaniechań lub znęcania się.

Ważne jest także udzielanie pomocy rodzicom, bo niejednokrotnie przemoc wynika z bezsilności, bezradności i lęków dorosłych. Nie bez znaczenia pozostaje kwestia uczenia i informowania dzieci, jak się zachować i co robić, jeśli spotka je krzywda. Najskuteczniejszym sposobem na skuteczną samoobronę dziecka jest uczenie go, jakie ma prawa i do kogo może zwrócić się o pomoc.

Szkolenia dla zespołu stomatologicznego

Podczas wewnętrznych szkoleń zespołu stomatologicznego należy pa-

Wszyscy pracownicy kliniki powinni umieć docenić swoją rolę w programie ochrony dzieci i podchodzić do tego zadania z należytą powagą.

miętać o zespołowym analizowaniu trudnych, zawiłych oraz budzących podejrzenie przypadków. Członkowie zespołu nie powinni wstydzić się poprosić o radę i pomoc swoich koleżanek i kolegów. Rozwiązywanie problemu przemocy wobec dziecka jest bardzo obciążające psychicznie, dlatego oparcie w zespole jest konieczne dla efektywności podejmowanych działań.

Wszyscy członkowie zespołu stomatologicznego mający kontakt z dziećmi powinni zostać przeszkoleni przez lidera zespołu. Po takim szkoleniu (cyklu szkoleń) każda z tych osób powinna potrafić rozpoznać problem i właściwie zareagować w przypadku podejrzenia naruszenia dobra dziecka, jego granic osobistych, a przy tym zasad zachowania tajemnicy lekarskiej i szacunku do dziecka, rodziców i jego otoczenia. Każdy członek zespołu w następstwie szko-

leń powinien umieć docenić swoją rolę w ochronie dzieci przed przemocą i podchodzić do tego problemu z należytą powagą. Lider zespołu powinien w sposób zrozumiały przekazać wszystkim pracownikom kliniki aktualne założenia dotyczące ochrony dzieci oraz informacje na temat lokalnych i państwowych służb, do których mogą zwracać się o pomoc w sytuacji podejrzenia zagrożenia dobra dziecka.

Osoba prowadząca szkolenia dla zespołu stomatologicznego musi mieć na względzie, że wśród członków takiej grupy mogą być osoby, które w młodości same były ofiarami przemocy. Z tego powodu musi pamiętać o delikatnym podejściu do problemu, a w razie potrzeby być gotowa do udzielenia wsparcia każdemu z członków zespołu.

Lider zespołu oraz lekarze specjaliści stomatologii dziecięcej również powinni przechodzić okresowe szkolenia. Ich efektem powinno być aktualizowanie wiedzy z zakresu ochrony dzieci przed przemocą, wymiana doświadczeń z innymi liderami czy specjalistami, nawiązywanie współpracy, która ma ułatwić radzenie sobie w trudnych przypadkach oraz usprawniać proces reagowania. Zrozumienie roli wspólnego działania, organizowania działań profilaktycznych, kampanii informacyjnych oraz

zalet efektywnej współpracy jest kluczowe dla sprawnego działania programu ochrony dzieci.

Lekarze dentyści pełniący funkcję konsultantów wojewódzkich i krajowych w dziedzinie stomatologii dziecięcej, przedstawiciele służb publicznych oraz inni specjaliści, powinni wymieniać doświadczenia i wspólnie się doskonalić. Ich współpraca powinna obejmować kontakt ze specjalistami z innych państw, co może zaowocować opracowaniem aktualnych i nowatorskich programów profilaktycznych oraz organizowaniem kampanii informacyjnych. Wszystko to w celu doskonalenia systemu ochrony praw i interesów dzieci.

Ze względu na istnienie wielu mentalnych i społecznych uwarunkowań, proces realizacji założeń i form niniejszego projektu wymagać będzie zmian w wielu obszarach.

Piśmiennictwo

- [1] Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdt.org.uk
- [2] General Dental Council. Standards Guidance: Standards for

Dental Professionals. London: General Dental Council, 2005. www.gdc-uk.org

- [3] Mouden LD. Child abuse and neglect: the dental assistant's role in prevention. *Dent Assist* 2000; 30–37
- [4] Welbury RR, Macaskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightmen KE, Jackson MC, Crawford MA. General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study. *Eur J Paediatr Dent* 2003; 2: 89–95
- [5] Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. *Br Dent J* 2005; 199: 517–520
- [6] South Yorkshire Area Child Protection Committee. Area Child Protection Committee Procedure Manual. Section 5.2. Sheffield: South Yorkshire ACP, 2001
- [7] Our Duty to Care: principles of good practice for the protection of children and young people. 3rd edition, SS1. Belfast: Volunteer Development Agency, 2000. www.volunteering-ni.org
- [8] M. Borysewicz–Lewicka, D. Olczak-Kowalczyk „Zespół dziecka maltretowanego w aspekcie stomatologicznym” *Czasopismo Stomatologiczne* 2009, 62,11, 859–867
- [9] B. Ziółcka, M. Borysewicz–Lewicka „Cases of Child Abuse in the Dental Practise-Basics for Recognising and Collecting Data”, *Polish J. Of Environment. Stud.* Vol.17, No.6A, Part I(2008), 78–82
- [10] Department of Health. Good practice in consent implementation guide: consent to examination or treatment. Department of Health, 2001, document reference 25751. www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics
- [11] British Society of Disability and Oral Health. Principles on intervention for people unable to comply with routine dental care — a policy document. 2004. www.bsdh.org.uk/guidelines.html
- [12] Sinha S, Acharya P, Jafar H, Bower E, Harrison V, Newton JT. The Management of Abuse: a resource manual for the dental team. pp 86–87. London: Stephen Hancocks Ltd., 2005. www.shancocksLtd.com
- [13] Harris JC, Townsend MC, Welbury RR. Guidelines for child

protection for the dental team: Rotherham 2004. E-book, www.pgde-trent.co.uk

Dziecka za rok 2013 oraz uwagi o stanie przestrzegania praw dziecka”, Warszawa 2014 r.

- [14] Pitts NB, Pendlebury ME, Clarkson JE (Eds). Clinical Examination and Recordkeeping. Good Practice Guidelines. London, Faculty of General Dental Practitioners (UK), 2001
- [15] Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent.* 2008 Jan;18(1):27–34
- [16] Wystąpienie generalne Rzecznika Praw Dziecka do Barbary Kudryckiej Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Bartosza Arłukowicza Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2013 roku, „Informacja o działalności Rzecznika Praw Dziecka za rok 2013 oraz uwagi o stanie przestrzegania praw dziecka”, Warszawa 2014 r.
- [17] Wystąpienia generalne Rzecznika Praw Dziecka do Rektorów i Prorektorów wszystkich uczelni medycznych w kraju z dnia 7 maja 2013 r., „Informacja o działalności Rzecznika Praw



**OBRAZ OBJAWÓW PRZEMOCY
W BADANIU STOMATOLOGICZNYM**

Przemoc fizyczna a objawy w obrębie głowy, szyi oraz jamy ustnej

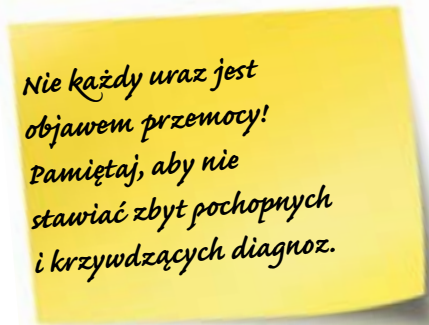
Większość urazów głowy, twarzy, szyi oraz jamy ustnej u dzieci powstaje jako wynik zabawy z rówieśnikami, nieszczęśliwych wypadków i zbiegów okoliczności. Lekarz dentyista w diagnozowaniu przyczyn każdego urazu powinien zachować wyjątkową ostrożność i kierować się racjonalnym, wszechstronnym podejściem. Wieloaspektowy proces diagnozy ze szczególnym uwzględnieniem wywiadu powinien stanowić podstawę wyciągnięcia wniosków o prawdopodobieństwie występowania nadużyć przemocowych.

Diagnoza w kierunku stwierdzenia form przemocowych wobec dzieci musi mieć szczególnie rzetelny i obiektywny charakter.

Postawienie diagnozy poprzedzać musi ustalenie przyczyn urazu oraz jego charakteru (czy nie był on przypadkowy). W innym wypadku, postawiona diagnoza o występowaniu przemocy fizycznej w rodzinie, może okazać się zbyt pochopna i w dodatku krzywdząca dziecko, rodzinę i jego otoczenie.

W anglojęzycznej literaturze przedmiotu uważa się, że urazy głowy, twa-

rzy i szyi występują w ponad połowie przypadków przemocy wobec dzieci. Jama ustna ze względu na bardzo ważną rolę, jaką odgrywa w komunikacji werbalnej czy odżywianiu, może być miejscem odnajdywania wielu objawów przemocy fizycznej. Do urazów może dojść np. podczas przymusowego karmienia (np. ślady sztućców lub butelki) Odnajduje się również ślady rąk, palców, a także objawy poparzeń papierosem, cieczami czy substancjami żrącymi.



Nie każdy uraz jest objawem przemocy! Pamiętaj, aby nie stawiać zbyt pochopnych i krzywdzących diagnoz.

Przemoc fizyczna może dawać na twarzy i w jamie ustnej różnorodny obraz kliniczny. Obserwuje się: otarcia, stłuczenia, skaleczenia, oparzenia języka, podniebienia twardego i miękkiego, warg, śluzówki policzka, dziąseł czy wędzidełek.

Podbiegnięcia krwawe najczęściej występują na skórze pokrywającej kość, np. w okolicach czoła lub kości jarzmowej. Występowanie ich u dzieci, które jeszcze nie porusza-

Diagnoza musi być oparta na: danych z wywiadu, badania klinicznego i badań dodatkowych, znajomości czynników ryzyka oraz informacji o sytuacji społecznej pacjenta.

ją się samodzielnie powinno wzbudzić szczególną czujność. Tego typu zmiany na szyi rzadko powstają na skutek przypadkowych urazów. Częściej ich przyczyną jest stosowana wobec dziecka przemoc. Ostre granice każdego podbiegnięcia krwawego o nienaturalnym czy niespotykanym kształcie świadczą, że powstały one wskutek zamierzonego uderze-

nia. O przemocę także świadczą siniaki w różnym stadiach gojenia.

Przemieszczone, zwichnięte lub złamane zęby oraz kości twarzoczaszki to znamienne objawy przemocy fizycznej, o ile nie są wynikiem nieszczęśliwego zdarzenia (co należy ustalić w wywiadzie według kroków przedstawionych w rozdziale II). Złamania



Zdjęcie 4. Uszkodzone i posiniaczone wędzidełko wargi górnej pacjenta, w wyniku upadku z deskorolki.

Zdjęcia wykorzystane z publikacji Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdend.org.uk za zgodą autorów.

powstałe w wyniku przemocy fizycznej najczęściej dotyczą dzieci poniżej 3. roku życia. U dzieci w wieku szkolnym złamanie najczęściej występują na skutek nieszczęśliwych wypadków. Nieco rzadziej są skutkiem przemocy rówieśniczej.

Badania dowodzą, że urazy zwykle dotyczą ust, a w dalszej kolejności: błony śluzowej, zębów, języka i dziąseł. Przebarwione zęby, w następstwie martwicy miazgi, powinny być wynikiem przeżytych urazów, które mogą budzić nasze podejrzenie tylko w uzasadnionych wypadkach, podpartych wcześniej prawidłowo zebranym wywiadem.

Knebel w okolicach jamy ustnej może powodować siniaki, zmiany lichenoidalne czy pęknięcia kąćków ust. Poważne uszkodzenia jamy ustnej, w tym tylnej ściany gardła czy ropnie zagardłowe, mogą być przyczyną krwioplucia lub innych objawów wymagających profesjonalnej opieki medycznej.

Ugryzienia przez zwierzęta mięsożerne zazwyczaj powodują oderwanie i widoczny ubytek tkanki. Z kolei ludzkie wywołują siniaki, otarcia, podbiegnięcia krwawe, ale także sporadycznie — oderwanie tkanki. Jeśli odległość międzykłowa wynosi około 3 cm dziecko musiał ugryźć dorosły człowiek. Ślady ugryzień występu-

ją u starszych dzieci wykorzystywanych seksualnie. Bywają niezwykle pomocne w ustaleniu sprawcy.

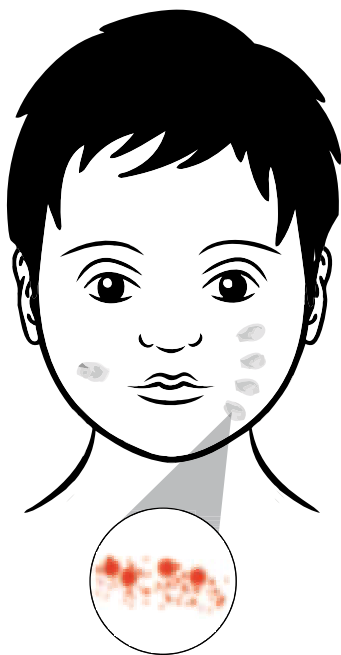
Należy jednak przede wszystkim pamiętać, że większość urazów w jamie ustnej może powstać na tle przypadkowego, nieumyślnego uderzenia (np. u dzieci w wieku 8–18 miesięcy, które uczą się chodzić, często dochodzi do urazów warg, zębów czy wędzidełka) lub być wynikiem nie-



Zdjęcie 5. Otarcie na twarzy pacjenta powstałe w wyniku upadku z deskorolki.

Zdjęcia wykorzystane z publikacji Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk za zgodą autorów.

szczęśliwego wypadku (zdjęcie 4, 5). W tej sytuacji nie jest łatwo odróżnić, czy są wynikiem przemocy czy zupełnie przypadkowego zdarzenia. Naderwanie wędzidełka u dziecka poniżej 2. roku życia jest często objawem przemocy dlatego nie należy go lekceważyć. Prawidłowe różnicowanie podłoża urazu wymaga delikatnego i racjonalnego postępowania, pewnego doświadczenia zawodowego,



Rysunek 1. Ślady powstałe w wyniku złapania twarzy dziecka ręką podczas karmienia na siłę.
Rysunek powstał w oparciu o publikację Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdt.org.uk oraz za zgodą autorów.

Należy również pamiętać, że urazy czy ślady ugryzienia mogą być wynikiem bójki z innym dzieckiem lub wspólnej zabawy.

a przede wszystkim posiadania wiedzy o wszystkich możliwych przyczynach urazu. Tylko takie postępowanie pozwoli lekarzowi w dużym stopniu uchronić się przed pomyłkami. Należy również pamiętać, że urazy czy ślady ugryzienia mogą być wynikiem bójki z innym dzieckiem lub wspólnej zabawy. **Dopiero współistniejące czynniki, jak: rozbieżna historia choroby dziecka, nieregularne wizyty, niespójne tłumaczenie rodziców na temat przyczyny urazu oraz nienaturalne zachowanie dziecka, powinny wzbudzić podejrzenie lekarza dentysty.**

W tabeli 9 przedstawiono zestawienie miejsc z typowymi dla nich objawami ewentualnego występowania przemocy. Opisane zostały również niektóre typowe przyczyny tych urazów. Należy pamiętać, że pochopnie podjęta diagnoza, niepodparta profesjonalnie zebraniem wywiadem, a postawiona jedynie na podstawie objawów, może skierować nasze myślenie w krzywdzącym kierunku.

Tabela 9. Potencjalne objawy przemocy fizycznej.

Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk.

ZĘBY:

- zwichnięcia całkowite lub częściowe
- złamania w obrębie korony lub korzeni
- ubytki erozyjne
- obnażone korzenie i ubytki abrazyjne powstałe na skutek używania nadmiernej siły przez rodziców podczas szczotkowania

DZIAŚŁA, BŁONA ŚLUZOWA, DNO JAMY USTNEJ I JĘZYK:

- oparzenia, blizny, zuszczejające zapalenia mogą być objawem poparzeń gorącą żywnością, papierosem czy rozgrzanymi przyborami kuchennymi
- uszkodzone wędzidełko języka, zwłaszcza u dzieci starszych, może być wynikiem pociągania za język
- krwiaki i otarcia na podniebieniu od ostrych przedmiotów
- urazy języka (np. rany cięte w wyniku użycia ostrych narzędzi, takich jak nóż czy widelec)
- zmiany na wewnętrznej powierzchni policzka w wyniku chwycenia ręką twarzą dziecka podczas karmienia na siłę (rysunek 3) lub w wyniku spoliczkowania dziecka (rysunek 4)

WARGI:

- oparzenia, blizny, zuszczejające zapalenia (oparzenia żywnością, chemikaliami czy papierosami)
- uszkodzone i posiniaczone wędzidełko wargi górnej w wyniku uderzenia, szarpnięcia lub stosowania przemocy podczas karmienia na siłę
- otarcia w kąciakach ust jako wynik kneblowania
- podbiegnięcia krwawe lub rany cięte w wyniku pobicia, zmuszania do jedzenia czy używania smoczka

SZCZĘKI, ŻUCHWA I INNE KOŚCI TWARZOCZASZKI:

- złamania w obrębie wyrostka zębodołowego
- złamania szczęki, żuchwy lub kości nosowych i innych
- zwichnięcia częściowe lub całkowite żuchwy
- ślady odbitej dłoni czy klamry zamka mogą wskazywać na miejsce złamania kości

USZY:

- pęknięcia, skaleczenia
- „kalafiorowate ucho” powstające na skutek ciągnięcia i wykręcania go
- uszkodzenia błony bębenkowej

NOS:

- uszkodzenia lub podbiegnięcia krwawe
- przemieszczenia przegrody nosa
- skrzepy krwi w nosie

GŁOWA:

- braki owłosienia i/lub krwiaki podskórne w wyniku pociągania za włosy
- brak higieny (strupy, wszy)
- siniaki i oparzenia w różnych stadiach gojenia
- ślady (głównie na twarzy) zadrapań i otarć po obrączce, pierścionku lub paznokciach

SZYJA:

- okrężne ślady, siniaki mogą sugerować próby podduszenia
- oparzenia liniowe
- siniaki, zaczerwienienia mogą wskazywać na wiązanie przedmiotów wokół szyi
- ślady ugryzień
- otarcia w „trójkącie bezpieczeństwa”, które prawie zawsze są objawem stosowanej wobec dziecka przemocy (zdjęcie 5)

OCZY:

- podbiegnięcia krwawe okołoczołokowe, zwłaszcza o bustronne
- krwawienie do przedniej komory oka
- trwałe lub przejściowe upośledzenie wzroku
- rany cięte w okolicach oczu powstałe w następstwie np. zmuszania do jedzenia



Rysunek 2. Ślady po spoliczkowaniu dziecka.

Rysunek powstał w oparciu o publikację Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdt.org.uk oraz za zgodą autorów.

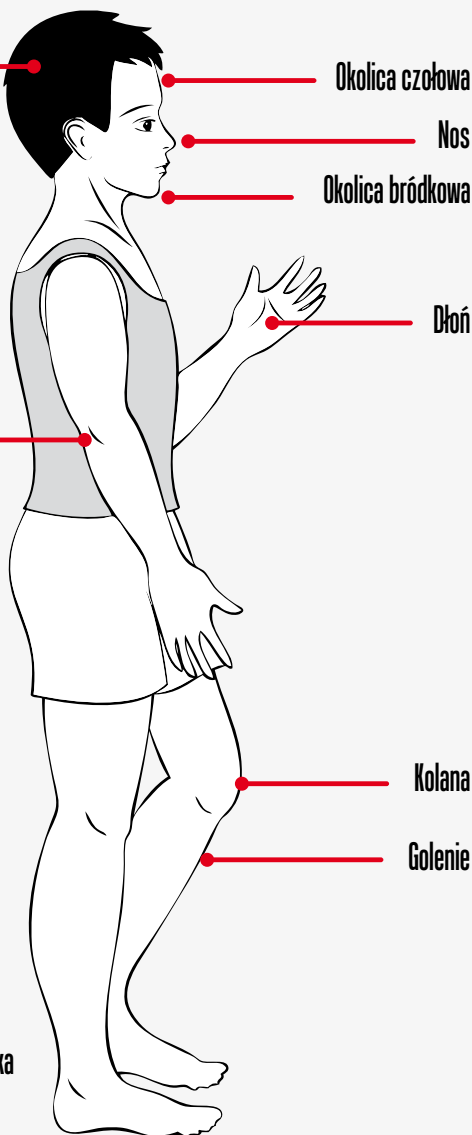
Urazy głowy często obejmują kość ciemieniową, potyliczną lub czołową

Łokcie

ZAPAMIĘTAJ

Przypadkowe urazy zwykle:

- obejmują wynisłości kostne
- pasują do wersji wydarzeń
- odpowiadają rozwojowi dziecka



Okolica czołowa

Nos

Okolica bródkowa

Dłoń

Kolana

Golenie

Rysunek 3. Najczęstsze miejsca występowania przypadkowych urazów u dzieci.

Rysunek powstał w oparciu o publikację Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpd.org.uk oraz za zgodą autorów.

Urazy — w szczególności oznaki uszczypnięć po obu stronach ucha

„Trójkąt bezpieczeństwa” (uszzy, okolica boczna twarzy i szyi, górna okolica ramion): przypadkowe urazy w tej okolicy są rzadko spotykane

Wewnętrzne powierzchnie ramion

Plecy i boczna strona tułowia, oprócz okolic kręgosłupa

ZAPAMIĘTAJ

Niepokój powinny wzbudzić:

- urazy po obu stronach ciała
- urazy tkanek miękkich
- urazy o konkretnych wzorach
- każdy uraz, który nie pasuje do wytłumaczenia
- opóźnienia dotyczące oględzin
- nielezione urazy

Zasinione okolice oczu, szczególnie, gdy obustronnie

Tkanki miękkie okolicy policzka

Urazy wewnętrzne

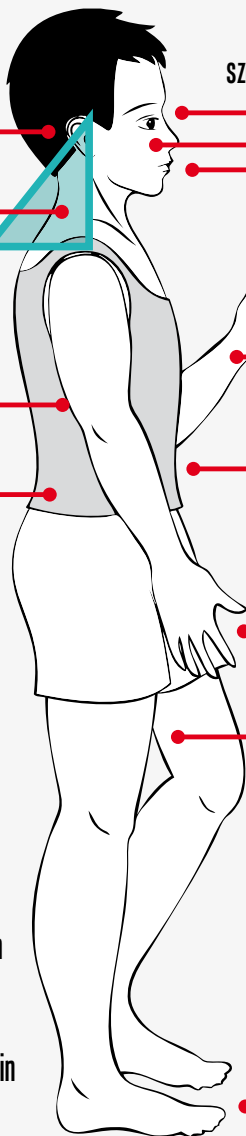
Przedramiona, gdy uniesione w celu ochrony

Klatka piersiowa i okolica brzuszna

Jakiegolwiek urazy pachwin lub genitaliów

Wewnętrzne powierzchnie ud

Podeszwy stóp



Rysunek 4. Najczęstsze miejsca występowania urazów, które powstały w wyniku przemocy.

Rysunek powstał w oparciu o publikację Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdtd.org.uk oraz za zgodą autorów.



Zdjęcie G. Otarcie w „trójkącie bezpieczeństwa”.

Zdjęcia wykorzystane z publikacji Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpd.org.uk za zgodą autorów.

Zespół Münchhausena

W piśmiennictwie przedstawiany jest zespół Münchhausena; opisuje go schemat polegający na fałszowaniu objawów choroby lub jej wywoływania u dziecka przez opiekuna. Objawy mogą pojawiać się w jamie ustnej dziecka. Wśród nich stwierdzono utratę zębów, owrzodzenia i afty na błonie śluzowej jamy ustnej, blizny po urazach, krwawienie, czarny język, przebarwienia i obrzęk warg. Lekarz dentyista w niektórych przypadkach w połączeniu z wywiadem i obserwacją powinien rozważyć potencjalne „wytwarzanie” objawów u dziecka przez ww. zespół lub przez opiekuna. W uzasadnionych przy-

padkach wskazana będzie konsultacja z lekarzem pediatrą lub psychiatrą umożliwiająca dalszą diagnostykę i leczenie.

W tabeli 10 zostały wymienione pewne choroby, które mogą naśladować objawy przemocy wobec dziecka.

*Przemoc psychiczną
łatwo przeoczyć,
choć często
towarzyszy innym
rodzajom przemocy.*

Tabela 10. Choroby, które mogą naśladować objawy przemocy wobec dziecka. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cDpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdpt.org.uk.

naczyniaki (heamangioma) przypominające podbiegnięcia krwawe

niebieskie plamy (blue spots)

wrodzoną łamliwość kości (osteogenesis imperfecta)

zakażenia, np. świerzb, liszajec (scabies, impetigo), przypominające oparzenia papierosem

zaburzenia krzepnięcia krwi

Przemoc psychiczna

Przemoc psychiczna wpływa negatywnie na rozwój emocjonalny dziecka. Zakłócenia, jakie wywołuje w kształtowaniu osobowości młodego człowieka mogą wywoływać nieodwracalne szkody. Często ten rodzaj przemocy towarzyszy przemocy fizycznej lub seksualnej oraz zaniedbaniu. Łatwo przeoczyć objawy przemocy psychicznej u dzieci, które są dobrze odżywione, ubrane i na pierwszy rzut oka nie wyglądają na ofiary jakiegokolwiek rodzaju przemocy.

Przemoc psychiczna obejmuje m.in. wmawianie dzieciom, że są bezwarto-

ściowe, niekochane, nie potrafią spełnić wygórowanych oczekiwań rodziców lub opiekunów pod względem zachowania, ocen w szkole czy osiągnięcia sukcesów. Inne zachowania rodziców świadczące o przemocy psychicznej wobec dziecka to: zmuszanie go do uczestniczenia w wielu zajęciach dodatkowych, psychiczne naciski skłaniające do rywalizacji z rówieśnikami, ograniczanie udziału w normalnej interakcji społecznej, zmuszanie dziecka do bycia świadkiem złego traktowania drugiego człowieka, zastraszanie czy wpędzanie go w poczucie zagrożenia lub wykorzystywanie. Przemoc psychiczna może skutkować zahamowaniem procesu kształcenia, rozwoju umysłowego i zainteresowań dziecka.

Stan emocjonalny i zachowanie dziecka w gabinecie mogą być pomocne w wykryciu tego rodzaju przemocy skierowanej wobec niego. Kiedy rodzic nie jest obecny w gabinecie, dzieci, które doświadczają przemocy psychicznej, często nagle stają się skrajnie

Warto uważnie obserwować dziecko pod kątem stanów lękowych. Często są one objawem przemocy psychicznej.

konfliktowe, marudne, zmieszane, wycofane, czujne, niespokojne, nie potrafią się skoncentrować.

Ważny jest również stosunek rodzica do dziecka w trakcie leczenia stomatologicznego. Rodzic może ignorować dziecko, jego potrzeby i prośby lub odwrotnie — używać obraźliwego języka, grozić lub mieć wygórowane oczekiwania w stosunku do jego zachowania w trakcie leczenia.

Wszystkie niepokojące obserwacje należy odnotować w karcie pacjenta. Lekarz dentyista powinien również zwrócić uwagę, czy wyżej wymienionym objawom przemocy psychicznej nie towarzyszą dodatkowo oznaki przemocy fizycznej lub seksualnej czy też zaniedbania.

W tabeli 11 wymieniono niektóre objawy, które mogą wystąpić u dzieci, które są ofiarami przemocy psychicznej.

Tabela 11. Objawy przemocy psychicznej. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. *Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice*. CDPDent: Sheffield, 2006. www.cpdent.org.uk

- opóźniony rozwój fizyczny i emocjonalny
- nerwice i depresje
- trudności z koncentracją i pamięcią
- nieufność, fobie oraz lęki
- niska samoocena
- psychiczne uzależnienie od rodziców

- nieuzasadnione poczucie winy
- niedojrzałość społeczna
- brak wrażliwości społecznej
- zaburzenie własnej tożsamości
- zaburzenia snu
- alienacja
- poczucie bezsensu
- agresja
- nieumiejętność obrony własnych granic
- nadmierna tolerancja na trudne sytuacje
- niepokój i wycofanie
- problemy z kontrolowaniem emocji
- biegunka
- potliwość
- bóle żołądkowe
- nietrzymanie moczu
- arytmie serca
- nadciśnienie
- wzmożone napięcie serca
- nasilone parafunkcje np. obgryzanie paznokci, czy samookaleczenie
- przygryzanie błony śluzowej warg języka, czy policzka
- bulimia i anoreksja

Przemoc seksualna a ślady głowy, szyi oraz jamy ustnej

Przemoc seksualna obejmuje każdą formę wykorzystania dziecka dla uzyskania satysfakcji seksualnej przez dorosłego. Działania te mogą mieć charakter penetracyjny bądź niepe-

Chociaż jama ustna jest częstym miejscem nadużyć seksualnych, to skutki tego rodzaju przemocy stanowią utamek procentowy objawów innych częściej spotykanych w jamie ustnej chorób.

netracyjny (seks oralny) lub bezkontaktowy, np. zmuszanie do patrzenia na czynności seksualne czy do udziału w produkcji materiałów pornograficznych. Ofiarami najczęściej są małe dzieci, których strach, bezsilność fizyczna, problemy w kontaktach werbalnych oraz brak świadomości powodują, że stają się one łatwodostępnym obiektem przemocy gwarantującym sprawcy bezkarność.

Weryfikacja wszystkich objawów przemocy często leży poza uprawnieniami lekarzy dentyków, jednakże badanie fizykalne jamy ustnej i części twarzowej czaszki są nieodłącznym elementem badania przedmiotowego każdego pacjenta w gabinecie stomatologicznym i mogą dostarczyć wielu informacji.

Mimo, iż jama ustna dziecka jest częstym miejscem nadużyć seksualnych, rzadko można zaobserwować widoczne objawy urazów czy zakażeń w tym rejonie.

Zakażenie rzeżączkowe u dzieci wywołane bakteriami *Neisseria gonorrhoeae*, obejmujące jamę ustną czy tkanki sąsiadujące jest patognomicznym dowodem wykorzystywania seksualnego. Stwierdza się je jednak bardzo rzadko u osób w wieku dojrzewania, ocenianych jako potencjalne ofiary wykorzystywania. Najczęściej zakażenie bywa asymptomatyczne, jednak czasami stwierdza się objawy w postaci bólu gardła, dyskomfortu w czasie przełykania pokarmów, zaczerwienienia błony śluzowej czy białawo-żółtawych plamek w obrębie gardła. Objawy takie dowodzą, że w nieodległej przeszłości doszło do kontaktów jamy ustnej dziecka z genitaliami albo okolicami odbytu osoby zakażonej.

HPV (*Human Papilloma Virus*) wywołuje brodawki, które lokalizują się wokół jamy ustnej dziecka i mogą świadczyć o wykorzystaniu seksualnym. Jednakże zawsze należy rozważyć inne czynniki ryzyka, ponieważ wirus HPV może być przenoszony nie tylko drogą oralno-genitalną, ale

Dzieci, ofiary przemocy seksualnej, poza obrażeniami cielesnymi, doświadczają także ciężkich i trwałych urazów psychicznych.

także w czasie porodu z matki na noworodka czy po prostu przez kontakty nieseksualne. Natomiast niewyjaśnione urazy, otarcia czy wybroczyny na podniebieniu, zwłaszcza na granicy podniebienia miękkiego i twardego, mogą świadczyć o przymusowym seksie oralnym.

Inne objawy sugerujące wykorzystanie seksualne dzieci dotyczą pozostałych chorób przenoszonych drogą płciową, jak: kiła, drożdżycy, syfilis czy rzesistkowica, spotykane w wieku dziecięcym. Jednak podobnie jak w przypadku wcześniejszych chorób jest to rzadko obserwowane. Obecność nasienia i/lub włosów łonowych w jamie ustnej (np. pomiędzy zębami) to bardzo rzadki, ale pewny dowód.

Do niespecyficznych objawów obserwowanych u dzieci wykorzystywanych seksualnie można zaliczyć takie zaburzenia, jak: ruchomość zębów, złamania zębów, zaczerwienienie i wrażliwość błony śluzowej, czerwone plamki, krwiaki na podniebieniu, ból gardła, trudności w polykaniu, podbiegnięcia krwawe na skórze twarzy, zadrapania za uszami.

Dzieci-ofiary przemocy seksualnej, poza obrażeniami cielesnymi, doświadczają także ciężkich i trwałych urazów psychicznych. Dziecko takie może być nieśmiałe, wycofane, izoluje się społecznie, jest zawstydzone,

ma niskie poczucie własnej wartości, często ma problemy z koncentracją uwagi, odczuwa zgeneralizowany wstyd i poczucie winy. Ponadto, unika kontaktu wzrokowego, jest bojaźliwe, miewa niekontrolowane skrajne wybuchy złości i agresji, często unika dotyku. W skrajnych przypadkach jest apatyczne i w ogóle nie reaguje na ból, może prezentować objawy dysocjacji, tzn. nieobecności psychicznej w danej sytuacji. Problemy z zachowaniem na fotelu stomatologicznym (strach, niechęć do otwierania jamy ustnej) mogą świadczyć o stosowaniu przez opiekuna każdej z form przemocy, bezwzględnie w połączeniu z innymi oczywistymi przesłankami wynikającymi z wywiadu, obserwacji i innych danych.

Tabela 12 przedstawia objawy mogące wskazywać na przemoc seksualną. Dane mogą być pomocne w identyfikacji i gromadzeniu dokumentacji medycznej.

Dzieci, ofiary przemocy seksualnej, poza obrażeniami cielesnymi, doświadczają także ciężkich i trwałych urazów psychicznych.

Tabela 12. Charakterystyczne oznaki przemocy seksualnej oraz ich możliwe przyczyny.

PODEJRZEWANE ZAKAŻENIE	OBJAWY	ETIOLOGIA
Rzeżączka	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie gardła, migdałków, dziąseł • asymptomatyczny przebieg • zapalenie spojówek 	<i>Neisseria gonorrhoea</i>
Kiła pierwszorzędowa	<ul style="list-style-type: none"> • owrzodzenie, ok. 21 dni od posiewu • powiększenie węzłów chłonnych 	<i>Treponema pallidum</i>
Kiła drugorzędowa	<ul style="list-style-type: none"> • powiększenie węzłów chłonnych • grudkowo–plamista wysypka, kłykciny kończyste po ok. 8 tyg. 	<i>Treponema pallidum</i>
Opryszczka	<ul style="list-style-type: none"> • pęcherzyki prowadzące do nadżerek 	<i>Herpes simplex typu I, typu II</i>
Brodawki weneryczne (<i>Gondyloma Accuminata</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • brodawkopodobne zmiany na ustach, języku, dziąsłach, podniebieniu 	<i>Human Papilloma Virus</i>
Rzęsistkowica	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie spojówek • zapalenie płuc 	<i>Chlamydia Trachomatis</i>

W tabeli 13 wymienione zostały wskaźniki emocjonalne i behawioralne, które mogą pojawić się u dzieci wykorzystywanych seksualnie.

Tabela 13. Wskaźniki behawioralne i emocjonalne u dzieci wykorzystywanych seksualnie. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. *Child Protection and the Dental Team: An Introduction to Safeguarding Children in Dental Practice*. CDPDEN: Sheffield, 2006. www.cpdent.org.uk.

cięża u nastoletniej dziewczyny

opóźniony rozwój

lęk i depresja, problemy emocjonalne

niewłaściwe zachowania seksualne

nadużywanie narkotyków, alkoholu

wycofanie społeczne, alienacja

zgeneralizowany wstyd i poczucie winy

nieobecność psychiczna, dysocjacja

zachowania agresywne i autoagresywne

zaburzenie odżywiania — anoreksja lub bulimia

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKACH WYKORZYSTANIA SEKSUALNEGO

Rozpoznawanie dzieci wykorzystywanych seksualnie i zorganizowanie im efektywnej pomocy jest trudne, szczególnie gdy dziecko jest wyko-

rzystywane przez bliską osobę z rodziny. Wymaga od lekarza dentystry doświadczenia i umiejętności różnicujących oraz przemyślanego i delikatnego podejścia.

Dziecko, które doświadczyło wykorzystania zmagając się ze wstydem i poczuciem winy, że uczestniczyło w takim złym akcie. Często nie potrafi nazwać tego co się stało, jest zastraszone przez sprawcę, ma do niego ambiwalentne uczucia.

Okolo 90% dzieci wykorzystanych seksualnie nigdy nie ujawniło tego faktu. To, że nie jest w stanie powiedzieć wprost co się stało, nie oznacza, że nie oczekuje pomocy. Dziecko usiłuje delikatnie sygnalizować problem osobom, którym ufa. Zdradza tajemnice, mówi, że nie lubi zostawać samo z określoną osobą, boi się jej. Sądzi, że to wystarczy, żeby uzyskać pomoc od dorosłych. Niestety, większość tych prób szukania ratunku przez krzywdzone dziecko nie jest właściwie zrozumiana przez otoczenie i dziecko się poddaje. Z uwagi na to, bardzo istotna jest znajomość pośrednich wskaźników wykorzystania (tabela nr 13) i długoczasowa obserwacja zachowań małego pacjenta w gabinecie stomatologicznym i poczekalni.

Dziecko wykorzystywane seksualnie może prezentować również objawy charakterystyczne dla pozostałych

form przemocy (emocjonalnej, fizycznej czy zaniedbania, wymienione w tabelach).

Gdy lekarz ma tylko niejasne podejrzenie (brak jednoznacznych wskaźników diagnostycznych), warto skonsultować się z pozostałymi członkami zespołu poradni stomatologicznej. Wspólnie łatwiej zdecydować o dalszej wnikliwej obserwacji (ewentualnego) w późniejszym etapie, zawiadomienia organów ścigania o podejrzeniu przestępstwa czy nawiązać w tej sprawie kontakt z niekrywdzącym rodzicem i skierować dziecko na psychologiczne badanie diagnostyczne (rodzic musi wyrazić zgodę na wizytę dziecka u psychologa).

Jeżeli podejrzanym jest ojciec, warto zdawać sobie sprawę, że matka krzywdzonego dziecka może stanąć w obronie systemu rodzinnego i dążyć do utrzymania tajemnicy. Dzieje się tak często w rodzinach, w których to głównie ojciec zapewnia materialny byt. Wtedy jedyną szansą na pomoc dziecku jest niezwłoczne zawiadomienie organów śledczych (policji lub prokuratury). Lekarz powinien złożyć takie doniesienie pamiętając, że podstawą zawiadomienia nie musi być pewność co do wykorzystania, wystarczy podejrzenie oparte na zaobserwowanych niespecyficznych objawach.

Obserwacje lekarza i pozostałych członków zespołu są bardzo ważnym, obiektywnym dowodem w postępowaniu wyjaśniającym, czy doszło do przemocy seksualnej wobec dziecka, szczególnie z uwagi na wspomniane wcześniej trudności dziecka w ujawnianiu wstydliwych i niezrozumiałych wydarzeń.

Zaniedbanie stomatologiczne

„Dental neglect”, czyli zaniedbanie stomatologiczne, to pojęcie definiowane przez Amerykańską Akademię Stomatologii Dziecięcej, jako celowe i świadome działania niezmiernie do zapewnienia odpowiedniej opieki stomatologicznej dziecku, która umożliwiłaby utrzymanie prawidłowej czynności i stanu jamy ustnej, wolnej od dolegliwości bólowych i zakażeń. Są to wszelkie ogniska próchnicy, choroby przyzębia i inne schorzenia, które nieleczone prowadzą do bólu, infekcji i utraty funkcji.

Problemy stomatologiczne wynikające z zaniedbania mogą negatywnie wpływać na uczenie się, komunikację, odżywianie i prawidłowy rozwój dziecka.

Te niepożądane efekty mogą negatywnie wpływać na uczenie się, komunikację, odżywianie i inne działania konieczne do prawidłowego wzrostu i rozwoju dziecka.

Przykładem są dzieci, które po raz pierwszy zgłaszają się do gabinetu stomatologicznego, a w jamie ustnej obserwuje się rozległe ogniska „próchnicy butelkowej”. Ważne, aby różnicować opiekunów świadomych, z adekwatną wiedzą, lecz uchylających się od poszukiwania pomocy u lekarza dentysty od tych, którzy zupełnie nie są świadomi, jakie skutki niesie za sobą zaniedbanie stanu zdrowia jamy ustnej ich dziecka. Zaniedbanie stomatologiczne może wynikać z izolacji rodziny, braku środków finansowych, nieświadomości, niedostrzegania korzyści ze zdrowia jamy ustnej. Ogólne zaniedbanie i brak opieki dentystycznej mogą być także wskaźnikiem przemocy emocjonalnej, fizycznej czy seksualnej wobec najmłodszych.

Czy nieleczona próchnica wskazuje na umyślne zaniedbanie? A może koszty są za duże albo dostępność świadczeń zdrowotnych ograniczona? Niezależnie od tych dylematów Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej sugeruje, żeby uznać każde zaniedbanie (przez rodzica czy opiekuna prawnego), prowadzące do objawów bólowych, za niewywiązy-

Niezwykle ważny jest prawidłowy instruktaż higieny jamy ustnej oraz przekazanie lub przedstawienie rodzicom narzędzi ułatwiających jej prawidłowe wykonywanie (szczotka, pasta i nić dentystyczna).

wanie się ze swojego rodzicielskiego obowiązku.

W tabeli 14 zostały wymienione najczęstsze wskaźniki zaniedbania stomatologicznego. W tabeli 15 wymieniono pozostałe wskaźniki zaniedbania dziecka.

Tabela 14. Wskaźniki zaniedbania stomatologicznego.
Źródło: publikacja Harris j, Sidebotham p, Welbury r et al. child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. cOpDenD: Sheffield, 2006. www.cpdpt.org.uk.

slaba higiena jamy ustnej manifestująca się licznymi powierzchniami zęba, na których znajduje się płytka nazębna i/lub kamień nazębny

nieleczona próchnica, która może być łatwo wykryta przez osobę bez wykształcenia medycznego

**nieleczone krwawienia, złamania oraz urazy
w obrębie twarzoczaszki**

**brak ciągłości leczenia pomimo wcześniej
zidentyfikowanej patologii**

Wielu rodziców powołuje się na niewiedzę, jeżeli chodzi o próchnicę wczesną (*caries preacox*) tłumacząc, iż ostatecznie i tak zęby mleczne zostaną utracone. Te okoliczności są uznawane za zaniedbanie i gdy rodzic nie stawia się na kolejne wizyty mimo dokładnego poinformowania, może to być podstawą do interwencji przedstawionej w rozdziale II. Dlatego tak ważny jest prawidłowo przeprowadzony instruktaż higieny jamy ustnej. Dobrą praktyką jest również przekazanie rodzicom narzędzi ułatwiających dbanie o higienę jamy ustnej dzieci (pasta do zębów i szczoteczka).

Tabela 15. Wskaźniki zaniedbania dziecka. Źródło: publikacja Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. *Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice*. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdent.org.uk

POTRZEBA DZIECKA	EFEKT ZANIEDBANIA
odżywianie	zaburzony rozwój, niski wzrost
ciepło, odzież, schronienie	nieodpowiednie ubranie, oparzenia, odmrożenia

**POTRZEBA
DZIECKA**

EFEKT ZANIEDBANIA

bezpieczne
otoczenie

częste urazy

higiena i opieka
medyczna

brudne paznokcie,
uszy, twarz, płytka
i kamień nazębny,
próchnica

edukacja

opóźniony rozwój
intelektualny

zainteresowanie,
czułość

wycofanie lub usilna
potrzeba zwrócenia na
siebie uwagi

Piśmiennictwo

- [1] Harris J, Sidebotham P, Welbury R et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. COPDEND: Sheffield, 2006. www.cpdent.org.uk
- [2] Nancy Kellogg, Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect, "Pediatrics" 2005;116:1565
- [3] Paul S. Casamassimo, DDS, MS, Child sexual abuse and the pediatric dentist, PEDIATRIC DENTISTRY: May 1986 No 1. 8 Special Issue 1

- [4] American Academy of Pediatric Dentistry, Definition of dental neglect, *Pediatr Dent* 2003;25 (suppl):7
- [5] Recommendations of the Academy Board of Directors, American Academy of Pediatric Dentistry, Committee on Child Abuse and Neglect, April 1984
- [6] Andrew Tsang, DMD, David Sweet, DMD, PhD, Detecting Child Abuse and Neglect — Are Dentists Doing Enough? *J Can Dent Assoc* 1999; 65:387–91
- [7] Mouden LD. Child abuse and neglect: the dental assistant's role in prevention. *Dent Assist* 2000; 30–37
- [8] Welbury RR, Macaskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightmen KE, Jackson MC, Crawford MA. General dental practitioners' perception of their role within child protection: a qualitative study. *Eur J Paediatr Dent* 2003; 2: 89–95
- [9] Whittaker DK, MacDonald DG. Bite marks in flesh. In Whittaker DK, MacDonald DG *A colour atlas of forensic dentistry*. p108. London: Wolfe Medical Publications Ltd, 1989
- [10] Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry; orofacial trauma and its recognition by dentists. *J Am Dent Assoc* 1978; 97: 24–28
- [11] Da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent* 1992; 14: 152–157
- [12] Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *ASDC J Dent Child* 1995; 62: 245–249
- [13] Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 310–318
- [14] Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005; 90: 182–186. (see also www.core-info.cf.ac.uk)
- [15] Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child*

2005; 90: 187–189. (see also
www.core-info.cf.ac.uk)

109–114) Online publish date:
2015-04-22

- [16] Sweet D, Pretty IA. A look at forensic dentistry — Part 2: Teeth as weapons of violence — identification of bite mark perpetrators. *Br Dent J* 2001; 190: 415–418
- [17] Hobbs CJ, Wynne JM. Physical signs of child abuse. A colour atlas. 2nd ed. London: WB Saunders, 2001
- [18] Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. Child abuse and neglect. A clinician's handbook. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1998
- [19] American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Dental Neglect. *Pediatr Dent Reference Manual* 2004–2005; 13
- [20] Wynne J, Speight N. Response to “Who is failing abused and neglected children?” *Arch Dis Child* 2001; 85: 300–302
- [21] Fabricated or induced illness in the oral cavity in children. A systematic review and personal experience Dorota Olczak–Kowalczyk, Beata Wolska–Kusnierz, Ewa Bernatowska (*Centr Eur J Immunol* 2015; 40 (1):



PRZEPISY OBLIGUJĄCE DO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA MAJĄCEGO ZNAMIONA PRZESTĘPSTWA

Kodeks postępowania karnego

Podstawowe uregulowania odnośnie obowiązku powiadamiania organów ścigania o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu zostały zawarte w **art. 304 kpk.**

W myśl §1 tego przepisu „**Każdy** dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu **ma społeczny obowiązek** zawiadomić o tym prokuratora lub Policję. §2 stanowi natomiast, że **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.**”

Kodeks postępowania cywilnego

Na gruncie procedury cywilnej obowiązek powiadomienia określonego organu o zdarzeniu, które uzasadnia wszczęcie postępowania zawiera **art. 572 kpc.**

Zgodnie z tym przepisem „**Każdy**, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, **obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.**”

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Celem nałożenia zobowiązania do konkretnej reakcji na określone osoby, które w swojej pracy, wykonując obowiązki, mogą zetknąć się z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie w **ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie znowelizowano art. 12.**

W brzmieniu obecnie obowiązującym w ustępie 1 stanowi on, że „**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.”

Jednocześnie zgodnie z **art. 9d ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie**, przedstawiciele ochrony zdrowia zobowiązani są do realizacji procedury „**Niebieskie Karty**”.

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. Podejmowanie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się w oparciu o pro-

cedurę „Niebieskie Karty” i **nie wymaga** zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie.

W pierwszej kolejności należy wypełnić formularz „Niebieska Karta — A”. Przekazanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta — A” następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie **7 dni** od dnia wszczęcia procedury do **przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego**. Obsługę organizacyjno–techniczną zespołu interdyscyplinarnego zapewnia miejscowy ośrodek pomocy społecznej. Jeśli pojawia się problem tego rodzaju, który organ ma pierwszy wypełnić dany formularz, wówczas wypełnia go przedstawiciel podmiotu, który pierwszy powziął informacje, że osoba może doświadczać przemocy. Wypełnienie formularza następuje w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Jeżeli nawiązanie bezpośredniego kontaktu z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie nie jest możliwe, wypełnienie formularza następuje bez udziału tej osoby. Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta — A”, osobie co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, wypełniający (np. pracownik służby zdrowia) przekazuje formularz „Niebieska Karta — B” (który powinien zawierać m.in. propozycje instytucji pomocowych). Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego nie później niż w ciągu 3 dni od dnia otrzymania for-

mularza, przekazuje go członkom zespołu interdyscyplinarnego.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz kodeks etyki lekarskiej

Obowiązek zgłoszenia zdarzenia mającego znamiona przestępstwa w przypadku lekarzy i lekarzy dentystrów wynika nie tylko w wyżej wskazanych przepisów, ale także z **ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry**.

W myśl **art. 4** powołanej ustawy, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, **zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością**.

Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi natomiast w art. 2 ust. 2, że najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego — *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Zgodnie z **art. 27** kodeksu, **lekarz ma prawo do ujawnienia** zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka, w tym praw dziecka.

Podstawą zwolnienia lekarza z obo-

wiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, w sytuacji gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób jest **art. 40 ust. 2 pkt 3** ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Uregulowania, w tym zakresie, zawiera również Kodeks Etyki Lekarskiej, w szczególności **art. 25**, który stanowi, że „**zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić**: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, **jeśli zachowanie tajemnicy**

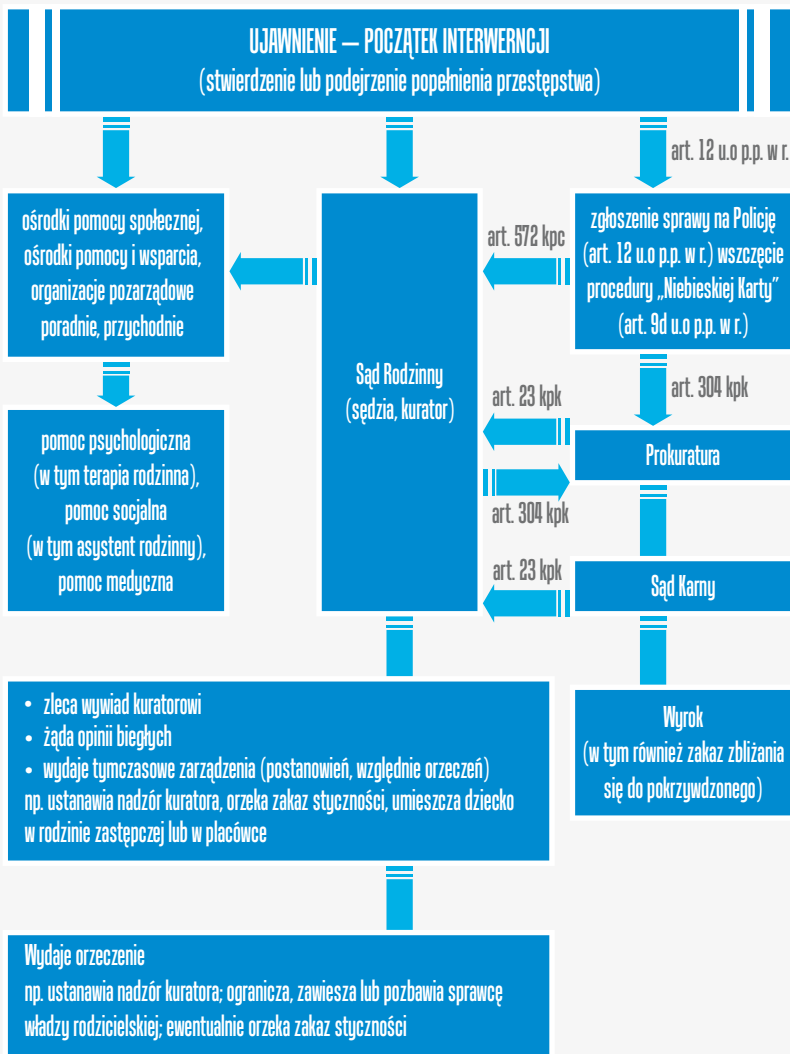
w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”.

Obowiązek zgłaszania przez lekarzy i lekarzy dentystrów zdarzeń mających znamiona przestępstwa wynika z przepisów Kodeksu postępowania karnego, Kodeksu postępowania cywilnego, a w szczególności z ustaw szczególnych: ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Tabela 16. Jak interweniować

PAMIĘTAJ	NIGDY
<ul style="list-style-type: none"> • zapewnij pacjentowi poufność • uważnie słuchaj pacjenta • rozmowa poszkodowanego pacjenta o problemie przemocy jest dla niego dużym wysiłkiem psychicznym i emocjonalnym • upewnij pacjenta, że doceniasz jego szczerłość • zapisz dokładnie relacje pacjenta w dokumentacji choroby • wyznacz kolejną wizytę • zadaniem dentystry nie jest wyjaśnienie problemu, a jedynie powiadomienie właściwych instytucji, kiedy nabierze podejrzenia o krzywdzeniu dzieci 	<ul style="list-style-type: none"> • nie żartuj na temat przemocy • nie minimalizuj problemu i nie próbuj zmieniać tematu • nie omawiaj nadużycia przed podejrzanym sprawcą • nie zmuszaj pacjenta do szczegółowych relacji wykorzystywania • nie zawstydzaj, nie wiń, nie wydawaj osądów • nie naruszaj poufności, chyba że wymaga tego prawo • nie składaj obietnic bez pokrycia dotyczących poufności

SCHEMAT POSTĘPOWANIA PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA W PRZYPADKU STWIERDZENIA PRZEMOCY WOBEC DZIECKA

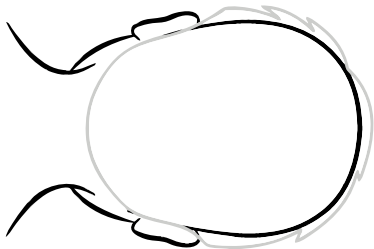
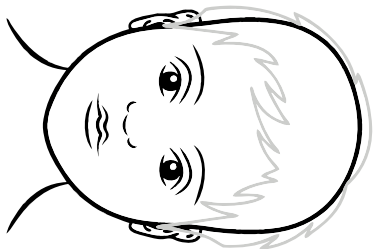
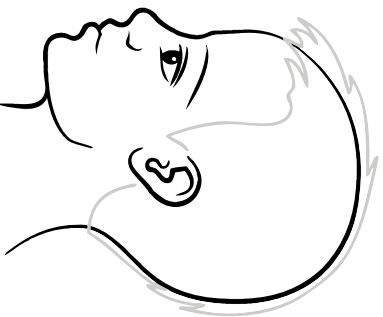




ZAŁĄCZNIKI

Karta badania

ZAZNACZ MIEJSKA USZKODZENIA GŁOWY



Opis uszkodzeń:

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr historii choroby:

Podpis lekarza:

Data:

Rozporządzenie Rady Ministrów

z dnia 13 września 2011 r.

w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”

(Dz.U. z dnia 3 października 2011 r.)

Na podstawie art. 9d ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) procedurę „Niebieskie Karty”, zwaną dalej „procedurą”;
- 2) wzory formularzy „Niebieska Karta” wypełniane przez przedstawicieli podmiotów realizujących procedurę.

§ 2.

1. Wszczęcie procedury następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta — A” przez przedstawiciela jednego z podmiotów wymienionych w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, zwanej

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2009 r. Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842 oraz z 2011 r. Nr 149, poz. 887.

dalej „ustawą”, w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie.

2. Wzór formularza „Niebieska Karta — A” stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. W przypadku braku możliwości wypełnienia formularza „Niebieska Karta — A” z uwagi na nieobecność osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, stan jej zdrowia lub ze względu na zagrożenie jej życia lub zdrowia, wypełnienie formularza „Niebieska Karta — A” następuje niezwłocznie po nawiązaniu bezpośredniego kontaktu z tą osobą lub po ustaniu przyczyny uniemożliwiającej jego wypełnienie.

4. W przypadku gdy nawiązanie bezpośredniego kontaktu z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, jest niewykonalne, wypełnienie formularza „Niebieska Karta — A” następuje bez udziału tej osoby.

§ 3.

Wszczynając procedurę, podejmuje się działania interwencyjne mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie.

§ 4.

Rozmowę z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, przeprowa-

dza się w warunkach gwarantujących swobodę wypowiedzi i poszanowanie godności tej osoby oraz zapewniających jej bezpieczeństwo.

§ 5.

1. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie wobec dziecka, czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury, zwane dalej „działaniami”, przeprowadza się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego.

2. Jeżeli osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie wobec dziecka, są rodzice, opiekunowie prawni lub faktyczni, działania z udziałem dziecka przeprowadza się w obecności pełnoletniej osoby najbliższej w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej „osobą najbliższą”.

² Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr

3. Działania z udziałem dziecka, co do którego istnieje podejrzenie, że jest dotknięte przemocą w rodzinie, powinny być prowadzone w miarę możliwości w obecności psychologa.

§ 6.

1. Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta — A” osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, przekazuje się formularz „Niebieska Karta — B”.

2. Wzór formularza „Niebieska Karta — B” stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678, Nr 133, poz. 767, Nr 160, poz. 964 i Nr 191, poz. 1135.

3. Jeżeli osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, jest dziecko, formularz „Niebieska Karta — B” przekazuje się rodzicowi, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu albo osobie, która zgłosiła podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie.

4. Formularza „Niebieska Karta — B” nie przekazuje się osobie, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie.

§ 7.

1. Przekazanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta — A” do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury.

2. Kopię wypełnionego formularza „Niebieska Karta — A” pozostawia się u wszczynającej procedurę.

§ 8.

1. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego po otrzymaniu formularza „Niebieska Karta — A” niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od dnia jego otrzymania, przekazuje go członkom zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej.

2. Na posiedzeniu członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej w obecności zaproszonej osoby, co do której istnieje podej-

zienie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, dokonują analizy sytuacji rodziny i wypełniają formularz „Niebieska Karta — C”.

3. Wzór formularza „Niebieska Karta — C” stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia.

4. Na posiedzenie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej nie zaprasza się dziecka.

5. Niestawiennictwo osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, nie wstrzymuje prac zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej.

6. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej wypełniają formularz „Niebieska Karta — D” w obecności osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie.

7. Wzór formularza „Niebieska Karta — D” stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 9.

1. Jeżeli w trakcie działań dokonywanych przez przedstawiciela podmiotu, o którym mowa w art. 9d ust. 2 ustawy, zachodzi podejrzenie, że osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, dopuściła się po raz kolejny stosowania przemocy w rodzinie, wypełnia się formularz „Niebieska Karta — A” w zakresie niezbędnym do udoku-

mentowania nowego zdarzenia i przesyła go do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego.

2. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, dopuściła się po raz kolejny stosowania przemocy w rodzinie w trakcie działań dokonywanych przez zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą, wypełnia się formularz „Niebieska Karta — C” w zakresie niezbędnym do udokumentowania nowego zdarzenia.

§ 10.

1. Wszystkie działania są dokumentowane.

2. W przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa dokumenty, o których mowa w ust. 1, są przekazywane organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego.

§ 11.

W ramach procedury pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

- 1)** diagnozuje sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 2)** udziela kompleksowych informacji o:
 - a)** możliwościach uzyskania pomocy, w szczególności psycho-

logicznej, prawnej, socjalnej i pedagogicznej, oraz wsparcia, w tym o instytucjach i podmiotach świadczących specjalistyczną pomoc na rzecz osób dotkniętych przemocą w rodzinie,

- b)** formach pomocy dzieciom doświadczającym przemocy w rodzinie oraz o instytucjach i podmiotach świadczących tę pomoc,
- c)** możliwościach podjęcia dalszych działań mających na celu poprawę sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 3)** organizuje niezwłocznie dostęp do pomocy medycznej, jeżeli wymaga tego stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 4)** zapewnia osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w zależności od potrzeb, schronienie w całodobowej placówce świadczącej pomoc, w tym w szczególności w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- 5)** może prowadzić rozmowy z osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, na temat konsekwencji stosowania przemocy w rodzinie oraz informuje te osoby

o możliwościach podjęcia leczenia lub terapii i udziale w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

§ 12.

W ramach procedury przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych podejmuje działania, o których mowa w § 11 pkt 1–3 i 5.

§ 13.

W ramach procedury funkcjonariusz Policji:

- 1) udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, niezbędnej pomocy, w tym udziela pierwszej pomocy;
- 2) organizuje niezwłocznie dostęp do pomocy medycznej, jeżeli wymaga tego stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 3) podejmuje, w razie potrzeby, inne niezbędne czynności zapewniające ochronę życia, zdrowia i mienia osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie, włącznie z zastosowaniem na podstawie odrębnych przepisów w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, środków przymusu bezpośredniego i zatrzymania;
- 4) przeprowadza, o ile jest to możliwe, z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, rozmowę, w szczególności o odpowiedzialności karnej za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, oraz wzywa osobę, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, do zachowania zgodnego z prawem i zasadami współżycia społecznego;
- 5) przeprowadza na miejscu zdarzenia, w przypadkach niecierpiących zwłoki, czynności procesowe w niezbędnym zakresie, w granicach koniecznych do zabezpieczenia śladów i dowodów przestępstwa;
- 6) podejmuje działania mające na celu zapobieganie zagrożeniom mogącym występować w rodzinie, w szczególności składa systematyczne wizyty sprawdzające stan bezpieczeństwa osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w zależności od potrzeb określonych przez zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą.

§ 14.

1. W ramach procedury przedstawiciel ochrony zdrowia każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia oraz o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

2. Jeżeli stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, wymaga przewiezienia jej do podmiotu leczniczego, formularz „Niebieska Karta — A” wypełnia przedstawiciel podmiotu leczniczego, do którego osoba ta została przewieziona.

3. Przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działań jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarz, położna i ratownik medyczny.

§ 15.

W ramach procedury przedstawiciel oświaty:

- 1) podejmuje działania, o których mowa w § 11 pkt 2 lit. a i c oraz pkt 3 i 5;
- 2) diagnozuje sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w tym w szczególności wobec dzieci;

- 3) udziela kompleksowych informacji rodzicowi, opiekunowi prawnemu, faktycznemu lub osobie najbliższej o możliwościach pomocy psychologicznej, prawnej, socjalnej i pedagogicznej oraz wsparcia rodzinie, w tym o formach pomocy dzieciom świadczonych przez instytucje i podmioty w zakresie specjalistycznej pomocy na rzecz osób dotkniętych przemocą w rodzinie.

§ 16.

1. W ramach procedury członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej:

- 1) udzielają pomocy osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 2) podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, w celu zaprzestania stosowania tego rodzaju zachowań;
- 3) zapraszają osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, na spotkanie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej;
- 4) opracowują indywidualny plan pomocy dla osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, i jej rodziny, który zawiera propozycje działań pomocowych;

5) rozstrzygają o braku zasadności podejmowania działań.

2. Indywidualny plan pomocy obejmuje ogół działań podejmowanych przez osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, oraz podmioty, o których mowa w art. 9d ust. 2 ustawy, w celu poprawy sytuacji życiowej tej osoby oraz jej rodziny.

3. Indywidualny plan pomocy może ulegać zmianie w zależności od potrzeb i sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w szczególności w sytuacjach, o których mowa w § 9 ust. 2.

§ 17.

1. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego wzywa osobę, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, na spotkanie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej.

2. Spotkania z osobami, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie, oraz osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, nie mogą być organizowane w tym samym miejscu i czasie.

3. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie,

że stosuje przemoc w rodzinie, w szczególności:

1) diagnozują sytuację rodziny, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą;

2) przekazują informacje o konsekwencjach popełnianych czynów;

3) motywują do udziału w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych;

4) przeprowadzają rozmowę pod kątem nadużywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków;

5) przekazują informacje o koniecznych do zrealizowania działaniach w celu zaprzestania stosowania przemocy w rodzinie.

4. Jeżeli osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, nadużywa alkoholu, członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej kierują tę osobę do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

§ 18.

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) datę rozpoczęcia i zakończenia procedury;
2. Zakończenie procedury wymaga udokumentowania w formie protokołu podpisanego przez przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego, który powinien zawierać:
- 1) dane dotyczące osób, wobec których realizowana była procedura;
 - 3) opis podjętych działań w ramach procedury.
 - 3. O zakończeniu procedury powiadamia się podmioty uczestniczące w procedurze po jej zakończeniu.

§ 19.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

WZÓR

NIEBIESKA KARTA — A

.....

 (pieczęć podmiotu, o którym mowa w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, wypełniającego formularz „Niebieska Karta — A”)

.....

(miejscowość, data)

- I. DANE OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE
- 1. Imię i nazwisko:.....
 - 2. Imiona rodziców:
 - 3. Miejsce zamieszkania:
 kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
 ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
 numer telefonu:.....
 - 4. Aktualny adres pobytu:
 kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....

ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
 numer telefonu:.....

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

1. Zgłaszający: osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

2. Zgłaszający: inna osoba (np. rodzic, opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba najbliższa, świadek):

 1) imię i nazwisko:
 2) miejsce zamieszkania:
 kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
 ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
 numer telefonu:.....

III. DANE OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:.....
2. Miejsce zamieszkania:
 kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
 ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
 numer telefonu:.....
3. Stosunek pokrewieństwa z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

IV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
Stosowała przemoc fizyczną, w tym:						
popychanie						
uderzanie						
wykręcanie rąk						

duszenie						
kopanie						
spoliczkowanie						
inne (podać jakie)						
Uszkodzenia ciała, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
zasinienia						
zadrapania						
krwawienia						
oparzenia						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc psychiczną, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
izolację						
wyzwiska						
ośmieszanie						
groźby						
kontrolowanie						
ograniczanie kontaktów						
krytykowanie						
poniżanie						
demoralizację						
ciągle niepokojenie						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc seksualną, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
zmuszanie do obcowania płciowego i innych czynności seksualnych						
Inny rodzaj zachowań, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
niszczenie/uszkodzenie mienia						
zabór/przywłaszczenie mienia						
groźba karalna/znieważenie						
zmuszanie do picia alkoholu						
zmuszanie do zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niezleconych przez lekarza leków						
inne działające na szkodę najbliższych (podać jakie)						

* Na przykład: żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna.

V. OD JAK DAWNA TE ZACHOWANIA MAJĄ MIEJSCE

.....
.....
.....

VI. ZACHOWANIE

Zachowanie się osoby	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
trudność nawiązania kontaktu				
spokojny/-na				
płaczący/-wa				
zastraszony/-na				
unikania rozmów				
agresywny/-na				
stawia opór Policji				

VII. OPIS MIEJSCA ZDARZENIA

(np. szkody, zniszczone sprzęty, nieporządek, rozbite szkło, uszkodzone drzwi, brud, ślady krwi, ślady spożywania alkoholu, wyczuwalna woń alkoholu, inne)

.....
.....
.....

VIII. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

Świadek I

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce zamieszkania:
kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....

Świadek II

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....

Świadek III

1. Imię i nazwisko:.....

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....

IX. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA JUŻ KIEDYKOLWIEK KARANA ZA PRZESTĘPSTWO Z UŻYCIEM PRZEMOCY LUB GROŻBY JEJ UŻYCIA:

TAK NIE NIE USTALONO

X. CZY W STOSUNKU DO OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, SĄD ZASTOSOWAŁ DOZÓR KURATORA SĄDOWEGO:

TAK NIE NIE USTALONO

XI. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ALKOHOLU:

TAK NIE NIE USTALONO

XII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB LEKÓW:

TAK NIE NIE USTALONO

XIII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA LECZONA PSYCHIATRYCZNIE:

TAK NIE NIE USTALONO

XIV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, POSIADA BRONŃ:

TAK NIE NIE USTALONO

XV. CZY W ZWIĄZKU ZE STOSOWANIEM PRZEMOCY W RODZINIE BYŁY PODEJMOWANE NASTĘPUJĄCE DZIAŁANIA:

- powiadamianie i interwencje Policji
- powiadomienie prokuratury
- zatrzymanie
- dozór Policji
- wydanie zakazu kontaktowania się z określonymi osobami
- wydanie zakazu zbliżania się do określonych osób
- wydanie postanowienia o obowiązku opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym
- tymczasowe aresztowanie
- wszczęcie postępowania karnego lub innego postępowania sądowego (jakiego? np. rozwodowego, rodzinnego)
- poddanie wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego
- odebranie dziecka w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia w związku z przemocą w rodzinie
- zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu (w stosunku do kogo?)
- leczenie innych uzależnień (jakich, w stosunku do kogo?)
- zobowiązanie do uczestnictwa w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (nałożone przez kogo?)
- udzielono pomocy medycznej
- inne działania (jakie?)
-
-

XVI. DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ POLICJĘ

Działania podjęte przez Policję	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
pouczenie				

środki przymusu bezpośredniego (jakie?)				
badanie na zawartość alkoholu w organizmie (wynik)	 (wynik)	
izba wytrzeźwień				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych/do wytrzeźwienia				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych				
policyjna izba dziecka				

XVII. DANE DOTYCZĄCE RODZINY

Lp.	Imię i nazwisko	Stosunek pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje*
1.				
2.				
3.				
4.				

* Zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci — szkoła/klasa.

XVIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Stan psychiczny:

- pobudzony/-na ospały/-ta/apatyczny/-na płaczący/-wa
 agresywny/-na lękliwy/-wa inny/-na (jaki/-ka?)

.....

2. Porozumiewanie się:

- chętnie nawiązuje kontakt trudno nawiązuje kontakt
 małomówny/-na jąka się
 krzyczy wypowiada się nielogicznie

odmawia odpowiedzi na zadawane pytania

porozumiewa się niewerbalnie (np. językiem migowym, gestami, piktogramami itp.)

.....

.....

Reakcja na osobę towarzyszącą (szczególnie ważne w przypadku dzieci):

3. Rodzaje uszkodzeń:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> skaleczenia | <input type="checkbox"/> ślady nakłucia | <input type="checkbox"/> ślady ugryzienia |
| <input type="checkbox"/> otarcia naskórka | <input type="checkbox"/> siniaki | <input type="checkbox"/> krwawienia |
| <input type="checkbox"/> ślady oparzenia | <input type="checkbox"/> zwichnięcia | <input type="checkbox"/> złamania kości |

4. Stan higieny:

- Skóra: czysta brudna
 wysuszona odmrożona
 odparzona odleżyny
 pieluszkowe zapalenie skóry
- Włosy: czyste brudne
 wszawica łysienie/włosy powyrywane
 ciemieniucha

5. Inne objawy podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie/zaniedbania:

- strój brudny/nieadekwatny do pory roku
- waga/wzrost nieadekwatne do wieku
- rozwój nieadekwatny do wieku
- wyniszczenie organizmu
- odwodnienie
- ponawianie zgłoszeń do lekarza
- niekorzystanie z pomocy lekarza mimo przewlekłej choroby
- niestosowanie się do wcześniejszych zaleceń lekarskich

6. Obrażenia i objawy spójne z wersją przedstawioną przez osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

TAK NIE

7. W przypadku dziecka obrażenia i objawy spójne również z wersją przedstawioną przez rodzica lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego:

TAK NIE

8. Konieczność przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej:

TAK NIE

9. Podjęte leczenie:

- przyjęto na oddział szpitalny (jaki?)
- skierowano do szpitala (jakiego?)
- udzielono pomocy ambulatoryjnej odesłano do domu
- inne (jakie?)

10. Poinformowano o możliwości otrzymania zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą w rodzinie na podstawie rozporządzenia 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 (Dz.U. Nr 201, poz. 1334).

TAK NIE

11. Wydano zaświadczenie lekarskie:

TAK NIE

12. Wydano skierowanie na badanie lekarskie:

TAK NIE

13. Wydano zwolnienie lekarskie od pracy:

TAK NIE

XIX. PODJĘTE DZIAŁANIA INTERWENCYJNE

1. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

powiadomienie Policji udzielenie pomocy socjalnej

udzielenie pomocy medycznej

(w przypadku przemocy seksualnej należy działać zgodnie z procedurą postępowania Policji i placówki medycznej)

inne (jakie?)

2. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, poprzez zapewnienie jej miejsca w placówce całodobowej:

specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie

ośrodku wsparcia

ośrodku interwencji kryzysowej

domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

szpitalu

innych (jakich?)

3. Działania zmierzające do udzielenia pomocy dzieciom

.....
.....
.....

4. Przekazanie informacji organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego

.....
.....
.....

5. Inne (jakie?)

.....
.....
.....

XX. WNIOSKI PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU WYPEŁNIAJĄCEGO FORMULARZ

.....
.....

XXI. DODATKOWE INFORMACJE

.....
.....
.....

.....
(podpis przedstawiciela podmiotu wypełniającego
formularz „Niebieska Karta — A”)

.....
(data wpływu formularza „Niebieska Karta — A”
do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego)

NIEBIESKA KARTA — B

POUCZENIE DLA OSÓB DOTKNIĘTYCH PRZEMOCĄ
W RODZINIE**Co to jest przemoc w rodzinie?**

Przemoc w rodzinie to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, a także 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.

Kto może być ofiarą przemocy w rodzinie?

- współmałżonkowie
- partnerzy w związkach nieformalnych
- dzieci
- osoby starsze
- osoby niepełnosprawne

Najczęstsze formy przemocy w rodzinie to:

Przemoc fizyczna:

- bicie, popychanie, kopanie, duszenie, bicie przedmiotami, parzenie, policzkowanie...

Przemoc psychiczna:

- wyśmiewanie, szydzenie, lżenie, okazywanie braku szacunku, poddawanie stałej krytyce, kontrolowanie i ograniczanie kontaktu z bliskimi...

Przemoc seksualna:

- wymuszanie pożycia seksualnego, wymuszanie nieakceptowanych praktyk seksualnych, wymuszanie seksu z osobami trzecimi...

Inny rodzaj zachowań:

- zmuszanie do oddawania uzyskiwanych środków finansowych, uniemożliwienie podjęcia pracy, niezaspakajanie podstawowych potrzeb materialnych...
- niszczenie rzeczy osobistych
- demolowanie mieszkania

- wnoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie
- pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności bądź wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb
- zmuszanie do picia alkoholu
- zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków

PAMIĘTAJ!!!

Prawo zabrania stosowania przemocy i krzywdzenia swoich bliskich. Jeżeli Ty lub ktoś z Twoich bliskich jest ofiarą przemocy ze strony osoby najbliższej, nie wstydź się prosić o pomoc. Prawo stoi po Twojej stronie!

Jeżeli doznajesz takich zachowań, powiadom:

- Policję, dzwoniąc na numer 997 lub 112,
- prokuraturę.

Policjant ma obowiązek:

- **zapewnienia bezpieczeństwa** (art. 15a ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji — policjanci, wykonując czynności, mają prawo zatrzymywania sprawców przemocy w rodzinie stwarzających bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego);
- **przekazania informacji o interweniujących policjantach** (stopień, imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny policjantów, nazwa i siedziba jednostki, w której pełnią służbę);
- **przekazania, na wniosek sądu lub prokuratury, dokumentacji policyjnej** jako dowodów w postępowaniu;
- **uczestniczenia, na wniosek sądu, jako świadkowie** w sprawie karnej.

Prokurator w toku postępowania przygotowawczego ma prawo do:

- oddania podejrzanego pod dozór Policji z zakazem kontaktowania się z pokrzywdzonym;
- oddania podejrzanego pod dozór Policji zamiast zastosowania tymczasowego aresztowania, pod warunkiem że oskarżony w wyznaczonym terminie opuści lokal zajmowany wspólnie z pokrzywdzonym oraz określi miejsce swojego pobytu;
- nakazania podejrzanemu opuszczenia lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym — jeżeli zachodzi uzasadniona obawa, że oskarżony ponownie popełni przestępstwo z użyciem przemocy wobec tej osoby, zwłaszcza gdy popełnieniem takiego przestępstwa groził.

Polskie prawo ściga sprawców przestępstw przeciwko osobom bliskim za:

- znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny — art. 207 k.k.;
- uderzenie człowieka lub naruszenie jego nietykalności cielesnej w inny sposób — art. 217 k.k. (ściganie przestępstwa odbywa się z oskarżenia prywatnego);
- pozbawienie człowieka wolności — art. 189 k.k.;
- groźenie innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona — art. 190 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego);
- wzbudzanie u innej osoby uzasadnionego okolicznościami poczucia zagrożenia lub naruszenie jej prywatności poprzez uporczywe nękanie — art. 190a § 1 k.k. (ściganie na wniosek pokrzywdzonego);
- stosowanie przemocy lub groźby bezprawnej, w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia określonego stanu — art. 191 k.k.;
- utrwalanie wizerunku nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej, przez użycie wobec niej przemocy, groźby bezprawnej lub podstępny, albo rozpowszechnienie wizerunku nagiej osoby lub w trakcie czynności seksualnej bez jej zgody — art. 191a k.k. (ściganie na wniosek pokrzywdzonego);
- doprowadzenie innej osoby do obcowania płciowego przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem (zgwałcenie) oraz doprowadzenie w ten sam sposób innej osoby do poddania się innej czynności seksualnej lub wykonania takiej czynności — art. 197 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego); /UWAGA! Przestępstwo to popełnia również małżonek, który dopuszcza się zgwałcenia współmałżonka!;/
- spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci: pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia bądź innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpeceńcia lub zniekształcenia ciała — art. 156 k.k.;
- spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia, w wyniku którego pokrzywdzonym jest osoba najbliższa — art. 157 § 1 i 2 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego);

- uporczywe uchylanie się od wykonania ciężącego z mocy ustawy lub orzeczenia sądowego obowiązku opieki przez niełożenie na utrzymanie osoby najbliższej lub innej osoby i przez to narażanie jej na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego) — art. 209 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego, organu opieki społecznej lub innego właściwego organu);
- kradzież lub kradzież z włamaniem na szkodę osoby najbliższej — art. 278 k.k. i art. 279 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego);
- niszczenie, uszkodzanie cudzej rzeczy lub czynienie jej niezdatną do użytku — art. 288 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego);
- porzucenie wbrew obowiązkowi troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15 albo o osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny — art. 210 k.k.;
- uprowadzenie lub zatrzymanie małoletniego poniżej lat 15 albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru — art. 211 k.k.;
- obcowanie płciowe z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzenie jej do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania — art. 200 k.k.;
- rozpijanie małoletniego, przez dostarczanie mu napoju alkoholowego, ułatwianie jego spożycia, lub nakłanianie go do spożycia takiego napoju — art. 208 k.k.

Masz też prawo do złożenia na Policji lub w prokuraturze zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa przez osobę, która krzywdzi Ciebie i Twoją rodzinę.

PAMIĘTAJ!!!

Sprawca przemocy wobec bliskich, gdy czuje się bezkarny, prawdopodobnie nie zmieni się, będzie dalej stosował przemoc, bez względu na składane obietnice; następnym razem może być znacznie gorzej.

Jeżeli jednak zaufasz jego deklaracjom o zmianie zachowania wobec Ciebie/Twojej rodziny i zechcesz się wycofać, pamiętaj, że złożone przez Ciebie dotychczas zeznania nie będą mogły być wykorzystane przez prawne instytucje działające po to, aby Ci pomóc. Dlatego zanim podejmiesz taką decyzję, zastanów się i skonsultuj ją z psychologiem, terapeutą lub inną osobą pomagającą ofiarom przemocy w rodzinie, np. w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy rodzinie, ośrodku interwencji kryzysowej.

PAMIĘTAJ!!!

Zahamowanie przemocy w rodzinie jest możliwe — możesz z nią walczyć i uzyskać pomoc dla siebie i swoich bliskich.

Jak to możliwe?

Zrób dwa kroki:

1. Krok pierwszy — zanotuj przebieg zdarzenia (pamięć bywa zawodna):

Kto Cię skrzywdził? (imię i nazwisko)

Kim jest dla Ciebie sprawca przemocy w rodzinie? (Podać kto — mąż, żona, partner, partnerka, ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka, inne)

Kiedy to się stało? data godzina miejsce

Na czym polegała przemoc? (awantura, krzyk, lżenie, bicie, kopanie, rzucanie sprzętami, niszczenie sprzętów, bicie dzieci, groźby pobicia, groźby zabicia, wyrzucanie z domu, inne — podać jakie?)

Kto widział, słyszał przebieg zdarzenia?

Kto interweniował? (imię i nazwisko policjanta, jego numer służbowy, jednostka)

Czy po raz pierwszy Policja interweniuje w Twoim domu w takiej sprawie?

TAK

NIE

Jak często dochodzi do przemocy w Twoim domu? (raz w miesiącu, raz na tydzień, częściej)

Kiedy to się wydarzyło poprzednim razem?

Czy przemoc w rodzinie towarzyszy picie alkoholu?

TAK

NIE

Czy zawsze krzywdzi Cię ten sam sprawca?

TAK

NIE

Czy sprawca był już karany sądownie za czyn podobny?

TAK

NIE

Czy wobec sprawcy sąd zastosował dozór kuratora sądowego?

TAK

NIE

2. Krok drugi — do kogo możesz zwrócić się o pomoc?

Czy kiedykolwiek korzystałeś/korzystałaś z pomocy instytucji lub organizacji obowiązanych do udzielania pomocy?

TAK

NIE

Jeżeli: „TAK”, to z pomocy jakich instytucji lub organizacji?

.....

Jeżeli: „NIE”, to poniżej podajemy Ci nazwy instytucji i organizacji, z których pomocy możesz skorzystać i się do nich zwrócić:

- **Ośrodki pomocy społecznej** — pomogą Ci w sprawach społecznych, bytowych i prawnych.
- **Powiatowe centra pomocy rodzinie** — pomogą Ci w zakresie prawnym, społecznym, terapeutycznym lub udzielą informacji na temat instytucji lokalnie działających w tym zakresie w Twojej miejscowości.
- **Ośrodki interwencji kryzysowej** — zapewnią schronienie Tobie i Twojej rodzinie, gdy jesteś ofiarą przemocy w rodzinie, udzielą Ci pomocy i wsparcia w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej, a także opracują plan pomocy.
- **Ośrodki wsparcia** — zapewnią schronienie Tobie i Twojej rodzinie, gdy jesteś ofiarą przemocy w rodzinie, udzielą Ci pomocy i wsparcia w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej.
- **Specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie** — zapewnią bezpłatne schronienie Tobie i Twojej rodzinie, gdy jesteś ofiarą przemocy w rodzinie, oraz udzielą Ci specjalistycznej pomocy, w tym: pomocy psychologicznej, prawnej, społecznej, terapeutycznej i medycznej, oraz wsparcia w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej, a także opracują plan pomocy.
- **Prokuratura, Policja** — możesz tam złożyć zawiadomienie o przestępstwie znęcania się popełnionym na Twoją szkodę lub na szkodę Twoich bliskich i poprosić o udzielenie podstawowej informacji prawnej.
- **Sąd rodzinny i opiekuńczy** — możesz tam złożyć pozew w sprawach rodzinnych lub wnioski dotyczące spraw opiekuńczych Twoich dzieci.
- **Ochrona zdrowia** — możesz tam uzyskać zaświadczenie lekarskie o doznanych obrażeniach, poprosić o pomoc lekarską, spytać o adresy specjalistycznych poradni lekarskich.

- **Komisje rozwiązywania problemów alkoholowych** — jeżeli przemoc w Twoim domu towarzyszy picie alkoholu, możesz zwrócić się do nich z wnioskiem o skierowanie sprawcy przemocy na leczenie odwykowe lub uzyskać inną pomoc związaną z nadużywaniem przez niego alkoholu.

Na Twoim terenie funkcjonują lokalne placówki udzielające pomocy ofiarom przemocy w rodzinie:

Lp.	Nazwa instytucji/organizacji	Adres instytucji/organizacji	Telefon	Adres mailowy

Możesz zadzwonić również pod numery telefonów:

- **Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” tel. 801 12 00 02** (płatny pierwszy impuls, linia czynna od poniedziałku do soboty w godzinach 8.00–22.00, w niedziele i święta w godzinach 8.00–16.00), **tel. (22) 666 28 50 — dyżur prawny** (linia płatna, czynna w poniedziałek i wtorek w godzinach 17.00–21.00), **Poradnia e-mailowa:** niebieskalinia@niebieskalinia.info.
- **Policyjnego Telefonu Zaufania tel. 800 120 226** (linia bezpłatna przy połączeniu z telefonów stacjonarnych, czynna codziennie w godzinach od 930 do 1530, od godz. 1530 do 930 włączony jest automat).

WAŻNE

Na skutek wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” informacja dotycząca Twojej sytuacji rodzinnej zostanie przekazana przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego, który podejmie dalsze działania.

Zawsze możesz wzywać Policję na interwencję, poinformować prokuraturę oraz zwrócić się o pomoc do podmiotu/organizacji realizujących działania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Możesz również poprosić dzielnicowego, aby przyszedł do Twojego domu i udzielił stosownej pomocy i niezbędnych informacji.

WZÓR
NIEBIESKA KARTA — C

.....
(miejsowość, data)

- I. DANE BEZ ZMIAN
- 1) osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie
 - 2) osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie
- II. WERYFIKACJA DANYCH OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE
1. Imię i nazwisko:
 2. Imiona rodziców:
 3. Miejsce zamieszkania:
kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....
 4. Aktualny adres pobytu:
kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....
- III. WERYFIKACJA DANYCH OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE
1. Imię i nazwisko:
 2. Miejsce zamieszkania:
kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....
 3. Stopień pokrewieństwa ze zgłaszającą/-cym:
- IV. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE
1. Sytuacja rodzinna:
.....
.....

.....
.....
2. Sytuacja zawodowa:

.....
.....
.....

3. Sytuacja ekonomiczna:

.....
.....
.....

4. Sytuacja mieszkaniowa:

.....
.....
.....

5. Sytuacja zdrowotna:

.....
.....
.....

6. Sytuacja dzieci (rodzina, edukacyjna, wychowawcza, zdrowotna itp.):

.....
.....
.....

V. INDYWIDUALNY PLAN POMOCY DLA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE, W ZAKRESIE DZIAŁAŃ PRZEDSTAWICIELI:

1. Jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

- praca socjalna, w tym cykliczne wizyty w środowisku
- poinformowanie o warunkach korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej
- wskazanie na możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, prawnej oraz w formie poradnictwa — medycznego, zawodowego i rodzinnego

- skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do placówki dla ofiar przemocy w rodzinie, w szczególności do specjalistycznego ośrodka wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
- skierowanie dzieci do placówki opiekuńczo–wychowawczej wsparcia dziennego (np. świetlicy, klubu, ogniska wychowawczego)
- powiadomienie sądu rodzinnego i opiekuńczego o sytuacji dzieci
- inne (jakie?)
-
-
- 2. Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych:
 - skierowanie do udziału w grupach wsparcia dla osób współuzależnionych
 - poinformowanie o możliwościach prawnych dotyczących zobowiązania poddania osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, do poddania się leczeniu odwykowemu
 - skierowanie do udziału w grupie terapeutycznej
 - skierowanie do udziału w grupie samopomocowej
 - inne (jakie?)
 -
 -
- 3. Policji:
 - systematyczne wizyty sprawdzające stan bezpieczeństwa osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, odbywające się
 -
 - (podać częstotliwość wizyt uzgodnioną przez zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą)
 - poinformowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, że znęcanie się fizyczne i psychiczne jest przestępstwem, i przedstawienie aspektów odpowiedzialności karnej
 - poinformowanie o możliwości przeprowadzenia badania lekarskiego
 - wszczęcie postępowania przygotowawczego
 - wystąpienie do prokuratora z wnioskiem o zastosowanie właściwych środków zapobiegawczych
 - inne (jakie?)

4. Oświaty:

- objęcie dziecka/dzieci pomocą psychologiczno–pedagogiczną w przedszkolu, szkole lub innej placówce, odpowiednio w formie:
 - klasy terapeutycznej
 - zajęć rozwijających uzdolnienia
 - zajęć dydaktyczno–wyrównawczych
 - zajęć specjalistycznych: korekcyjno–kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym
 - zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej — w przypadku uczniów gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych
 - porad i konsultacji
- objęcie rodziców/opiekunów pomocą psychologiczno–pedagogiczną w formie: porad, konsultacji, warsztatów lub szkoleń
- pomoc materialna i jej rodzaj: wypoczynek wakacyjny, dożywianie, stypendium szkolne, zasiłek szkolny
- konsultacja w poradni psychologiczno–pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, skierowanie do pomocy terapeutycznej
- powiadomienie sądu rodzinnego i opiekuńczego o sytuacji dziecka
- poinformowanie rodzica/opiekuna o możliwości uzyskania pomocy oferowanej przez placówki opiekuńczo–wychowawcze wsparcia dziennego
- inne (jakie?)
-
-

5. Ochrony zdrowia:

- skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze wskazaniem co do dalszych ewentualnych konsultacji medycznych
- skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, na konsultacje psychiatryczne
- skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do lekarza w celu uzyskania zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie
- inne (jakie?)

.....
.....
6. Pozostałych członków zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej:

.....
.....
.....

VI. ZOBOWIĄZANIA, JAKIE PODJĘŁA OSOBA, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

.....
.....
.....

VII. OKRESOWA OCENA SYTUACJI RODZINY ORAZ OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

raz w tygodniu raz w miesiącu raz na trzy miesiące
 w innych terminach (jakich?)

VIII. WERYFIKACJA INDYWIDUALNEGO PLANU POMOCY DLA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE, W ZAKRESIE DZIAŁAŃ PRZEDSTAWICIELI

1) jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:
.....
.....
.....

2) gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych:
.....
.....
.....

3) Policji:
.....
.....
.....

4) oświaty:

.....
.....
.....
.....

5) ochrony zdrowia:

.....
.....
.....
.....

6) pozostałych członków zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej:

.....
.....
.....
.....

IX. CZY W PRZYPADKU PODEJRZENIA POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA ZOSTAŁY PRZEKAZANE INFORMACJE WŁAŚCIWYM ORGANOM PROWADZĄCYM POSTĘPOWANIE PRZYGOTOWAWCZE:

TAK

NIE

X. OPIS KOLEJNEGO ZDARZENIA PRZEMOCY W RODZINIE W TRAKCIE TRWANIA PROCEDURY

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis przewodniczącego
zespołu interdyscyplinarnego)

WZÓR
NIEBIESKA KARTA — D

.....
(miejscowość, data)

- I. DANE OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE
1. Imię i nazwisko:.....
 2. Data i miejsce urodzenia:, w
 3. Stan cywilny:
 4. Miejsce zamieszkania:
kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....
 5. Aktualny adres pobytu:
kod pocztowy:..... miejscowość:..... województwo:.....
ulica:..... numer domu:..... numer mieszkania:.....
numer telefonu:.....
 6. Miejsce pracy/źródło utrzymania:
- II. CZY ZDARZA SIĘ, ŻE OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, ZACHOWUJE SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
Stosowała przemoc fizyczną, w tym:						
popychanie						
uderzanie						
wykręcanie rąk						
duszenie						
kopanie						
spoliczkowanie						
inne (podać jakie)						
Uszkodzenia ciała, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
zasinienia						

zadrapania						
krwawienia						
oparzenia						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc psychiczną, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
izolację						
wyzwiska						
ośmieszanie						
groźby						
kontrolowanie						
ograniczanie kontaktów						
krytykowanie						
poniżanie						
demoralizację						
ciągłe niepokojenie						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc seksualną, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
zmuszanie do obcowania płciowego i innych czynności seksualnych						
Inny rodzaj zachowań, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
niszczenie/uszkodzenie mienia						
zabór/przywłaszczenie mienia						
groźba karalna/znieważenie						
zmuszanie do picia alkoholu						
zmuszanie do zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niezleconych przez lekarza leków						
inne działające na szkodę najbliższych (podać jakie)						

* Na przykład: żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna.

III. OD JAK DAWNA TE ZACHOWANIA MAJĄ MIEJSCE

.....

.....

.....

.....

- IV. CZY SĄ ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE:
TAK NIE NIE USTALONO
- V. CZY BYŁ/BYŁA PAN/PANI JUŻ KIEDYKOLWIEK KARANY/
KARANA ZA PRZESTĘPSTWO Z UŻYCIEM PRZEMOCY LUB
GROŹBY JEJ UŻYCIA:
TAK NIE NIE USTALONO
- VI. CZY WOBEC PANA/PANI SĄD ZASTOSOWAŁ DOZÓR KURATORA
SĄDOWEGO:
TAK NIE NIE USTALONO
- VII. CZY NADUŻYWA PAN/PANI ALKOHOLU:
TAK NIE NIE USTALONO
– od jak dawna i jak często?
– kiedy ostatnio?
.....
.....
- VIII. CZY NADUŻYWA PAN/PANI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH,
SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB LEKÓW:
TAK NIE NIE USTALONO
– od jak dawna i jak często?
– kiedy ostatnio?
.....
.....
- IX. CZY KIEDYKOLWIEK BYŁ/BYŁA PAN/PANI PODDANY/
PODDANA LECZENIU ODWYKOWEMU? KIEDY OSTATNIO I
JAKIEGO UZALEŻNIENIA DOTYCZYŁO LECZENIE:
(od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub
leków)
.....
.....
.....
- X. CZY W ZWIĄZKU Z TYMI ZACHOWANIAMI MIAŁY MIEJSCE:
 powiadamianie i interwencje Policji
 powiadomienie prokuratury

- wszczęcie postępowania karnego lub innego postępowania sądowego (jakiego? np. rozwodowego, rodzinnego)
- poddanie wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego
- zobowiązanie do leczenia odwykowego
- zobowiązanie do uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych
- interwencja i pomoc innej instytucji (jakiej?)
- inne (jakie?)

XI. CZY MIAŁ/MIAŁA PAN/PANI INNE PROBLEMY W ZWIĄZKU Z NADUŻYWANIEM ALKOHOLU, ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB LEKÓW:

- konflikty z prawem
- wykroczenia w ruchu drogowym
- kłopoty w pracy
- pobyty w izbie wytrzeźwień
- inne (jakie?)

XII. JAK PAN/PANI OCENIA SWOJĄ SYTUACJĘ? CZY WIDZI PAN/PANI COŚ NIEPOKOJĄCEGO:

.....

.....

.....

XIII. DZIAŁANIA W STOSUNKU DO OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE

- udział w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie
- dobrowolne poddanie się leczeniu odwykowemu i opracowanie planu leczenia
- złożenie wniosku do sądu w celu uruchomienia procedury zobowiązania do leczenia odwykowego
- zobowiązanie do informowania członków zespołu interdyscyplinarnego/grupy roboczej o podejmowanych działaniach mających na celu zaprzestanie przemocy w rodzinie:
 - raz w tygodniu
 - raz w miesiącu
 - raz na trzy miesiące
 - w innych terminach (jakich?)
- złożenie przez kuratora sądowego stosownego wniosku do sądu
- inne działania (jakie?)

XIV. ZOBOWIĄZANIA, JAKIE PODJĘŁA OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE

.....
.....
.....
.....

XV. OKRESOWA OCENA SYTUACJI OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE

raz w tygodniu raz w miesiącu raz na trzy miesiące
 w innych terminach (jakich?)

.....
(podpis przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego)

KARTA PRAW DZIECKA-PACJENTA



- 1 Dzieciwem - pacjentem jest każda osoba, która nie skończyła 18 lat.
- 2 Jeżeli zachorujesz, personel medyczny powinien zrobić wszystko, żeby Cię wyleczył i zapewnić opiekę podczas leczenia.
- 3 Kiedy tylko stan Twojego zdrowia się poprawi na tyle, że będziesz mógł wrócić do domu, masz do tego prawo.
- 4 Ty oraz Twój rodzic lub opiekunowie macie prawo wiedzieć, w jaki sposób lekarze zamierzają Cię leczyć i jakie to przyniesie efekty.
- 5 Twój rodzic lub opiekunowie mają prawo do dokumentów, w których lekarze opisują Twoją chorobę i leczenie.
- 6 Decyzja o leczeniu nie może być podejmowana bez Twojego udziału, jeżeli nie jesteś starszy niż 14 lat podlegają jej też Ciebie rodzice lub opiekunowie - jeżeli tak nie Ty będziesz o tym współdecydował.
- 7 Nikt bez Twojej zgody nie może wglądać, że jesteś chory - masz prawo, by zachowane to w tajemnicy, chyba że Ty lub personel medyczny oraz Twój rodzic lub opiekunowie.
- 8 Nikt nie może Cię śledzić, zawyżać, lekceważyć i straszyć. W czasie choroby dorośli powinni szczególnie Cię wspierać i dbać o Twoje dobre samopoczucie.
- 9 Masz prawo do stałego kontaktu z najbliższymi. Twój babcia ma prawo być z Tobą w szpitalu, sanatorium lub ambulanse. Jeśli w wyjątkowych sytuacjach lekarze decydują, że nie mogą oni z Tobą przebywać.
- 10 Podczas pobytu w szpitalu, sanatorium, ambulanse możesz odwiedzić swoich bliskich za darmo lub zapłacić.
- 11 Szpital, sanatorium lub ambulanse to miejsca, w których masz wyświadczyć, ale masz również prawo do nauki, zabawy i odpoczynku. Wyświadczyć cięby nie myślał nigdy o chorobie.
- 12 Jeżeli tylko masz taką ochotę, możesz spotkać się z osobą doświadczoną Twoją chorobą.
- 13 Masz prawo umieścić swoje przedmioty w depozytarni szpitalnym.

Pamiętaj, że każde dziecko ma prawo do wyrażenia swojego zdania we wszystkich sprawach, które go dotyczą. Personel medyczny i opiekunowie są zobowiązani do wysłuchania dziecka oraz przyjęcia jego opinii z należytą wagą.



Ministerstwo
Zdrowia
Republiki
Polskiej



800 190 590



Ministerstwo
Zdrowia
Republiki
Polskiej



800 00 00 00



Lekarz dentyista sprawujący opiekę stomatologiczną nad dzieckiem powinien posiadać umiejętność rozpoznawania objawów przemocy i wiedzę dotyczącą sposobu postępowania w przypadku jej wystąpienia.

Prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk,
konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

Kiedy słyszymy o przemocy stosowanej wobec dziecka każdemu z nas lekarzy i lekarzy dentyistów – osób wykonujących zawód zaufania publicznego – powinno zaświecić się w głowach czerwone światło. Trzem lekarzom dentyistom to światło zaświeciło się wyjątkowo jasno i oświetliło drogę do stworzenia niniejszej publikacji.

Dr n. med. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



Uważam tę książkę za bardzo istotną nie tylko dla poszerzenia naszej stomatologicznej wiedzy, ale przede wszystkim dla pomocy bezbronnym dzieciom. Poruszana problematyka powinna też znaleźć się w programach kształcenia przed i podyplomowych lekarzy dentyistów.

Prof. dr hab. n. med. Marek Ziętek,
rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Podręcznik w sposób szczegółowy, obrazowy i prosty, opisuje główne i podstawowe elementy reakcji i późniejszego postępowania, w przypadku zaobserwowania istnienia objawów ewentualnej przemocy wobec dzieci. Wiedza ta jest niezbędna i konieczna do opanowania przez każdego nowoczesnego i nadążającego za dzisiejszym rozwojem, życiem i potrzebami medycyny – lekarza stomatologa.

Prof. dr hab. n. med. Joanna Wysokińska-Miszczuk, kierownik
Katedry i Zakładu Periodontologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Jeśli chcemy uzyskać wyraźną poprawę w procesie wczesnego wykrywania (i wykrywania każdego przypadku) przemocy domowej wobec dziecka, to budowanie świadomości i dostarczanie przydatnych procedur jest konieczne w odniesieniu do wielu grup i kategorii zawodowych, w tym zwłaszcza lekarzy.

Prof. dr hab. Zbigniew Izdebski, seksuolog, Uniwersytet Warszawski

Książka „Rola lekarza dentyisty w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci” jest pożądaną pozycją na rynku księgarskim, gdyż istotną rolę w wykrywaniu tego procederu może i powinien odegrać lekarz stomatolog.

lek. dent. Anna Lella, Prezydent-Elect Europejskiej Regionalnej Organizacji
Światowej Federacji Dentystrycznej



ISBN 978-83-943247-0-4



9 788394 324704

Mecenas:

PROGRAM EDUKACYJNY

DENTASSIST



800 12 12 12
Dedykowany Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka