

Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci

– podręcznik dla realizatorów



FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje) działa od 1991 roku.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę dąży do tego, by wszystkie dzieci miały bezpieczne dzieciństwo i były traktowane z poszanowaniem ich godności i podmiotowości.

Chronimy dzieci przed krzywdzeniem i pomagamy tym, które doświadczyły przemocy, by znały swoje prawa, wierzyły w siebie i cieszyły się życiem.

Realizując naszą misję:

- Oferujemy krzywdzonym dzieciom i ich opiekunom pomoc psychologiczną i prawną.
- Uczymy dzieci, jak mogą uniknąć przemocy i wykorzystywania.
- Uczymy dorosłych, jak traktować dzieci/co mogą zrobić, żeby nie były krzywdzone.
- Informujemy dorosłych, jak reagować, gdy podejrzewają, że dziecku dzieje się krzywda.
- Wpływamy na polskie prawo, by jak najlepiej chroniło interes dziecka.

Copyright © 2016 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje)



Tekst publikacji jest dostępny na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

Tekst licencji dostępny jest na stronie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/pl/>.

Pewne prawa zastrzeżone na rzecz Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę
ul. Walecznych 59
03-926 Warszawa
tel. 22 616 16 69
e-mail: biuro@fdds.pl
www.fdds.pl

Autorki: Karolina Mazurczak, Renata Szredzińska

Projekt graficzny i skład: Ewa Brejnakowska-Jończyk, www.ewa-bj.pl

Korekta i redakcja: Sylwia Romańczak

Autorki pragną podziękować zespołowi programu „Dobry Rodzic – Dobry Start” Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, a także realizatorom Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci z Warszawy za konsultacje i wsparcie.

Podręcznik wydano w ramach projektu „Tworzenie skutecznych lokalnych systemów profilaktyki krzywdzenia małych dzieci” współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 w ramach Programu PL14 „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć”.



Spis treści

Wstęp	2
Cele i struktura podręcznika	3
1. Dlaczego warto budować systemy wczesnej ochrony najmłodszych dzieci przed krzywdzeniem?	4
1.1. Skala przemocy wobec małych dzieci	5
1.2. Stres a rozwój mózgu małego dziecka	5
1.3. Rozwój przywiązania	6
1.4. Konsekwencje negatywnych doświadczeń dziecięcych	7
1.5. Czynniki ryzyka i czynniki ochronne	7
1.6. Korzyści z wczesnej profilaktyki	9
1.7. Różne poziomy działań profilaktycznych	10
2. Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci – podstawowe założenia i zasady realizacji	11
2.1. Cele Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci	13
2.2. Grupy docelowe	14
2.3. Kto powinien tworzyć LSP?	14
2.3.1. Kompetencje instytucji realizujących LSP – zadania i obowiązki w ramach systemu	15
2.3.2. Prawo a profilaktyka – obowiązki służb w świetle przepisów prawnych	16
2.4. Etapy wdrażania LSP – współpraca służb	17
2.5. Działania LSP – współpraca z rodzinami	21
2.6. Narzędzia do realizacji LSP	22
2.7. Zadania poszczególnych służb tworzących LSP	24
2.8. Standardy realizacji programu	25
2.9. Ewaluacja i monitoring	31
2.10. Podsumowanie	36
3. Inspiracje – przykłady dobrych praktyk z innych krajów	37
3.1 Brytyjski program <i>Sure Start</i>	38
3.2 Amerykański program <i>Nurse – Family Partnership</i>	38
3.3 Australijski program <i>Triple P – Positive Parenting Program</i>	39
Bibliografia	41
Aneksy	43
Aneks nr 1. Wzór porozumienia między realizatorami LSP	43
Aneks nr 2. Wzór formularza zgody rodzica na udział w programie	48
Aneks nr 3. Przykłady ankiet Rodzic i Dziecko	49
Aneks nr 4. Ankieta do autoewaluacji spełnienia standardów LSP	52

Wstęp

Wpływ krzywdzenia na przebieg prawidłowego rozwoju dziecka został jednoznacznie potwierdzony wieloma badaniami i analizami. Wczesne dzieciństwo i jego znaczenie dla dalszego funkcjonowania człowieka jest od lat obszarem szczególnego zainteresowania profesjonalistów. Pierwsze lata życia dziecka wyznaczają kierunek dla późniejszego funkcjonowania człowieka w wielu jego sferach – emocjonalnej, poznawczej i społecznej. Doznanie krzywdy w tym szczególnie ważnym dla każdego człowieka okresie wiąże się z pogorszeniem jego funkcjonowania w przyszłości i licznymi trudnościami, które przyjdzie mu przewyciężać w dorosłym życiu.

Podejście interwencyjne zakłada pomoc w przypadku diagnozy przemocy w stosunku do dziecka. Doświadczenie pokazuje jednak, że wszelkie działania, które zostają podjęte po stwierdzeniu krzywdzenia, mogą jedynie pomóc zniwelować skutki doświadczonej przez dziecko krzywdy, która na zawsze wpisana będzie już w jego historię.

Pełną ochronę przed krzywdzeniem zapewnić może jedynie podejście profilaktyczne i taka organizacja pracy profesjonalistów wspierających rodziny z małymi dziećmi, która pozwoli na wczesne wykrycie czynników ryzyka krzywdzenia małego dziecka i dostosowanie oferty wsparcia adekwatnie do potrzeb danej rodziny. Takie podejście pozwala na przewyciężenie pojawiających się trudności i niedopuszczenie do zdarzeń wymagających interwencji.

Niniejszy podręcznik jest podsumowaniem działań Fundacji Dzieci Niczyje podjętych w ramach Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci (LSP) rozpoczętego w 2007 roku w Warszawie. Działania w ramach LSP prowadzone są we współpracy z Urzędem m.st. Warszawy, urzędami poszczególnych dzielnic, zakładami opieki zdrowotnej, ośrodkami pomocy społecznej, żłobkami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi i innymi instytucjami i organizacjami mającymi kontakt z rodzinami z małym dzieckiem.

W publikacji opisujemy doświadczenia z prowadzenia tego pierwszego w Polsce systemowego, interdyscyplinarnego i lokalnie działającego rozwiązania, które chroni najmłodsze dzieci przed krzywdzeniem. Założenia LSP zaproponowane przez fundację ewoluowały przez ostatnie 8 lat jego funkcjonowania w Warszawie, a obecny kształt programu jest wynikiem wzajemnej współpracy profesjonalistów z całą Warszawą, którzy podjęli się wspólnej budowy systemu. Po wielu latach prowadzenia Lokalnego Systemu wiemy, że wymaga on dalszej pracy oraz usprawniania wzajemnej komunikacji i współpracy profesjonalistów na poziomie lokalnym. Jednocześnie realizacja programu przyniosła efekty, które są dowodem na to, że idea ta jest godna kontynuacji i powielania.

Serdecznie dziękujemy wszystkim współtworzącym z nami Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci.

W ręce czytelników zaś oddajemy zbiór naszych rozwiązań, które znalazły zastosowanie praktyczne i mogą posłużyć jako inspiracja do działań o podobnym charakterze w innych regionach Polski.

Cele i struktura podręcznika

Podręcznik jest zbiorem doświadczeń Fundacji Dzieci Niczyje z kilkuletniej budowy i rozwoju Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci na terenie Warszawy.

Opisuje zasady współpracy interdyscyplinarnej pomiędzy instytucjami działającymi na rzecz rodziców i dzieci.

Podręcznik podzielony został na trzy części:

- 1) pierwsza część poświęcona jest podsumowaniu merytorycznych założeń i teorii pomocnych w budowaniu lokalnych rozwiązań w obszarze profilaktyki krzywdzenia małych dzieci, które ukazują korzyści podejścia profilaktycznego i wagę jego wczesnego wdrażania w środowisku lokalnym (gminie, mieście, dzielnicy).
- 2) druga część omawia główne założenia i zasady realizacji LSP, a także podsumowuje podstawowe kompetencje służb współtworzących rozwiązania systemowe. W części tej przedstawiamy również narzędzia i schematy wzajemnej współpracy oraz standardy, których wypełnianie pomaga w realizacji założonych celów.
- 3) część trzecia prezentuje przykłady zagranicznych dobrych praktyk w zakresie systemowych działań profilaktycznych kierowanych do rodzin z najmłodszymi dziećmi.

Mamy nadzieję, że podręcznik będzie dla Państwa inspiracją do budowania lokalnych programów wsparcia rodzin z małymi dziećmi, a podane narzędzia ułatwią wdrożenie podobnych rozwiązań w innych miastach Polski, by skuteczniej przeciwdziałać przemocy wobec najmłodszych.

1.

Dlaczego warto budować
systemy wczesnej ochrony
najmłodszych dzieci
przed krzywdzeniem?



Przyjście dziecka na świat wiąże się z dużą zmianą w systemie rodzinnym. Teorie psychologiczne ukazują przyczyny i konsekwencje naturalnych kryzysów, które pojawiają się w rodzinie po narodzinach dziecka. Ich kumulacja przypada na pierwsze lata jego życia, a ilość pojawiającego się w rodzinie stresu wywołanego zmianą w połączeniu ze zmęczeniem oraz trudnościami w odczytywaniu potrzeb dziecka nie pozostaje obojętna dla funkcjonowania całej rodziny. Stąd też warto kierować programy profilaktyczne właśnie do rodzin z najmłodszymi dziećmi.

1.1. Skala przemocy wobec małych dzieci

Co roku w Polsce tysiące dzieci doświadcza przemocy. W 2015 roku policja założyła ponad 17 tys. Niebieskich Kart, w których jako ofiary wskazano osoby małoletnie¹. Należy pamiętać, że statystyki dotyczą tylko zgłoszonych przypadków. Realna skala problemu jest znacznie większa. Badania Światowej Organizacji Zdrowia (2013) sugerują, że aż około 90% przypadków krzywdzenia dzieci może pozostawać niezauważonymi.

Wyniki badania *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci* przeprowadzonego w 2012 roku wśród dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat pokazują, że ponad jedna piąta respondentów (21%) doświadczyła w swoim życiu przemocy fizycznej ze strony znajomych dorosłych. Równie duży odsetek (22%) narażony był na przemoc psychiczną. Zaniedbania przed ukończeniem 12. roku życia doświadczyło 6% respondentów. 12% było świadkami przemocy pomiędzy bliskimi dorosłymi.

Jednocześnie wiele badań, w tym raporty Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że najczęściej ofiarami krzywdzenia padają dzieci do 5. roku życia, a sprawcami przemocy są zazwyczaj członkowie ich najbliższej rodziny – a więc osoby odpowiedzialne za opiekę i zapewnienie bezpieczeństwa dziecku. Ze statystyk gromadzonych m.in. w Stanach Zjednoczonych dotyczących śmierci dzieci w następstwie krzywdzenia wynika, że dzieci do 4. roku życia w 2013 roku stanowiły aż 81% wszystkich małoletnich ofiar². W Polsce potwierdzeniem takiej tendencji mogą być między innymi statystyki gromadzone przez Państwowy Zakład Higieny, dotyczące częstotliwości stawiania przez lekarzy rozpoznania T74 – Zespoły Maltretowania, z których wynika, że takie rozpoznanie w latach 2003 – 2008 aż w 59% dotyczyło dzieci do 4. roku życia.

Warto pamiętać, że większość przypadków krzywdzenia dzieci ma charakter nieintencjonalny, dochodzi do nich, ponieważ rodzicom brakuje wiedzy, umiejętności czy możliwości zapewnienia właściwej opieki nad dzieckiem. Skuteczne programy profilaktyczne, wczesne wykrycie problemu i umiejętne wsparcie rodziny mogą znacząco przyczynić się do zmniejszenia skali problemu.

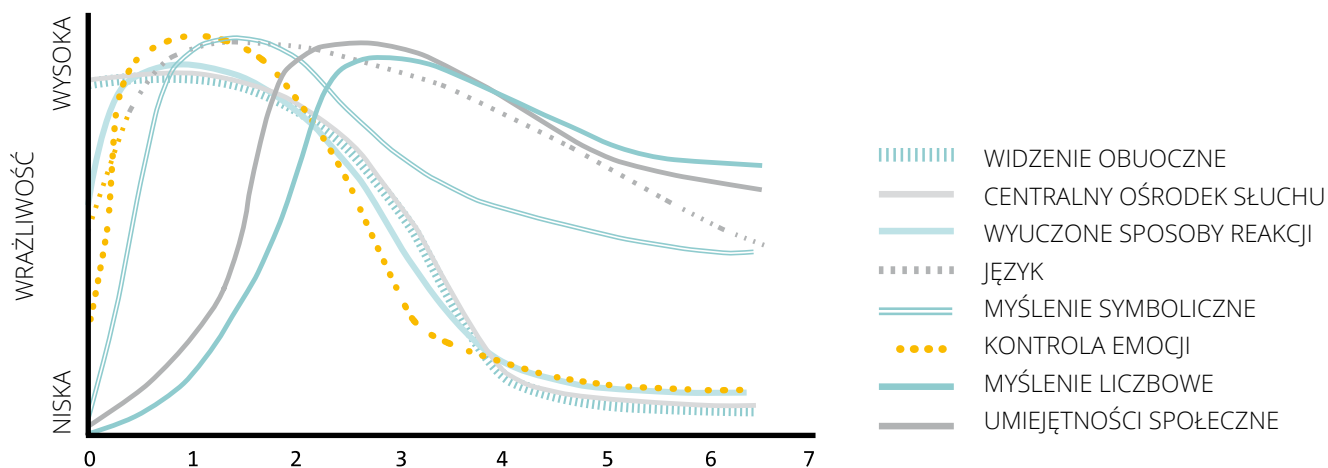
1.2. Stres a rozwój mózgu małego dziecka

Czas od narodzin do 3. roku życia dziecka charakteryzuje się najintensywniejszym rozwojem struktur mózgowych, które w toku odpowiedniej stymulacji prowadzą do optymalnego wykorzystania potencjału z jakim dziecko przychodzi na świat. Ma to szczególne znaczenie w trakcie tzw. okresów krytycznych dla rozwoju mózgu (Rys. 1), w których doznane przez dziecko krzywdzenie może prowadzić do deficytów i zakłóceń w procesie dalszego prawidłowego rozwoju.

¹ Strona internetowa Komendy Głównej Policji http://statystyka.policja.pl/portal/st/944/50863/Przemoc_w_rodzinie.html, data dostępu: 06.03.2016 r.

² *Number and Trends, Child Abuse and Neglect Fatalities 2013: Statistics and Interventions*, 2015, <https://www.childwelfare.gov/pub-PDFs/fatality.pdf>, dostęp: 06.03.2016.

MOMenty KRYTYCZNE WE WCZESNYM OKRESIE ROZWOJU MÓZGU



Rys. 1. Momenty krytyczne we wczesnym okresie rozwoju mózgu. Źródło: Council for Early Child Development, Nash 1997, Early Years Study, 1999; Shonkoff, 2000, cytowane za: Geddes R., Haw S., Frank J. (2010).

1.3. Rozwój przywiązania

Badania prowadzone przez Anisworth w połowie lat 70. XX wieku zwróciły uwagę na wpływ rodzaju stylu przywiązania, jaki rozwija się u dziecka we wczesnym dzieciństwie, dla jego funkcjonowania w przyszłości. Zgodnie z teorią przywiązania, wzorzec przywiązania to specyficzna strategia dziecka, która wykształca się w odpowiedzi na zachowania bliskiej dziecku osoby. W wyniku wieloletnich obserwacji niemowląt, naukowcy pracujący nad znaczeniem wczesnych więzi w relacji dziecko – rodzic/opiekun wyróżnili wzorce przywiązania, do których przypisane są niektóre specyficzne reakcje i wzory zachowań dzieci w odniesieniu do konkretnych sytuacji.

Z perspektywy rozwoju dziecka pierwsze trzy lata jego życia są bardzo ważne, a to, jaki wzorzec przywiązania zostanie stworzony, ma wpływ na późniejsze relacje dziecka z otoczeniem i na jego gotowość do poznawania otaczającego go świata. Podejście profilaktyczne uwzględnia edukację i wsparcie rodzin z małymi dziećmi, których celem jest wzmacnianie takich zachowań i postaw rodziców, które pozwolą na rozwój bezpiecznego rodzaju przywiązania. Profilaktyka obejmuje również korektę stylu przywiązania w sytuacji, kiedy w relacji dziecka z ważnym dla niego opiekunem doszło do rozwoju pozabezpiecznej więzi. Wiedza na temat wagi przywiązania w pierwszych latach życia dziecka, a także rodzajów przywiązania, jest ważnym i cennym elementem warsztatu każdego profesjonalisty mającego kontakt z rodziną z małym dzieckiem. Obserwacja zachowań i reakcji dziecka w kontakcie z jego opiekunem może okazać się pomocna dla podjęcia wczesnych działań i pracy z rodziną.

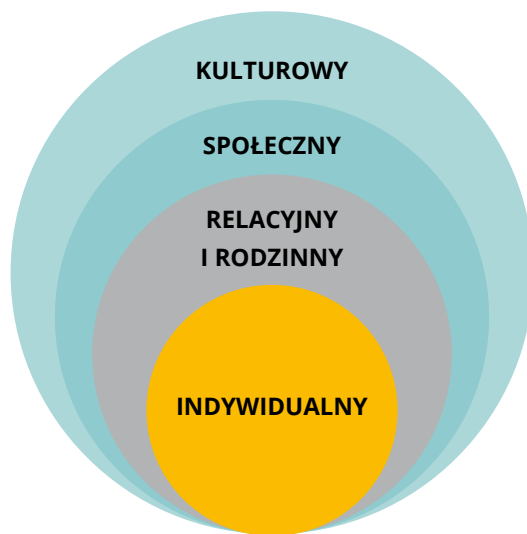
1.4. Konsekwencje negatywnych doświadczeń dziecięcych

Liczne badania pokazują, że krzywdzenie w dzieciństwie, zwłaszcza o dużym natężeniu i występujące we wczesnych latach życia dziecka, może mieć długofalowe konsekwencje przez całe późniejsze życie dziecka. Wśród długotrwałych skutków krzywdzenia w dzieciństwie wymienia się m.in.:

- trudności poznawcze, trudności w nauce,
- trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych,
- zagrożenia zdrowia psychicznego (depresja, stany lękowe, zaburzenia odżywiania, próby samobójcze, samookaleczanie),
- podejmowanie ryzykownych zachowań (konflikty z prawem, sięganie po narkotyki, podejmowanie ryzykownych praktyk seksualnych).

1.5. Czynniki ryzyka i czynniki ochronne

Krzywdzenie dzieci jest złożonym problemem. Może wynikać z interakcji i wzajemnej zależności wielu czynników, zarówno na poziomie jednostki (rodzica i dziecka), jak i całej rodziny, jej otoczenia i społeczeństwa, w którym żyje. Jay Belsky dokonał klasyfikacji różnych czynników ryzyka, proponując tzw. model ekologiczny, który może być pomocny w zrozumieniu złożoności problemu i szukaniu adekwatnej na niego odpowiedzi.



Rys. 2. Ekologiczny model czynników ryzyka krzywdzenia dzieci Jaya Belsky'ego³

Poniżej podano najczęściej wymieniane czynniki ryzyka. Należy jednak zaznaczyć, że z jednej strony, lista ta nie jest zamknięta, z drugiej zaś strony związek poszczególnych czynników z wystąpieniem krzywdzenia dziecka ma różną siłę.

³J. Belsky, *Child Maltreatment: an ecological integration*, „American Psychologist”, 5/1980.

Poziom indywidualny (rodzic)

- Doświadczenie krzywdzenia we własnym dzieciństwie
- Młody wiek rodzica
- Samotne rodzicielstwo
- Uzależnienie
- Zaburzenia psychiczne
- Problemy z agresją, wrogość, brak empatii
- Niski poziom wykształcenia
- Bezrobocie

Poziom indywidualny (dziecko)

- Niepełnosprawność
- Komplikacje prenatalne i neonatalne
- Nadpobudliwość
- Niskie kompetencje społeczne

Poziom rodzinny

- Konflikty w rodzinie
- Przemoc między dorosłymi w rodzinie
- Rodzina wielodzietna
- Niski status społeczno-ekonomiczny
- Opiekun niebędący biologicznym rodzicem
- Niskie kompetencje wychowawcze
- Nieplanowana ciąża
- Dziecko postrzegane jako przeszkoda
- Brak wsparcia w rodzinie

Poziom społeczny

- Brak wsparcia (np. instytucjonalnego), wykluczenie
- Dostępność alkoholu i innych używek
- Nawarstwienie problemów społecznych
- Niski kapitał społeczny

Poziom kulturowy

- Przyzwolenie na przemoc
- Kryzys ekonomiczny
- Konflikty społeczne
- Słaba ochrona prawna

Tak jak istnieją czynniki, które mogą wskazywać na podwyższone ryzyko wystąpienia krzywdzenia dzieci, tak też określono czynniki, które mogą okazać się chroniące. Wśród nich najczęściej pojawiają się:

- Bezpieczna więź między opiekunami a dzieckiem
- Wysokie kompetencje wychowawcze i wiedza na temat rozwoju dziecka
- Mocne więzi rodzinne
- Silne więzi społeczne
- Konkretnie wsparcie instytucjonalne (np. dostęp do opieki medycznej, opieki żłobkowej, pomocy w kryzysie itp.)
- Społeczne i emocjonalne kompetencje dziecka
- Umiejętność rodziny radzenia sobie w trudnych sytuacjach
- Zaspokojenie podstawowych potrzeb rodziny

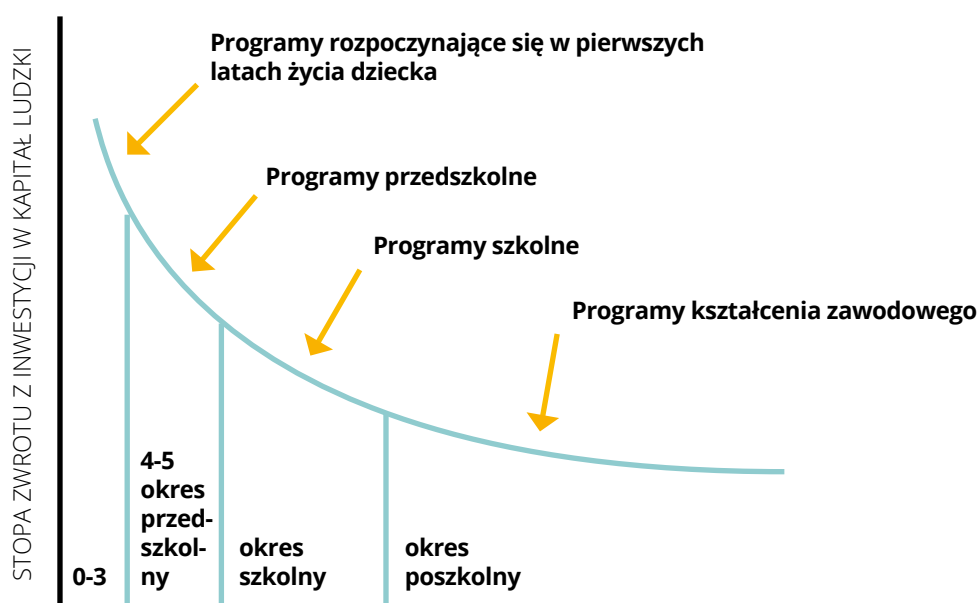
Znajomość czynników ryzyka krzywdzenia dzieci i czynników ochronnych jest istotna w szybkim i wczesnym rozpoznaniu zagrożenia dobra dziecka i adekwatnej reakcji. Programy profilaktyczne zmierzające do skutecznego ograniczenia ryzyka krzywdzenia dzieci powinny opierać się na dogłębnym zrozumieniu zależności między nimi. Opisany poniżej LSP jest próbą wzmacniania czynników ochronnych, przy jednoczesnej redukcji czynników ryzyka.

1.6. Korzyści z wczesnej profilaktyki

Wobec najnowszej wiedzy dotyczącej rozwoju małego dziecka, powszechne przekonanie mówiące o tym że niemowlęta i małe dzieci w ograniczony sposób reagują na bodźce emocjonalne płynące z otoczenia i nie rejestrują przykrych doznań we wczesnym okresie życia wydają się nieaktualne. Rozwój technik badawczych obala ten mit i dziś wiadomo, że długotrwała negatywna atmosfera w otoczeniu niemowlęcia, może wywołać u niego stres, który prowadzi do zakłóceń neurohormonalnych (hormon stresu) i wpływa negatywnie na rozwijające się struktury i funkcje mózgu. To podejście sprawia, że włączenie działań profilaktycznych kierowanych do rodzin z małymi dziećmi w środowisku lokalnym powinno stać się standardem, którego realizacja stanie się skuteczną strategią przeciwdziałania krzywdzeniu małych dzieci.

Argumentem dodatkowym przemawiającym za korzyścią stosowania działań profilaktycznych jest aspekt ekonomiczny. Według analiz, stopy zwrotu z inwestycji w programy profilaktyczne kierowane do rodzin z małymi dziećmi są najwyższe, a co za tym idzie koszty społeczne są nieporównywalne z tymi, które ponosi społeczeństwo w sytuacji działań interwencyjnych (koszty działania służb medycznych, organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości).

Warto zwrócić uwagę na tego typu analizy, np. dokonane przez nagrodzonego nagrodą Nobla w dziedzinie ekonomii profesora Jamesa Heckmana. Jego tezę obrazuje poniższy wykres.



Rys. 3. Stopa zwrotu z interwencji profilaktycznych. Źródło: J. J. Heckman, *The case of investing in disadvantaged young children*.

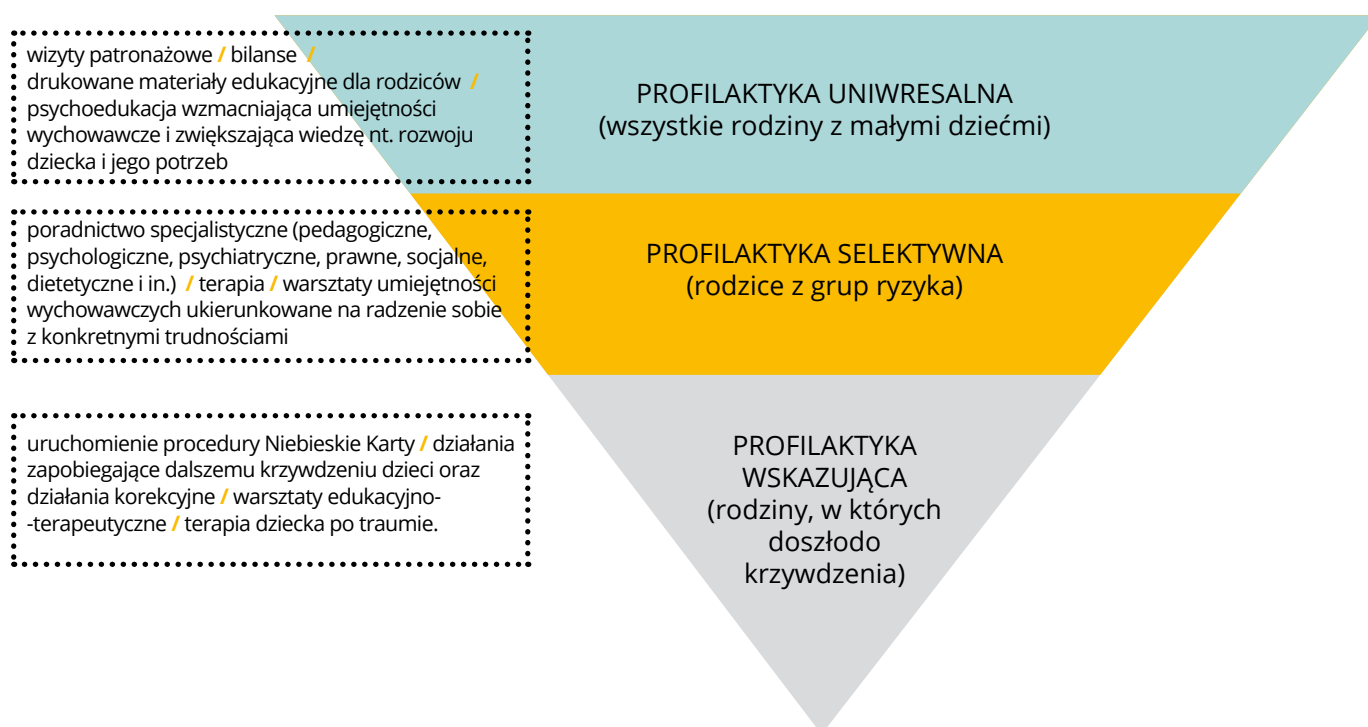
1.7. Różne poziomy działań profilaktycznych

Realizację działań profilaktycznych w obszarze ochrony dzieci przed krzywdzeniem regulują liczne akty prawne i wytyczne. Działania profilaktyczne kierowane do rodzin z małymi dziećmi koncentrują się na czynnościach, które mają szybko i adekwatnie do potrzeb odpowiedzieć na różne kryzysy charakterystyczne dla tego etapu życia rodziny. Zarówno modele teoretyczne, jak i doświadczenie w realizacji LSP pokazują, że wsparcie i pomoc skierowana do rodzin z małymi dziećmi sprzyja wzmocnieniu ich kompetencji opiekuńczo-wychowawczych. Umiejętnie zdiagnozowane czynniki ryzyka krzywdzenia małego dziecka i dobrane adekwatnie do nich działania przyczyniają się do polepszenia sytuacji rodziny tam, gdzie nie doszło do poważnych trudności, które wymagałyby interwencji i działań naprawczych.

Realizując założenia LSP wykorzystano modele teoretyczne, w tym model zdrowia publicznego, których skuteczność została udowodniona w ramach ewaluacji programów o podobnym charakterze realizowanych za granicą. Z jednej strony dobór grupy docelowej, do której skierowano działania, pozwala oczekiwać, że koszty poniesione na działania profilaktyczne odznaczają się najwyższą stopą zwrotu z podjętej inwestycji. Z drugiej strony, podjęte w ramach LSP działania, uwzględniają trzy poziomy profilaktyki takie, jak:

- **profilaktyka uniwersalna** – obejmująca wszystkie rodziny z małymi dziećmi, a także rodziny oczekujące na dziecko;
- **profilaktyka selektywna** – adresowana do rodzin, w których zdiagnozowano czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka, ale w których nie doszło jeszcze do przemocy wobec dziecka;
- **profilaktyka wskazująca** – skierowana do tych rodzin, w których doszło do krzywdzenia dziecka, a celem jest doprowadzenie do złagodzenia skutków zaistniałej sytuacji i zapobieganie ponownemu krzywdzeniu w przyszłości.

Przykłady poszczególnych rodzajów oddziaływań adekwatne do poziomu profilaktyki zawiera Rys. 4.



Rys. 4. Przykładowe działania w zależności od poziomu profilaktyki

2.

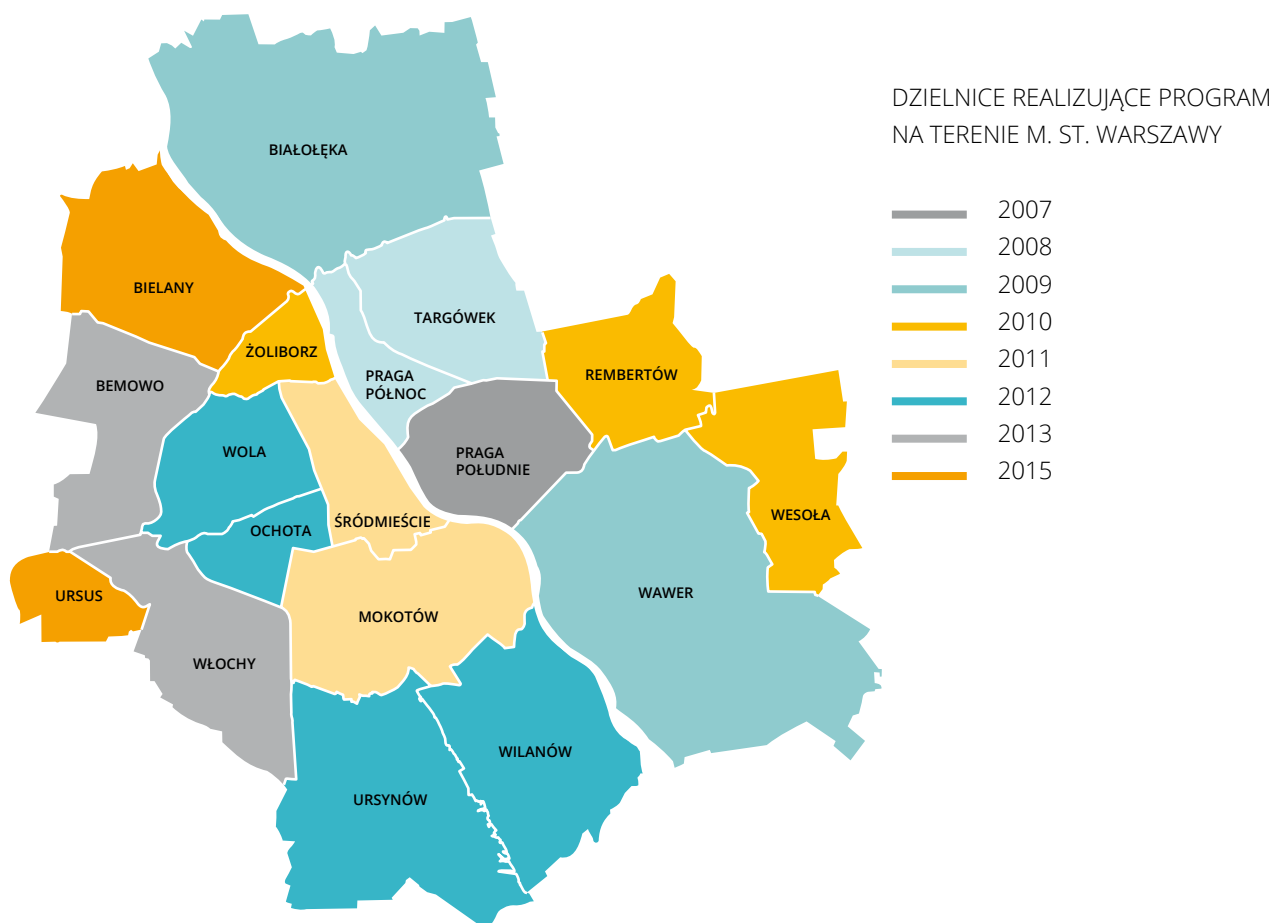
Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci – podstawowe założenia i zasady realizacji



LSP to program współpracy interdyscyplinarnej realizowanej na poziomie gminy/dzielnicy/miasta, którego głównym celem jest profilaktyka krzywdzenia małych dzieci. Polega on na rozwijaniu i promocji oferty edukacyjnej i pomocowej dla rodzin, identyfikacji rodzin wymagających wsparcia i usprawnieniu komunikacji i współpracy między instytucjami mającymi kontakt z rodzinami z małymi dziećmi.

W niniejszej części przedstawiamy główne założenia Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci w Warszawie, jego odbiorców, realizatorów, podział zadań, narzędzia do realizacji oraz standardy, których należy przestrzegać. W Warszawie LSP był dotychczas koordynowany przez Fundację Dzieci Niczyje, we współpracy z Biurem Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu m.st. Warszawy oraz Wydziałami Spraw Społecznych i Zdrowia poszczególnych urzędów dzielnic, które zapewniały wsparcie organizacyjne, instytucjonalne i finansowe. W realizację LSP w Warszawie zaangażowane były ośrodki pomocy społecznej, zakłady opieki zdrowotnej, zespół żłobków oraz poradnie psychologiczno-pedagogiczne, służba kuratorska, kluby malucha, inne organizacje pozarządowe.

Wdrażanie LSP rozpoczęto w 2007 roku od etapu pilotażowego w stołecznej dzielnicy Praga Południe, podczas którego interdyscyplinarna grupa robocza wypracowała założenia, zasady współpracy i wymiany informacji, a także pierwsze wersje narzędzi do diagnozy czynników ryzyka. W kolejnych latach LSP był kontynuowany i systematycznie powielany w kolejnych dzielnicach Warszawy, przy jednoczesnej modyfikacji zasad współpracy i narzędzi, wynikającej z nabywanych doświadczeń. Poniższa mapa obrazuje historię rozwoju LSP w Warszawie.



Rys. 5. Mapa rozwoju LSP w Warszawie

2.1. Cele Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci

Nadrzędnym celem LSP jest zapobieganie krzywdzeniu najmłodszych dzieci poprzez wzmocnienie kompetencji wychowawczych rodziców.

Cele szczegółowe obejmują:

1) Integracja środowiska profesjonalistów i skuteczne wdrażanie przez wszystkie instytucje w dzielnicy założeń LSP

Zwiększenie wiedzy pracowników instytucji zaangażowanych w LSP nt. procedur i standardów współpracy

Zaangażowanie wszystkich pracowników instytucji uczestniczących w LSP we współpracę

Zwiększenie odsetka pracowników instytucji zaangażowanych w LSP, którzy stosują narzędzia identyfikacji czynników ryzyka

Zwiększenie wiedzy z zakresu ochrony małych dzieci przed krzywdzeniem wśród pracowników instytucji zaangażowanych w LSP

Zwiększenie znajomości lokalnej oferty wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi wśród pracowników instytucji zaangażowanych w LSP

2) Zapewnienie szybkiej i skutecznej pomocy rodzinom wymagającym wsparcia

Dotarcie do rodziców z podstawowymi informacjami o wychowaniu bez przemocy

Dotarcie z informacją o bezpłatnej ofercie wsparcia

Zapewnienie wsparcia psychologicznego, prawnego i psychiatrycznego rodzicom z grup ryzyka

Dotarcie z właściwą ofertą do grup faktycznego ryzyka

Zwiększenie wiedzy rodziców na temat rozwoju i potrzeb dziecka

Zmiana postaw rodziców wobec wychowania dziecka

Zwiększenie umiejętności obojga rodziców w zakresie wychowania bez przemocy oraz poprawa relacji między rodzicami a dzieckiem

3) Zwiększenie świadomości mieszkańców nt. wychowania bez przemocy

Zmniejszenie przyzwolenia społecznego na stosowanie kar fizycznych i innych niekonstruktywnych metod wychowawczych

Zwiększenie świadomości nt. pozytywnego rodzicielstwa

2.2. Grupy docelowe

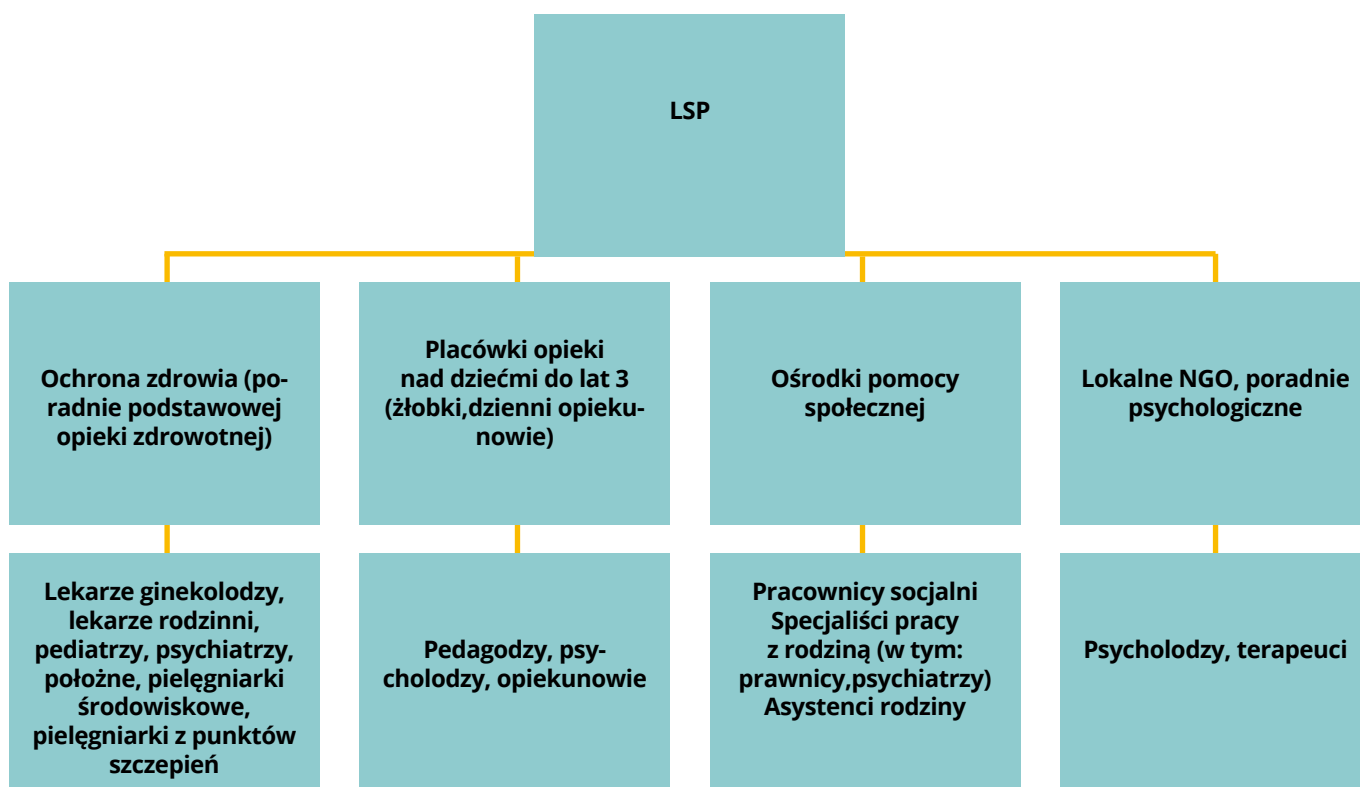
LSP skierowany jest do dwóch grup odbiorców:

1. Rodzin oczekujących na dziecko i rodzin z dzieckiem do lat 3, w szczególności nastoletnich rodziców, rodziców samotnie wychowujących dzieci, rodzin, w których występuje uzależnienie od alkoholu/narkotyków, rodziców z doświadczeniem przemocy, rodzin w trudnej sytuacji finansowej, rodziców nieradzących sobie z agresją, rodziców niezaradnych w sprawach opiekuńczo-wychowawczych czy rodzin żyjących w izolacji społecznej. By uniknąć stygmatyzacji rodzin korzystających z programu, warto w LSP połączyć ofertę dostępną dla wszystkich z ofertą ukierunkowaną na potrzeby rodzin przeżywających trudności. Rodzice do programu mogą zgłaszać się sami lub mogą być kierowani przez instytucje partnerskie działające w ramach LSP.
2. Specjalistów działających w ramach Lokalnego Systemu Profilaktyki.

2.3. Kto powinien tworzyć LSP?

Rozwiązania systemowe, których przykładem jest prezentowany w podręczniku LSP, to taka organizacja wsparcia i pomocy na poziomie lokalnym (gminy, dzielnicy, miasta), która zapewni kompleksową pomoc kierowaną do rodzin z małymi dziećmi lub rodzin oczekujących na dziecko.

Wśród profesjonalistów wchodzących w skład LSP powinni znaleźć się przedstawiciele różnych zawodów koncentrujących swoje działania na pracy z dzieckiem i rodziną. Celem współpracy między przedstawicielami różnych służb jest szybka wymiana informacji, dostosowanie oferty wsparcia i zaoferowanie komplementarnej pomocy, z której rodzina będzie mogła skorzystać możliwie najbliżej swojego miejsca zamieszkania. Podział służb tworzących LSP przedstawia poniższy schemat.



Rys. 6. Podział służb tworzących LSP z proponowanym udziałem poszczególnych profesjonalistów

Model przyjęty w Warszawie zakłada ścisłą współpracę pomiędzy Fundacją Dzieci Niczyje a instytucjami ochrony zdrowia i pomocy społecznej, Zespołem Żłobków m.st. Warszawy oraz władzami samorządowymi. LSP realizowany jest w ścisłej współpracy i przy wsparciu finansowym Urzędu m.st. Warszawy – Biura Pomocy i Projektów Społecznych oraz Wydziałów Spraw Społecznych i Zdrowia poszczególnych dzielnic. Pomocniczo w systemie biorą również udział inne służby z terenu poszczególnych dzielnic, które w swojej codziennej pracy mają kontakt z rodzinami dzieci do lat 3 – policja i kuratorska służba sądowa, poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz inne organizacje, które specjalizują się w pracy z rodziną.

2.3.1. Kompetencje instytucji realizujących LSP

– zadania i obowiązki w ramach systemu

W trakcie tworzenia i później działania systemu niezwykle istotny jest dobry podział obowiązków, a także skuteczny przepływ informacji pomiędzy profesjonalistami. Poniższe zestawienie podsumowuje zadania poszczególnych służb w kontekście przeciwdziałania przemocy w stosunku do dzieci. Kompetencje każdej ze służb są inne, elementem wspólnym jest kontakt z rodziną.

POMOC SPOŁECZNA:

- jako jedyna służba wchodząca w skład LSP ma możliwość oceny środowiska, w którym wychowuje się dziecko;
- zadaniem pracowników socjalnych jest diagnoza sytuacji i potrzeb rodziny w kontekście zgłoszonych nieprawidłowości i trudności;
- pracownicy pomocy społecznej udzielają informacji o możliwościach uzyskania pomocy, adekwatnych do zdiagnozowanych potrzeb, różnych formach dostępnej pomocy, a także możliwych krokach, które pomogą rodzinie rozwiązać sytuację kryzysową;
- zapewnia pomoc socjalną w przypadkach, w których jest ona wskazana i konieczna;
- oferta pomocy nie zależy od kryteriów dochodowych.

OCHRONA ZDROWIA:

- jest pierwszą służbą w systemie, która styka się w sposób częsty i ciągły z rodzinami z dziećmi;
- ma możliwość wizyt w środowisku, pod warunkiem zgłoszenia rodziny do przychodni;
- pracownicy ochrony zdrowia jako jedyni mogą podczas wykonywania czynności zawodowych obejrzeć dziecko bez ubranka;
- w ramach wizyt patronażowych połączona ocenia relacje rodzinne, a także może ocenić ryzyko wystąpienia czynników ryzyka;
- pracownicy ochrony zdrowia mogą oceniać wczesne zaniedbania dzieci związane z nieprawidłowościami w obszarze higieny, realizacji zaleceń specjalistycznych, a także tych związanych z relacją rodzic – dziecko.

ŻŁOBKI:

- sprawują dzienną opiekę nad dzieckiem do lat 3;
- mają możliwość obserwacji dziecka, a także relacji dziecka z rodzicem ze szczególnym uwzględnieniem oceny rodzaju stylu przywiązania;
- dzięki ciągłemu kontaktowi z rodziną pracownicy mogą ocenić czynniki ryzyka, a także w związku z obecnością psychologa w każdej placówce, mogą ułożyć wstępny plan pracy z rodziną w celu eliminacji zdiagnozowanych czynników ryzyka.

2.3.2. Prawo a profilaktyka

– obowiązki służb w świetle przepisów prawnych

Na chwilę obecną brakuje przepisu, który regulowałby zasady tworzenia LSP na poziomie lokalnym. Nie oznacza to jednak, że poszczególne służby, które wchodzi w skład systemu, nie dysponują aktami prawnymi regulującymi działania, które mają na celu ochronę dzieci przed krzywdzeniem. Proponowane w ramach LSP rozwiązania nie wykracza poza obowiązki służbowe poszczególnych instytucji, zwraca jedynie większą uwagę na ocenę ewentualnych trudności występujących w rodzinie i usprawnia współpracę między instytucjami.

Zbiór aktów prawnych, w których można odnaleźć umocowania dla realizacji programów profilaktycznych przez poszczególne służby wchodzące w skład LSP, przedstawia poniższe zestawienie.

ZOZ

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej:

Art. 3. [Zakres pojęcia działalności lecznicza]

2. Działalność lecznicza może również polegać na:

- 1) promocji zdrowia lub
- 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

2a. Czynności, o których mowa w ust. 2, mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

- 1) Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uczestniczyć, a podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

OPS

Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej:

W ramach ustawowych zadań zapobiegania trudnym sytuacjom życiowym osób i rodzin oraz w ramach prawa do uzyskania informacji, które mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu lub wysokości świadczeń z pomocy społecznej od sądów, organów i jednostek organizacyjnych (art. 2 ust. 1 i art. 105 ustawy o pomocy społecznej).

Zespół Żłobków

Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. nr 45 poz. 235 z dn. 3.03.2011 r. z późn. zm.)
Art. 2. ust. 2 ustawy stanowi o roli żłobka w organizowaniu opieki nad dziećmi i jego funkcjach: opiekuńczej, wychowawczej oraz edukacyjnej.

Tabela 1. Przepisy prawne regulujące zadania w zakresie profilaktyki

Dodatkowym aktem prawnym umocowującym realizację działań z zakresu profilaktyki skierowanej do rodzin z małymi dziećmi jest Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Nakłada ona na jednostki samorządu terytorialnego szczegółowo określone zadania z zakresu wspierania rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, gwarantując samorządowi organizację zaplanowanych działań, które mają na celu przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania tych funkcji. (art. 2 ustawy). Ustawa wskazuje jednostki organizacyjne odpowiedzialne za wspieranie rodziny i systemu pieczy zastępczej na poziomie samorządowym. Zgodnie z jej brzmieniem w zadania związane ze wsparciem rodziny powinny zostać zaangażowane placówki, które wpisują się w proponowany model LSP, np. placówki wsparcia dziennego, organizatorzy rodzinnej pieczy zastępczej, placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, interwencyjne ośrodki preadopcyjne, ośrodki adopcyjne oraz podmioty, którym zlecono realizację zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.

Artykuł 3 ustawy wskazuje dodatkowo organy odpowiedzialne za realizację ustawy: oprócz JST są to organy administracji rządowej, które powinny wykorzystywać model pracy oparty na współpracy ze środowiskiem lokalnym, sądami i ich organami pomocniczymi, policją, instytucjami oświatowymi, podmiotami leczniczymi, a także kościołami i związkami wyznaniowymi oraz organizacjami społecznymi.

Zacytowane artykuły, jak i cała treść ustawy wpisują się w podejście profilaktyczne, które ma na celu ochronę najmłodszych dzieci przed krzywdzeniem oraz wskazują na istotną rolę jednostek samorządu terytorialnego dla budowania rozwiązań opierających się na wzajemnej współpracy służb, które mają w swojej codziennej pracy kontakt z rodziną z małym dzieckiem.

2.4. Etapy wdrażania LSP – współpraca służb

Spotkanie decydentów

Wdrażanie LSP warto rozpocząć od spotkania wszystkich tworzących go służb z przedstawicielami władz samorządowych. Wspólny cel i ustalenie zasad jego realizacji wyznaczają ścieżkę dalszej współpracy.

Zaangażowanie samorządu terytorialnego w organizację przedsięwzięcia na poziomie gminy/miasta/powiatu ma istotne znaczenie z punktu widzenia jego finansowania, ale także z powodu możliwości koordynacji i nadzoru nad poszczególnymi instytucjami wchodzącymi w jego skład.

Przyjęcie funkcji koordynatora LSP przez władze lokalne jest jednym z najlepszych rozwiązań. Doświadczenia Fundacji Dzieci Niczyje, która podjęła się koordynacji tworzenia LSP na terenie Warszawy, wskazują na pewne utrudnienia w takim modelu współpracy. Organizacja pozarządowa ma bowiem z zasady ograniczony wpływ na instytucje publiczne.

Pierwsze spotkanie i ustalenie zasad wzajemnej współpracy mają ogromne znaczenie. Niezwykle ważne jest, by wszyscy zaangażowani w jego realizację partnerzy dobrze zrozumieli ideę podejmowanej inicjatywy, a także mieli możliwość omówienia proponowanych narzędzi do realizacji programu i wypracowania własnego schematu współpracy. Ważne też, by w spotkaniu z ramienia każdego partnera brały udział osoby decyzyjne.

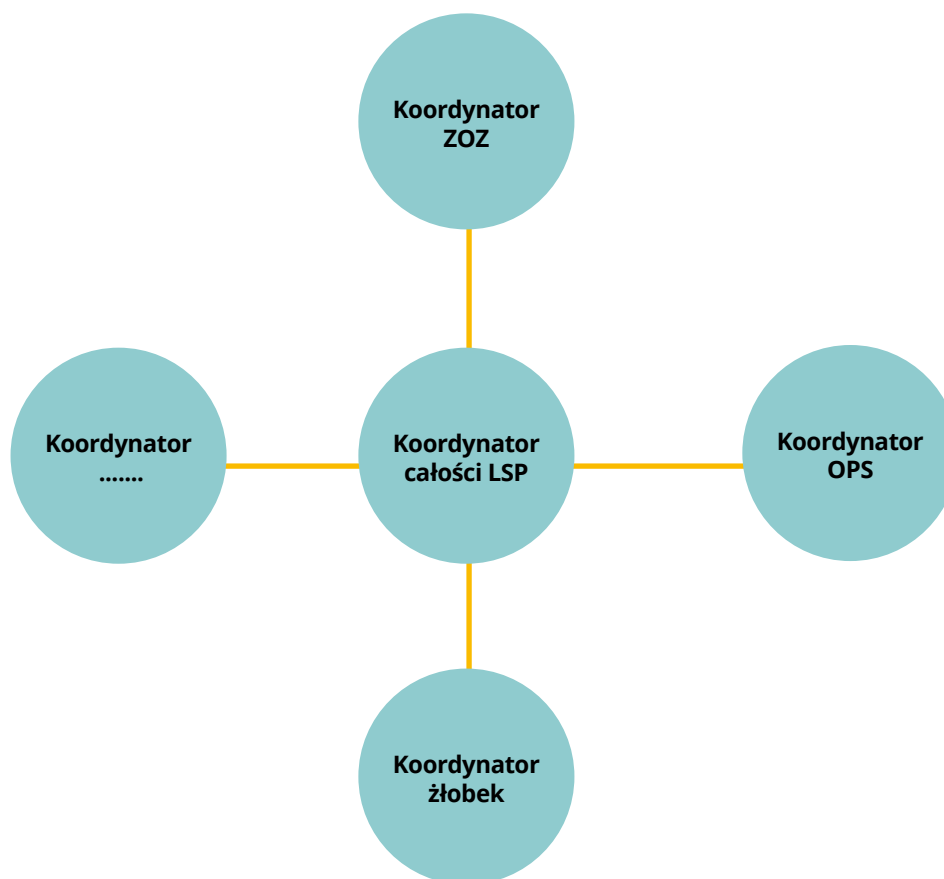
Szkolenie wstępne

Kolejnym etapem powinno być szkolenie wstępne. W szkoleniu powinni uczestniczyć przedstawiciele wszystkich tworzących system instytucji, z uwzględnieniem udziału w nim kadry zarządzającej oraz przyszłych koordynatorów programu w danej placówce.

Jego celem jest dalsze pogłębienie wspólnego rozumienia idei, celu, zasad i podziału zadań w ramach tworzonego systemu, poznanie podstaw teoretycznych potrzebnych dla lepszego zrozumienia potrzeb grupy docelowej, do której kierowane są działania, a także integracja środowiska profesjonalistów.

Podpisanie porozumienia

Przedstawiciele władz lokalnych wraz z wchodzącymi w skład LSP instytucjami powinni podpisać formalne porozumienie o współpracy, określające schemat realizacji programu, sposób przekazywania informacji między partnerami oraz narzędzia do identyfikacji czynników ryzyka krzywdzenia. Ważne, by wszyscy partnerzy mieli możliwość konsultacji zapisów porozumienia przed jego podpisaniem. Istotne jest też, by na tym etapie ustalono, kto w poszczególnych instytucjach będzie koordynatorem LSP, a kto przyjmie rolę koordynacji całości LSP na danym terenie. Wszyscy koordynatorzy, zarówno z poszczególnych instytucji, jak i koordynator całości LSP na danym terenie powinni dysponować swoimi danymi kontaktowymi. Wzór porozumienia znajduje się w Aneksie nr 1.



Rys. 7. Schemat koordynacji LSP

Spotkania w poszczególnych instytucjach

W szkoleniu wstępnym nie mogą wziąć udziału wszyscy pracownicy zatrudnieni w poszczególnych instytucjach tworzących LSP. Stąd też ważnym zadaniem koordynatora całości LSP na terenie dzielnicy/gminy/powiatu są spotkania w poszczególnych instytucjach. Mają one na celu zaprezentowanie zasad realizacji LSP możliwie jak największej liczbie pracowników.

Szkolenia uzupełniające

Prowadzenie systematycznych szkoleń zgodnych z potrzebami przedstawicieli poszczególnych instytucji jest ważnym elementem LSP.

Celem realizowanych szkoleń powinno być ciągle podnoszenie i wzmacnianie kompetencji w obszarze pracy z rodziną z małym dzieckiem, a także integracja środowiska profesjonalistów tworzących rozwiązania systemowe na poziomie lokalnym.

Zaplanowany i oparty o analizę potrzeb program szkoleniowy powinien być systematycznie wdrażany zarówno w poszczególnych placówkach, jak i podczas interdyscyplinarnych spotkań. Wsparcie koordynatora całości LSP kierowane do profesjonalistów powinno uwzględniać planowanie i realizację szkoleń, jak również wsparcie pracowników w wykorzystywaniu zdobytej podczas szkoleń wiedzy poprzez pomoc we wdrażaniu procesu zmiany.

Warto, by szkolenia odbywały się w grupie interdyscyplinarnej, najlepiej wśród pracowników różnych służb mających pod swoją opieką ten sam rejon. Sprzyja to lepszemu poznaniu się specjalistów, integracji i lepszej komunikacji.

Drugim ważnym aspektem jest dbałość o doszkalanie nowych pracowników, którzy rozpoczynają pracę w danej placówce.

Przykładowe moduły szkoleniowe i seminaryjne w ramach LSP

- Identyfikacja czynników ryzyka krzywdzenia – zasady współpracy interdyscyplinarnej
- Profesjonalista a profilaktyka – rola i zadania
- Sytuacja rodziny z małym dzieckiem
- Specyficzne formy krzywdzenia małych dzieci
- Znaczenie więzi dla prawidłowego rozwoju małego dziecka
- Doskonalenie współpracy i komunikacji z rodzicem
- Etapy rozwojowe dziecka – trudności i wyzwania dla rodziców i opiekunów małych dzieci
- Jak planować i prowadzić krótkie formy wsparcia dla rodziców małych dzieci
- Szkolenia z metod pracy z rodzicami małych dzieci

Organizując szkolenia warto pamiętać o kilku zasadach:

- Wiedza zdobyta na szkoleniach powinna opierać się o najnowsze dane z zakresu przeciwdziałania krzywdzeniu małych dzieci. Powinien zostać szeroko omówiony kontekst analizowanego zjawiska oraz najnowsze trendy w zakresie pracy z rodziną z małym dzieckiem. Prezentacja powinna obejmować zarówno czynniki ryzyka, jak i czynniki ochronne oraz adekwatne do ich diagnozy działania.
- Przed zaplanowaniem szkoleń powinna zostać przeprowadzona analiza potrzeb, która pozwoli na dostosowanie ich treści do aktualnych potrzeb profesjonalistów.
- Celem szkoleń oprócz przekazania wiedzy powinno być ukierunkowanie profesjonalistów na wspólną ścieżkę myślenia o prezentowanej tematyce, a także zmiana (o ile tego wymaga sytuacja) dotychczasowych praktyk w poszczególnych placówkach.
- Szkolenia powinny uwzględniać aspekt teoretyczny i praktyczny prezentowanych zagadnień, tak, aby uczestnicy po udziale w szkoleniu mieli możliwość wykorzystania w codziennej pracy zdobytej wiedzy i umiejętności.

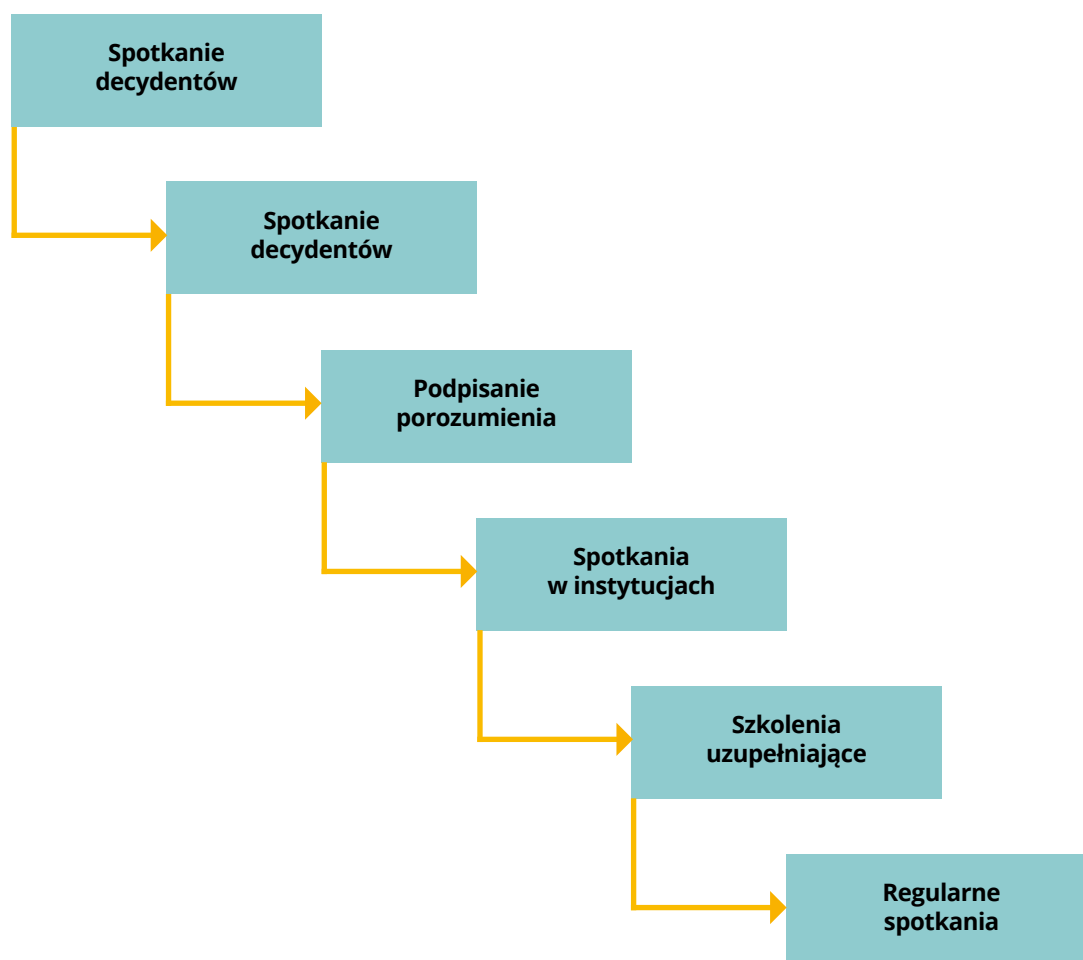
- Ewaluacja szkoleń jest cennym elementem oceny ich jakości, ale także informacją dotyczącą tworzenia kolejnych szkoleń dla grupy docelowej. Warto zastosować rozwiązanie, które zapewnia ocenę wiedzy uczestników przed i po szkoleniu, a także ocenę wdrożenia zdobytej podczas szkolenia wiedzy oraz napotykanych przeszkód w pewnym okresie (np. 3 miesiące) po odbyciu szkolenia.
- Realizacja powyższych zasad wymaga znacznej elastyczności podmiotów finansujących szkolenia na poziomie lokalnym w zakresie ich planowania i realizacji, a także włączenia się w proces rekrutacji uczestników we współpracy z instytucjami partnerskimi.

Systematyczne spotkania

Oprócz programu szkoleniowego ważnym elementem tworzenia LSP są systematyczne spotkania koordynatorów w środowisku lokalnym, które pozwalają na wymianę informacji, lepsze wzajemne poznanie się realizatorów, omówienie trudności i potencjalnych rozwiązań, a także odpowiednie zaplanowanie dalszej pracy.

W przypadku LSP wdrażanego w Warszawie, spotkania ze wszystkimi koordynatorami z terenu całej Warszawy odbywają się raz w miesiącu. Dodatkowo, w razie potrzeby, organizowane są spotkania w poszczególnych dzielnicach.

Przedstawione powyżej etapy wdrażania LSP prezentuje poniższy schemat.



Rys. 8. LSP – ogólny schemat rozpoczęcia realizacji na poziomie dzielnicy/gminy/miasta

2.5. Działania LSP – współpraca z rodzinami

Głównymi działaniami w ramach LSP w odniesieniu do rodziców na danym terenie są:

- informowanie rodziców o systemie i ofercie pomocy,
- identyfikacja rodzin przeżywających trudności,
- zapewnienie adekwatnej oferty wsparcia.

Informowanie rodziców

Pierwszym krokiem podejmowanym przez wszystkich profesjonalistów, którzy mają kontakt z rodzinami małych dzieci do 3. roku życia (położne, pielęgniarki środowiskowe, rodzinne, pediatryczne, pracownicy żłobków i pracownicy socjalni oraz lekarze różnych specjalności), jest przekazanie wszystkim rodzicom podstawowych informacji o realizowanym lokalnie programie wsparcia rodzin z małymi dziećmi i dostępnej w jego ramach bezpłatnej ofercie pomocy. Zadanie to można realizować poprzez wywieszenie plakatów informacyjnych, przygotowanie i dystrybucję ulotek i broszur edukacyjnych, a także omówienie dostępnej w danej instytucji oferty, adekwatnej do potrzeb rodziny.

Przy pierwszym kontakcie z nową rodziną (np. podczas zapisywania dziecka do poradni zdrowia czy żłobka), oprócz poinformowania o programie wsparcia, profesjonalista powinien też odebrać pisemną zgodę rodzica na pełen udział w programie. Zgoda jest niezbędna, by w przypadku zidentyfikowania trudności w rodzinie, móc zaoferować pomoc również w innych placówkach, które uczestniczą w LSP. Instytucje te powinny móc otrzymać wszystkie ważne informacje na temat sytuacji rodziny.

Zgoda na uczestnictwo w programie powinna zawierać podstawowe informacje na temat jego oferty, czyli: dostępu do ulotek i broszur kierowanych do rodziców małych dzieci, bezpłatnego wsparcia bezpośredniego, wykorzystywania ankiet lub innych narzędzi stosowanych do identyfikacji czynników ryzyka oraz możliwości, w uzasadnionych przypadkach, nawiązania współpracy z lokalnym ośrodkiem pomocy społecznej. Przykład formularza zgody na udział w programie przedstawiono w Aneksie nr 2.



Rys. 9. Przykłady broszur dystrybuowanych w ramach LSP w Warszawie

Identyfikacja rodzin przeżywających trudności

Drugim krokiem podejmowanym przez profesjonalistę jest wypełnienie na podstawie rozmowy z rodzicem (prowadzonej w ramach wykonywanych obowiązków służbowych) ankiety Rodzic i Dziecko lub innego przyjętego przez wszystkich partnerów LSP narzędzia służącego identyfikacji rodzin z grup ryzyka.

W opisywanym w niniejszym podręczniku przykładzie warszawskiego LSP przyjęto, że rodzina, w której podczas zbierania wywiadu zdiagnozowano więcej niż 3 czynniki ryzyka, powinna zostać objęta szczególną opieką i wsparciem. W praktyce oznacza to zachęcenie rodziny do kontaktu z placówką oferującą pomoc i wsparcie, a także przekazanie ankiety do lokalnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Każda instytucja zaangażowana w LSP posługuje się innym schematem postępowania, dostosowanym do realiów jej działania, i innymi narzędziami identyfikacji czynników ryzyka. Różnice dotyczące ankiety Rodzic i Dziecko dla poszczególnych profesjonalistów wiążą się z ich specyfiką pracy – każdy z nich może zaobserwować i zdiagnozować inne czynniki ryzyka. Przykłady ankiet Rodzic i Dziecko wykorzystywanych w warszawskim LSP przedstawiono w Aneksie nr 3.

Należy pamiętać, że niezależnie od liczby zidentyfikowanych czynników ryzyka, jeśli profesjonalista uzna, że rodzina potrzebuje wsparcia, zawsze należy ją poinformować, gdzie można uzyskać pomoc. Niektóre z czynników ryzyka opisane w ankiecie, np.: zdiagnozowana przemoc w rodzinie, uzależnienia, brak środków do życia wskazują na konieczność objęcia rodziny jak najszybszym interdyscyplinarnym wsparciem.

Identyfikacja czynników ryzyka krzywdzenia dziecka w rodzinie ma znaczenie zarówno dla samej rodziny, jak i profesjonalistów mających z nią kontakt. Dzięki wczesnej identyfikacji trudności w rodzinie, które mogą negatywnie wpłynąć na rozwój dziecka, możliwe jest zaplanowanie pracy z rodzinami na wczesnym etapie, kiedy problemy przeżywane przez nią nie są złożone. Narzędzie identyfikacji czynników ryzyka pomaga również profesjonalistom uporządkować wiedzę na temat rodziny tak, aby interdyscyplinarna współpraca podejmowana w ramach LSP przyniosła jak najlepsze efekty.

Zapewnienie rodzinie adekwatnej oferty wsparcia

Trzecim elementem realizowanym w ramach systemu jest zaproponowanie pomocy bezpośredniej, odpowiadającej potrzebom rodziny.

W przypadku objęcia rodziny wsparciem konieczna jest współpraca wszystkich partnerów mających kontakt z daną rodziną, wymiana informacji oraz ustalenie wspólnego planu.

2.6. Narzędzia do realizacji LSP

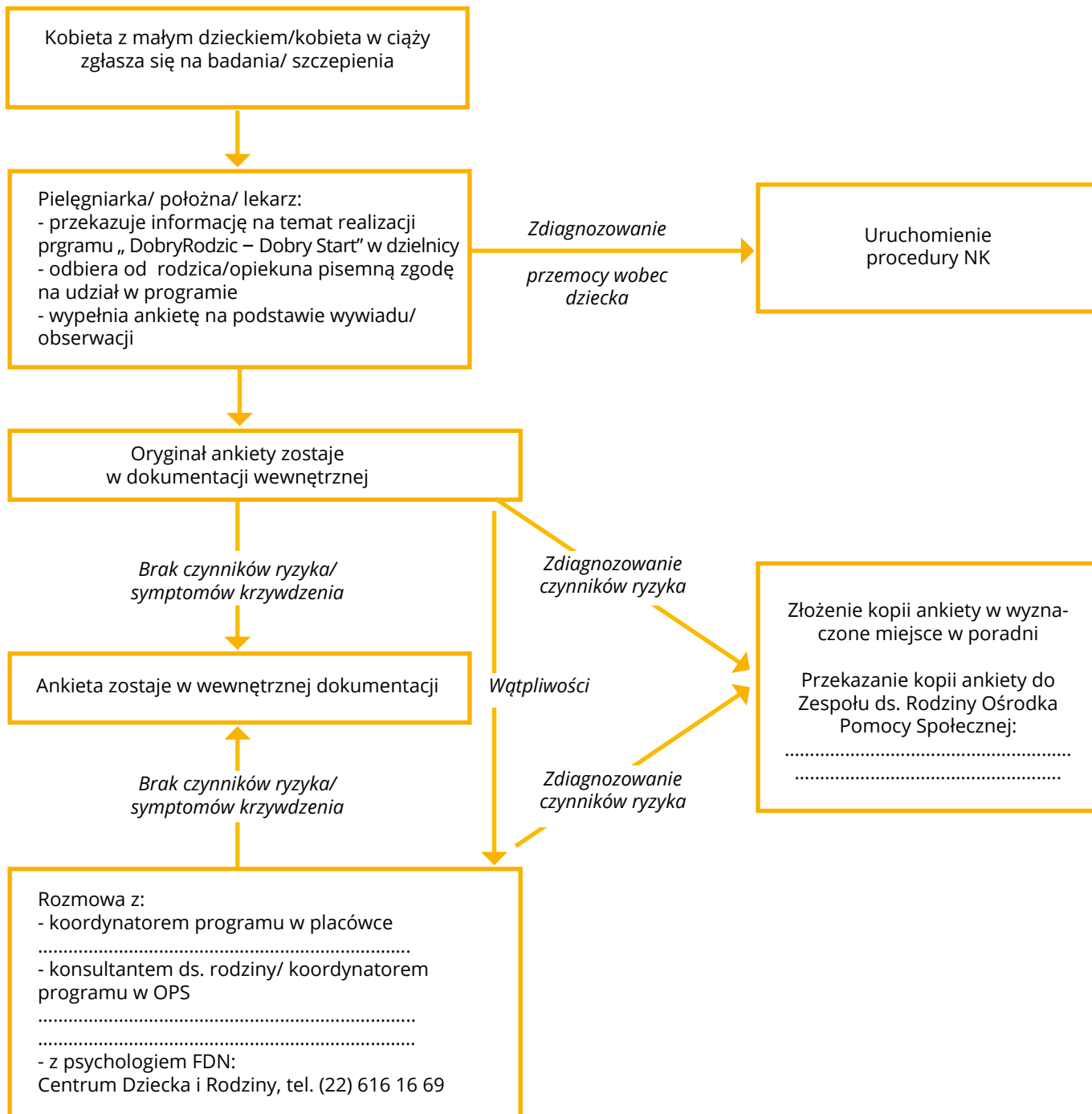
Realizacja programów profilaktycznych opiera się na założeniu objęcia nimi całej populacji, której dany program dotyczy. Program, który opisujemy obejmuje rodziny oczekujące dziecka i rodziny z dzieckiem do lat 3. Właśnie dla tej grupy powinna być prowadzona identyfikacja czynników zagrażających prawidłowemu rozwojowi dziecka, dzięki której możliwa jest ocena sytuacji rodziny i zaplanowanie działań mających na celu ich zniwelowanie.

Identyfikacja czynników ryzyka w ramach LSP powinna przebiegać według modelu wcześniej ustalonego przez wszystkie zaangażowane w realizację LSP instytucje. Wypracowanie wspólnego narzędzia do identyfikacji rodzin w trudnej sytuacji jest niezwykle ważne, by wszyscy specjaliści tak samo rozumieli ryzyko krzywdzenia dzieci. Ponadto narzędzie może być swoistą listą sprawdzającą, czy na wszystkie elementy zwróciliśmy uwagę.

Planując narzędzie do identyfikacji czynników ryzyka warto szeroko je skonsultować, a także przemyśleć tak, by jego wykorzystanie nie było dodatkowym obciążeniem dla pracowników, którzy i tak przeważnie wypełniają liczne obowiązki.

Jako przykład prezentujemy w Aneksie nr 3 ankietę Rodzic i Dziecko wykorzystywaną w ramach LSP w Warszawie. Ankieta została opracowana w trzech wersjach odpowiadających specyfice poszczególnych służb tworzących LSP.

Schemat działania dla ZOZ



Rys. 10. Przykładowy schemat przekazywania informacji w ramach Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci

2.7. Zadania poszczególnych służb tworzących LSP

Podczas ustalania na wstępnym spotkaniu doboru instytucji wchodzących w skład LSP, należy wyznaczać, z jednej strony zakres odpowiedzialności poszczególnych partnerów, z drugiej – ich obowiązki. Proponowane w ramach LSP rozwiązania mieszczą się w ustawowych obowiązkach każdej ze służb. LSP jest usystematyzowaniem wzajemnej współpracy i sposobem na to, by skoordynować i zsynchronizować działania partnerów. Zakres obowiązków określa zawarte porozumienie, ważne jednak jest dodatkowe zebranie zadań stojących przed członkami LSP, co prezentuje poniższa tabela.

Koordynator LSP (na przykładzie zadań podjętych w ramach koordynacji przez Fundację Dzieci Niczyje)	ZOZ	OPS	Żłobek lub inna placówka opieki nad dzieckiem do lat 3
<ul style="list-style-type: none"> • Szczegółowa analiza potrzeb w dzielnicach • Przeprowadzenie szkoleń wprowadzających • Spotkania z pracownikami instytucji zaangażowanych w projekt • Dostarczenie materiałów niezbędnych do realizacji projektu • Wsparcie partnerów przez koordynatora całości LSP na każdym etapie realizacji projektu • Dostarczanie aktualnej oferty wsparcia dla rodziców małych dzieci 	<ul style="list-style-type: none"> • Wyznaczenie koordynatora programu • Opracowanie schematu realizacji programu • Udział w szkoleniach, seminariach i konferencjach • Dystrybucja materiałów wśród rodziców • Informowanie o programie i miejscach wsparcia dla rodziców małych dzieci • Identyfikacja rodzin z grup ryzyka • Prowadzenie dokumentacji projektowej – statystyki • Kontakt z partnerami projektu na terenie dzielnic w sytuacji, gdy istnieje potrzeba szczególnego wsparcia wykraczającego poza zadania ZOZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Wyznaczenie koordynatora programu • Opracowanie schematu realizacji programu • Udział w szkoleniach, seminariach i konferencjach • Dystrybucja materiałów wśród rodziców • Informowanie o programie i miejscach wsparcia dla rodziców małych dzieci • Identyfikacja rodzin z grup ryzyka • Prowadzenie dokumentacji projektowej • Obejmowanie specjalistycznym wsparciem rodzin, w których zdiagnozowano 3 czynniki ryzyka lub więcej • Kontakt i wymiana informacji z innymi partnerami projektu 	<ul style="list-style-type: none"> • Wyznaczenie koordynatora programu • Opracowanie schematu realizacji programu • Udział w szkoleniach, seminariach i konferencjach • Dystrybucja materiałów wśród rodziców • Informowanie o programie i miejscach wsparcia dla rodziców małych dzieci • Identyfikacja rodzin z grup ryzyka • Prowadzenie dokumentacji projektowej • Obejmowanie specjalistycznym wsparciem psychologa rodzin, w których zdiagnozowano 3 czynniki ryzyka lub więcej • Kontakt i wymiana informacji z innymi partnerami projektu

Tabela 2. Zadania koordynatorów w poszczególnych instytucjach wchodzących w skład LSP

Funkcję koordynatora reguluje podpisane przez partnerów LSP porozumienie. Ważne jest określenie zadań tej osoby, żeby ich realizacja nie stała w sprzeczności z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi. Zadania koordynatorów w poszczególnych instytucjach polegają na:

- zamieszczaniu materiałów o realizacji programu na tablicach informacyjnych w danej placówce, np. ogłoszeń i plakatów mówiących o aktywnościach kierowanych do rodziców małych dzieci,
- przekazywaniu informacji otrzymanych od Koordynatora LSP realizatorom programu z placówki, np. informacji o spotkaniach superwizyjnych, szkoleniach, itd.,
- dystrybucji wśród innych pracowników materiałów potrzebnych do realizacji programu, np. narzędzi służących identyfikacji czynników ryzyka krzywdzenia dziecka w rodzinie, materiałów edukacyjnych dla rodziców,
- zbieraniu dokumentacji związanej z LSP, np. kopii narzędzi służących do identyfikacji rodzin z grup ryzyka i w razie konieczności przekazywaniu ich do koordynatora programu w Ośrodku Pomocy Społecznej lub innej instytucji, która zgodnie z przyjętym lokalnie schematem i podpisanym porozumieniem będzie prowadzić pracę z rodziną,
- monitoringu realizacji programu na terenie placówki,
- prowadzeniu statystyk dotyczących realizacji programu (jeżeli jest to przewidziane podpisanym porozumieniem o współpracy),
- zgłaszaniu zapotrzebowania na brakujące materiały do koordynatora całego LSP,
- okresowej analizie realizacji standardów i potrzeb związanych z rozwojem LSP na poziomie placówki za pomocą ankiety do monitoringu (wzór ankiety znajduje się w Aneksie nr 4).

2.8. Standardy realizacji programu

Wdrażając LSP warto dążyć do tego, by w poszczególnych instytucjach go tworzących, wyglądał on podobnie, przestrzegał tych samych zasad i stosował to samo podejście, na ile to oczywiście możliwe, przy uwzględnieniu specyfiki każdej z placówek. Dlatego też warto wypracować wspólnie standardy działania systemu, wyznaczające cel, do którego będą dążyć wszyscy partnerzy.

Poniżej przedstawiamy standardy opracowane na podstawie wieloletnich doświadczeń współpracy w obszarze Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci w m.st. Warszawa. Ich treści odnoszą się do rozwiązań sugerowanych przez poszczególnych partnerów programu i wypracowanych przez nich dobrych praktyk.

Celem stworzenia standardów było wskazanie i scharakteryzowanie najważniejszych obszarów, które trzeba wziąć pod uwagę, opracowując LSP. Niniejsze zestawienie zawiera treść siedmiu głównych standardów lokalnych działań profilaktycznych wraz z opisem działań pomocnych w ich wprowadzeniu.

Standard 1: Oferta wsparcia dla rodziców małych dzieci

1. Istnieją lokalne instytucje świadczące pomoc i wsparcie rodzicom małych dzieci.
2. Poszczególne instytucje zaangażowane w działania profilaktyczne tworzą i rozwijają własną ofertę skierowaną do rodziców małych dzieci.
3. Rodzice oczekujący na dziecko i rodzice małych dzieci mają dostęp do informacji o lokalnej ofercie wsparcia, pomocy i edukacji.

4. Publikacje i materiały na temat dobrego rodzicielstwa są dostępne dla wszystkich rodziców małych dzieci.
5. Oferta wsparcia i edukacji dla rodziców jest bezpłatna.

Podstawą LSP dla rodziców małych dzieci powinna być zaprojektowana i zaplanowana adekwatnie do ich potrzeb oferta pomocy. Powinny ona być przede wszystkim stała i różnorodna. Tworząc taką lokalną ofertę wsparcia, trzeba także zadbać o to, aby o możliwości skorzystania z niej nie decydowały względy finansowe – wobec tego musi być także bezpłatna. Dobrą praktyką jest rozwijanie, w miarę możliwości, oferty wsparcia w poszczególnych instytucjach zaangażowanych w program, tak by rodzice mogli znaleźć wsparcie jak najbliżej swojego miejsca zamieszkania. Poza propozycją udziału w zajęciach edukacyjnych czy konsultacji ze specjalistami, warto zapewnić rodzicom dostęp do materiałów edukacyjnych na temat dobrego rodzicielstwa w postaci broszur, ulotek, artykułów i publikacji. Przykładem dobrej praktyki jest przygotowanie ulotki z lokalną ofertą wsparcia, która wskaże rodzicom najbliższe placówki niosące pomoc i wsparcie.

Standard 2: Systemowa współpraca między profesjonalistami

1. Stworzenie informatora dla instytucji realizujących LSP.
2. Określenie instytucji odpowiedzialnych za realizację programu na poziomie lokalnym oraz pod pisanie porozumienia o współpracy pomiędzy głównymi partnerami realizującymi program.
3. Wyznaczenie koordynatora programu w każdej instytucji.
4. dentyfikacja rodzin wymagających szczególnego wsparcia i przekazywanie o nich informacji do miejsc świadczących rozszerzoną ofertę wsparcia i pomocy (OPS, GOPS).
5. Przekazywanie informacji zwrotnych do partnerów zaangażowanych w pracę z rodzinami objętymi programem.
6. Organizacja regularnych spotkań partnerów realizujących program.
7. Organizacja wewnętrznych szkoleń.
8. Przygotowanie i dystrybucja materiałów oraz narzędzi potrzebnych do realizacji zadania.

Kwestia współpracy profesjonalistów zaangażowanych w LSP jest kluczowa dla efektywności podejmowanych działań. Współpraca ta powinna objąć profesjonalistów w ramach poszczególnych instytucji zaangażowanych w program. Standard 2 odnosi się do zasad współpracy wewnętrznej w ramach instytucji będącej częścią LSP oraz zasad współpracy pomiędzy poszczególnymi partnerami w ramach różnych instytucji. Informator wewnętrzny dla instytucji LSP powinien zawierać podział zadań, schemat przepływu informacji, zakres odpowiedzialności, a także adresy i ofertę lokalnych instytucji gwarantujących wsparcie dla rodzin z małymi dziećmi. Powinien być także dostępny dla każdego pracownika mającego kontakt z rodzicami małych dzieci.

LSP powinien być realizowany przez różne instytucje, które z racji wykonywanych obowiązków kontaktują się z rodzicami małych dzieci. Zadaniem podmiotu wdrażającego system jest identyfikacja takich służb na danym obszarze oraz zaangażowanie ich do współpracy. Do instytucji, które należy wziąć pod uwagę należą: placówki ochrony zdrowia (zarówno rejonowe przychodnie lekarskie, jak i szpitale z oddziałami położniczymi i ginekologiczno-położniczymi), żłobki, szkoły rodzenia, ośrodki pomocy społecznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, policja i kuratorska służba sądowa. Kluczowymi realizatorami LSP są przedstawiciele tych instytucji, które w swojej codziennej pracy mają kontakt z rodzinami dzieci od 0 do 3. roku życia, a więc pracownicy ochrony zdrowia, żłobków, przedszkoli, a także ośrodków pomocy społecznej. Obowiązki służbowe tych osób umożliwiają bowiem obserwację i systematyczną analizę sytuacji rodziny pod kątem istnienia w niej czynników ryzyka. Powinni oni korzystać z narzędzi identyfikacji czynników ryzyka krzywdzenia dziecka w rodzinie tak, aby móc odpowiednio wcześnie podejmować działania mające na celu wsparcie rodzin.

W uzasadnionych przypadkach, kiedy pomoc rodzinie wymaga zaangażowania innych służb, warto włączyć do pracy przedstawicieli kuratorskiej służby sądowej oraz policji (policjantów dzielnicowych). Identyfikacja czynników ryzyka krzywdzenia dziecka ma znaczenie zarówno dla samej rodziny, jak i profesjonalistów mających z nią kontakt. Dzięki wczesnemu rozpoznaniu, możliwe jest zaplanowanie pracy z rodziną na takim etapie, kiedy trudności przeżywane przez nią nie są złożone. Narzędzie identyfikacji czynników ryzyka pomaga również profesjonalistom uporządkować wiedzę na temat rodziny, tak aby interdyscyplinarna współpraca podejmowana w ramach LSP przyniosła jak najlepsze efekty. Zakres obowiązków poszczególnych podmiotów oraz ich rola w systemie będą się różnić, dlatego do współpracy warto doprosić wszystkie instytucje, których pracownicy mogą zwiększyć efektywność podejmowanych działań. Pomiedzy kluczowymi partnerami wskazane jest podpisanie porozumienia o współpracy, które szczegółowo określi zasady współpracy i obowiązki każdej ze stron. Po wybraniu kluczowych realizatorów, konieczne jest także ustalenie schematu przepływu informacji pomiędzy partnerami, zasad wzajemnej komunikacji oraz narzędzi identyfikacji rodzin wymagających szczególnego wsparcia. Schematy te, a także dane kontaktowe poszczególnych koordynatorów powinny być dostępne każdej osobie realizującej program.

Standard związany z organizacją regularnych spotkań partnerów służy wzajemnemu poznaniu oraz możliwości ustalenia zasad współpracy i ewaluacji jej wyników.

Standard 3: Różne poziomy realizacji programu

1. Poziom działań adresowanych do rodziców wszystkich dzieci

- Wszyscy rodzice małych dzieci mają dostęp do informacji o bezpłatnej ofercie wsparcia oraz do materiałów edukacyjnych na temat dobrego rodzicielstwa
- Partnerzy zaangażowani w realizację programu wypracowują narzędzia pomocne w identyfikacji rodzin wymagających dodatkowego wsparcia
- Profesjonaliści pracujący z rodziną znają bezpłatną lokalną ofertę wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi

2. Poziom działań podejmowanych wobec rodziców z grup ryzyka

- Rodziny z grup ryzyka obejmowane są interdyscyplinarną współpracą
- Sytuacja rodzin z grup ryzyka poddawana jest systematycznemu monitoringowi
- Dla rodzin z grup ryzyka opracowywany jest indywidualny plan pracy oparty na rzeczywistych potrzebach rodziny

3. Postępowanie w przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia małych dzieci i członków ich rodzin

- Instytucje partnerskie wypracowują procedury interwencji
- Wszyscy pracownicy w instytucji są przeszkoleni jak podejmować interwencję w celu ochrony zdrowia małego dziecka lub członka jego rodziny
- Ustalone zostają zasady współpracy z członkami Zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy rodzinie

LSP powinien obejmować swym zakresem różnego rodzaju działania, adekwatne do indywidualnych potrzeb uczestniczących w programie rodzin. Część oferty programu powinna być skierowana do wszystkich rodziców małych dzieci zamieszkujących obszar nim objęty, tak by zapoznać je z programem, przekazać wiedzę, a także by uniknąć stygmatyzacji. Specjalna oferta powinna być kierowana do rodzin, u których zidentyfikowane zostały czynniki mogące mieć wpływ na prawidłowy rozwój dzieci. LSP o charakterze profilaktycznym powinien także uwzględniać działania wobec rodzin, w których występuje już bezpośrednie zagrożenie dobra dziecka.

Standard 4: Profesjonaliści wspierający rodziny powinni mieć zapewnione:

1. Odpowiednie warunki kontaktu profesjonalisty z rodzicem

Profesjonaliści pracujący z rodziną mają:

- zapewnioną odpowiednią ilość czasu na kontakt z rodzicem,
- odpowiednie warunki lokalowe,
- możliwość zapewnienia opieki nad dzieckiem podczas kontaktu z rodzicem,
- dostęp do materiałów koniecznych do pracy.

2. Odpowiednią organizację pracy

Profesjonaliści pracujący z rodziną:

- biorą udział w szkoleniach i superwizjach,
- są gotowi na wymianę informacji, współpracę z innymi służbami i specjalistami z różnych dziedzin,
- mają możliwość na oddzielenie funkcji interwencyjnej od pomocowej,
- mają możliwość zapewnienia pracy z poszczególnymi członkami rodziny przez osobnych specjalistów.

Czynnikiem mającym istotne znaczenie dla interdyscyplinarnych i systemowych rozwiązań w obszarze ochrony najmłodszych dzieci przed krzywdzeniem jest zapewnienie profesjonalistom odpowiednich warunków do pracy. Na proces ten składają się podstawowe czynniki opisane w standardzie 4. Jednym z najistotniejszych jest poczucie zaangażowania pracowników. Poczucie zaangażowania w podejmowane działania oraz osobista identyfikacja z leżącymi u ich podstaw wartościami, sprawiają, że profesjonaliści są bardziej skłonni poświęcić swój czas i energię na realizację programu, a także wykazywać się kreatywnością i większym oddaniem. Aby móc rozbudzić wśród realizatorów poczucie identyfikacji z problemem i realizowanym zadaniem konieczne jest odpowiednie przekazanie wiedzy o programie i jego podstawowych założeniach wszystkim pracownikom. Pomocne może okazać się szkolenie wprowadzające oraz przekazanie pakietów startowych dla profesjonalistów, które zawierają wyczerpujące informacje o projekcie. Ważna również jest możliwość skorzystania z superwizji, które są najczęściej wymieniane pośród potrzeb profesjonalistów pracujących w obszarze wsparcia i pomocy. Praca polegająca na kontakcie z drugim człowiekiem jest w specyficzny sposób obciążająca. Superwizje dają możliwość podzielenia się sytuacjami szczególnie trudnymi, służą wymianie doświadczeń, a także umożliwiają weryfikację podjętych działań. Dodatkowo pozwalają na skonsultowanie się z innymi profesjonalistami, dając poczucie większej satysfakcji z podejmowanych działań. Superwizje w znaczny sposób wpływają na wzrost zaangażowania profesjonalistów w wykonywaną pracę, a także przeciwdziałają wypaleniu zawodowemu i poczuciu bezradności w przypadku podejmowanych działań.

Standard 5: Podmiotowa relacja pomiędzy profesjonalistami a rodziną

1. Budowa i utrzymanie pozytywnych relacji z rodziną

- Ustalenie granic relacji rodzic – profesjonalista i zakresu odpowiedzialności obu stron
- Słuchanie rodziców i odpowiadanie na ich indywidualne potrzeby
- Rozpoznawanie i uwzględnianie barier komunikacyjnych rodziców
- Dostrzeganie oraz docenianie przejawów współpracy i zaangażowania ze strony rodziców
- Regularna ewaluacja osiągniętych wyników
- Dostrzeganie i korzystanie z zasobów rodziców w relacji z dzieckiem
- Dostęp rodziców do rzetelnej, zgodnej z prawdą informacji na swój temat od profesjonalisty

2. Akceptacja różnorodności i odmienności postaw w pracy z rodziną

- Akceptacja różnorodności potrzeb i postaw rodzicielskich
- Wiedza o odmiennościach kulturowych, społecznych i religijnych
- Akceptacja odmienności kulturowych, społecznych i religijnych rodziny

3. Zapewnienie rodzicom poczucia bezpieczeństwa

- Zapewnienie poufności kontaktu z rodzicami (z wyjątkiem sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia)
- Dbłość o bezpieczne przechowywanie dokumentacji
- Dostęp innych osób i instytucji do dokumentacji oparty na ścisłych procedurach

Planując działania zorientowane na budowanie systemów wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi warto pamiętać, że poza dobrze przygotowanym zapleczem organizacyjnym na efektywność takich działań wpływ ma także jakość nawiązywanych przez profesjonalistów relacji. Element ten jest niezbędny z uwagi na fakt, że nawet najlepiej przygotowana oferta wsparcia nie spotka się z zainteresowaniem klientów, jeżeli nie uzyskają oni odpowiedniego wsparcia i akceptacji opartej na szacunku i zrozumieniu ze strony profesjonalistów. Budowa tych relacji z rodzinami zaczyna się już od pierwszego spotkania. Dlatego sposób informowania o programie i poświęcony na ten etap czas są bardzo ważne i stają się podłożem do planowania dalszej współpracy.

Standard 6: Kompetencje w zakresie pracy z rodziną z małym dzieckiem

1. Pożądane kwalifikacje i kompetencje

Każdy profesjonalista pracujący z rodzinami posiada:

- interdyscyplinarną wiedzę z zakresu wielu dziedzin,
- wiedzę o instytucjach pomocowych oraz kompetencjach poszczególnych służb,
- wiedzę z zakresu problematyki przeciwdziałania krzywdzeniu małych dzieci oraz identyfikacji czynników ryzyka krzywdzenia dziecka w rodzinie,
- zaświadczenie/oświadczenie o niekaralności.

2. Przygotowanie osobiste

Do pracy z rodzinami potrzebne są:

- doświadczenie,
- elastyczność w działaniu i komunikowaniu się z rodziną,
- gotowość do ciągłego podnoszenia swoich kompetencji,
- umiejętność pracy w grupie,
- wrażliwość na problemy społeczne.

Standard 6 określa działania związane z kompetencjami osób, które wchodzi w skład zespołów tworzących oferty wsparcia w społeczności lokalnej. Kompetencje te powinny wynikać zarówno z dobrego przygotowania merytorycznego (m.in.: wiedzy na temat sytuacji społecznej rodziny z małym dzieckiem, czynników ryzyka, możliwych form wspierania rodzin), jak i przygotowania osobistego (m.in.: umiejętności nawiązywania i utrzymywania dobrego kontaktu z rodzicami).

Standard 7: Informacja i promocja

1. Szeroka promocja oferty przez wszystkich zaangażowanych partnerów.

2. Różnorodne formy przekazu, gwarantujące dotarcie do możliwie jak największej liczby rodziców małych dzieci.

Dotarcie do rodziców i zachęcenie ich do skorzystania z przygotowanej dla nich oferty wsparcia jest jednym z istotnych zadań lokalnych systemów wsparcia. Celem działań informacyjnych jest, aby wszyscy rodzice dzieci poniżej 3. roku życia z danej społeczności lokalnej dowiedzieli się o dostępnej dla nich ofercie. Przygotowanie zróżnicowanych, atrakcyjnych działań promocyjnych sprawia, że rodzice z większym zaufaniem i chęcią będą korzystać z oferowanej przez poszczególnych partnerów pomocy. Niezbędne są tu materiały informacyjne – broszury, ulotki i plakaty z informacjami o samym programie, jak i o poszczególnych aktywnościach podejmowanych przez partnerów.

Do realizacji tego standardu potrzebna jest współpraca z partnerami w docieraniu z informacją o ofercie do rodziców, a także współpraca z lokalnymi mediami. Promocja powinna zakładać różnorodne formy przekazu, gwarantujące poinformowanie możliwie jak największej ilości rodziców małych dzieci. Szeroka informacja kierowana powinna być do lokalnych urzędów, poradni psychologiczno-pedagogicznych, przychodni zdrowia, żłobków, przedszkoli i szkół, ośrodków pomocy społecznej, domów kultury, klubików dla małych dzieci, sklepów z akcesoriami dla małych dzieci, domów samotnej matki, kawiarni przyjaznych rodzicom z małymi dziećmi, placów zabaw, kościołów, ośrodków adopcyjnych, szkół rodzenia, poradni laktacyjnych, bibliotek. Dobrą praktyką jest współpraca lokalnych organizacji pozarządowych, posiadających komplementarną ofertę wsparcia kierowaną do rodziców małych dzieci.

By ułatwić sprawdzenie, czy dana instytucja spełnia standardy, w Aneksie nr 4 przedstawiono propozycję ankiety do autoewaluacji.

2.9. Ewaluacja i monitoring

Monitoringi programu profilaktycznego oraz ewaluacja jego efektów powinny towarzyszyć podejmowanym działaniom już od etapu ich planowania. Precyzyjne sformułowanie celu głównego, celów szczegółowych i działań, które zostaną podjęte i przypisanie do nich mierzalnych wskaźników, a także źródeł pozyskiwania danych, pozwalają w trakcie realizacji programu ocenić, czy jego wdrażanie przebiega zgodnie z planem, czy może konieczne jest wprowadzenie modyfikacji. W dalszej perspektywie będzie można ocenić, czy zakładane efekty zostały osiągnięte i czy warto kontynuować lub też replikować podobne rozwiązania.

Przedstawione poniżej matryca ewaluacji i lista wskaźników monitorowania LSP, jest jedynie propozycją, wachlarzem technik, z których można wybrać określone elementy w zależności od możliwości, kompetencji i środków.

Należy podkreślić, że warto wykorzystywać zarówno metody ilościowe, które pozwolą na liczbowe przedstawienie efektów, jak i jakościowe, które mogą prowadzić do lepszego zrozumienia procesu wdrażania proponowanego rozwiązania, jego mocnych i słabych stron. W świetle ograniczonych finansów wiele z działań może polegać na autoewaluacji. Ważne jest, by wszyscy partnerzy brali udział w monitoringu i ewaluacji, a także by posługiwali się tymi samymi narzędziami gromadzenia danych lub przynajmniej zbierali je według ustalonej wspólnej metodologii.

Na wspólnym spotkaniu, a także w porozumieniu podpisywanym między partnerami, warto ustalić, kto będzie gromadził dane z monitoringu oraz jak i kiedy przedstawi ich podsumowanie i analizę partnerom. W LSP prowadzonym w Warszawie dane zbierane są w ujęciu półrocznym i przedstawiane w postaci prezentacji podczas jednego z comiesięcznych spotkań monitorująco-superwizyjnych z koordynatorami LSP z poszczególnych instytucji.

MONITOROWANIE DZIAŁANIA LSP

OBSZAR	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO INFORMACJI
Informacja	Liczba rozdyskrebowanych materiałów dla rodziców	koordynator
	Liczba imprez promocyjnych skierowanych do rodziców dzieci 0-3 lata	koordynator
	Liczba publikacji w mediach (TV, prasa, radio, internet)	koordynator
	Liczba odbiorców publikacji w mediach (statystyki stron, szacunkowa oglądalność/słuchalność itd.)	koordynator
Identyfikacja rodzin wymagających wsparcia	STATYSTYKI ZBIERANE OD ZOZ	
	Liczba nowych dzieci zapisanych do poradni w danym okresie	ZOZ
	Liczba dzieci, dla których wypełniono ankietę/notatkę	ZOZ
	Liczba ankiet przekazanych do OPS	ZOZ
	STATYSTYKI ZBIERANE OD ŻŁOBKÓW I PRZEDSZKOLI	
	Liczba nowych dzieci zapisanych do placówki	żłobek
	Liczba dzieci, dla których wypełniono ankietę/notatkę	żłobek
	Liczba ankiet z co najmniej 3 czynnikami ryzyka	żłobek
	Liczba ankiet przekazanych do OPS	żłobek

STATYSTYKI ZBIERANE OD OPS

	Liczba nowych rodzin z małym dzieckiem	OPS
	Liczba rodzin, dla których wypełniono ankietę	OPS
	Liczba ankiet z co najmniej 3 czynnikami ryzyka	OPS
	Liczba ankiet otrzymanych od ZOZ	OPS
	Liczba ankiet otrzymanych od żłobków	OPS
	Liczba ankiet otrzymanych od przedszkoli	OPS
	Liczba rodzin objętych dodatkowym wsparciem	OPS
Wsparcie rodzin przeżywających trudności	Liczba miejsc świadczących wsparcie	koordynator
	Liczba usług dostępnych dla rodzin wymagających wsparcia	koordynator
	Liczba nowych klientów w podziale na poszczególne oddziaływania, w tym kobiety i mężczyźni	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba wszystkich klientów w podziale na poszczególne oddziaływania, w tym kobiety i mężczyźni	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba klientów korzystających z więcej niż jednej formy pomocy	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba klientów z >3 czynnikami ryzyka*	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba odbytych spotkań w podziale na poszczególne formy pomocy	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba odwołanych spotkań przez klienta	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba odwołanych spotkań przez prowadzącego	podmiot/y świadczące wsparcie
	Odsetek klientów wg źródeł informacji/skierowania (profesjonalista, ulotka/plakat, znajomi/rodzina, media)	podmiot/y świadczące wsparcie
	Odsetek klientów pozytywnie oceniających dane oddziaływanie tuż po zakończeniu **	podmiot/y świadczące wsparcie
	Odsetek klientów, u których nastąpiła zmiana postaw***	podmiot/y świadczące wsparcie
	Odsetek klientów deklarujących utrzymujący się efekt oddziaływań 6 miesięcy po ich zakończeniu	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba spraw skierowanych do sądu rodzinnego	podmiot/y świadczące wsparcie
	Liczba spraw skierowanych do prokuratury	podmiot/y świadczące wsparcie
	Wsparcie profesjonalistów	Liczba spotkań monitorujących
Liczba uczestników spotkań monitorujących		podmiot/y świadczący/e wsparcie merytoryczne
Liczba omówionych przypadków		podmiot/y świadczący/e wsparcie merytoryczne
Liczba spotkań informacyjnych dla profesjonalistów		podmiot/y świadczący/e wsparcie merytoryczne

Liczba uczestników spotkań informacyjnych	podmiot/ świadczący/e wsparcie merytoryczne
Liczba szkoleń/seminariów/konferencji dla profesjonalistów	podmiot/ świadczący/e wsparcie merytoryczne
Liczba uczestników szkoleń/seminariów/konferencji dla profesjonalistów	podmiot/ świadczący/e wsparcie merytoryczne
Odsetek uczestników pozytywnie oceniających szkolenie/seminarium/konferencję	podmiot/ świadczący/e wsparcie merytoryczne
Liczba konsultacji indywidualnych dla profesjonalistów	podmiot/ świadczący/e wsparcie merytoryczne

*zalecane, by każdy świadczący ofertę wsparcia podczas pierwszej konsultacji wypełniał ankietę Rodzic i Dziecko lub inne uzgodnione narzędzie do identyfikacji czynników ryzyka.

**warto, by przy podobnych rodzajach oddziaływań podmioty stosowały te same narzędzia pomiaru.

***tylko przy długich oddziaływaniach i tylko jeśli podmioty zdecydują się na stosowanie tego samego narzędzia, np. Skali postaw rodzicielskich Mieczysława Plopy.

Tabela 4. Propozycja wskaźników monitoringu

W odniesieniu do ewaluacji LSP, warto zaznaczyć, że powinna ona mieć głównie funkcję formatywną – pozwalającą na zdobycie wiedzy, co działa, co natomiast należy poprawić. Trzeba również zaznaczyć, że precyzyjne określenie oddziaływania programu profilaktycznego na skalę problemu krzywdzenia małych dzieci jest niezwykle trudne, gdyż na skalę zjawiska wpływ ma wiele czynników. Co więcej, w fazie wstępnej program profilaktyczny może wręcz zwiększyć liczbę wykrywanych przypadków, ze względu na zwiększenie wiedzy i świadomości profesjonalistów na temat zjawiska przemocy i podniesienie ich umiejętności reagowania.

CEL OGÓLNY	CELE SZCZEGÓŁOWE	PYTANIA BADAWCZE	WSKAŹNIKI
Instytucje w dzielnicach skutecznie wdrażają LSP	Zwiększenie wiedzy pracowników instytucji zaangażowanych w LSP, pracujących z rodzinami małych dzieci, nt. procedur i standardów współpracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czy pracownicy znają procedury i standardy współpracy? 2. W jaki sposób się z nimi zapoznali? 3. Czy uczestniczyli w ich wypracowywaniu? 4. Jak je oceniają? 	Odsetek respondentów deklarujący znajomość procedur i standardów
	Zaangażowanie wszystkich pracowników instytucji uczestniczących w LSP, którzy pracują z rodzinami małych dzieci, w stosowanie procedur współpracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czy pracownicy stosują procedury i standardy współpracy? 2. Jak pracownicy oceniają współpracę z innymi instytucjami? 3. Jakie trudności napotykają? 	Odsetek respondentów deklarujący stosowanie procedur i standardów Odsetek respondentów deklarujący zadowolenie ze współpracy z innymi organizacjami Opis głównych problemów

Zwiększenie odsetka pracowników instytucji zaangażowanych w LSP, pracujących z rodzinami małych dzieci, którzy stosują narzędzia identyfikacji czynników ryzyka

1. Czy pracownicy stosują narzędzie do identyfikacji ryzyka dla wszystkich rodzin? Jeśli nie, dlaczego?

Odsetek respondentów deklarujących stosowanie narzędzia identyfikacji czynników ryzyka; powody niestosowania narzędzia
Liczba rodzin objętych monitoringiem czynników ryzyka w stosunku do wszystkich rodzin będących pod opieką danej instytucji

2. W jakich okolicznościach stosują narzędzie? Jak jest ono odbierane przez rodziny? Jakie są główne powody odmowy uczestnictwa w programie przez rodziny?

Odsetek rodzin wyrażających zgodę na objęcie programem; powody odmowy

3. Jak oceniają skuteczność narzędzia w wyłanianiu rodzin rzeczywiście potrzebujących wsparcia? Jakie czynniki ryzyka najczęściej identyfikują?

Liczba ankiet przekazanych do OPS w danej dzielnicy w stosunku do wszystkich ankiet z zaznaczonymi przynajmniej 3 czynnikami ryzyka; lista najczęstszych czynników ryzyka; liczba rodzin spośród tych z 3 czynnikami ryzyka faktycznie objęta pomocą OPS

Zwiększenie wiedzy z zakresu ochrony małych dzieci przed krzywdzeniem wśród pracowników instytucji zaangażowanych w LSP, pracujących z rodzinami małych dzieci

1. Czy cały personel został przeszkolony z zakresu ochrony małych dzieci przed krzywdzeniem?
2. Czy cały personel posiada wiedzę z zakresu ochrony małych dzieci przed krzywdzeniem?

Odsetek respondentów, którzy wzięli udział w szkoleniach w ostatnich 3 latach

Odsetek respondentów deklarujący posiadanie wiedzy z zakresu ochrony małych dzieci przed krzywdzeniem

Zwiększenie znajomości lokalnej oferty wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi wśród pracowników instytucji zaangażowanych w LSP, pracujących z rodzinami małych dzieci

1. Jaką wiedzę mają pracownicy na temat oferty wsparcia dostępnej dla rodziców?
2. Jak przekazują tę wiedzę rodzicom?

Odsetek respondentów deklarujący znajomość lokalnej oferty

Odsetek klientów programu, którzy deklarują, że informację dostali od pracownika instytucji zaangażowanych w LSP

Zapewnienie szybkiej i skutecznej pomocy rodzinom wymagającym wsparcia	Dotarcie do rodziców z podstawowymi informacjami o wychowaniu bez przemocy	1. Skąd rodzice czerpią informacje o wychowaniu bez przemocy?	Lista źródeł informacji
	Dotarcie z informacją o bezpłatnej ofercie wsparcia	2. Skąd rodzice czerpią informację o programie? 3. Jak rodzice oceniają dostępność informacji o wychowaniu i ofercie wsparcia?	Lista źródeł informacji Opinie rodziców
	Zapewnienie wsparcia psychologicznego, prawnego i psychiatrycznego rodzicom z grup ryzyka lub z rodzin, gdzie występuje przemoc	1. Jaka jest oferta dostępna w danej dzielnicy? W jakich godzinach? 2. Jak długo trzeba czekać na udział w programie? 3. Czy oferta skierowana jest do obojga rodziców?	Liczba miejsc świadczących pomoc; liczba usług; godziny otwarcia Czas oczekiwania na pierwszą wizytę Odsetek ojców uczestniczących w programie
	Dotarcie z właściwą ofertą do grup faktycznego ryzyka	1. Czy udaje się dotrzeć do właściwych adresatów? 2. Czy proponowana oferta jest trafna?	Profile uczestników Lista usług, z których najczęściej korzystają rodzice
	Zwiększenie wiedzy rodziców na temat rozwoju i potrzeb dziecka	1. Jak rodzice oceniają swoją wiedzę przed i po udziale w programie?	Odsetek rodziców deklarujących wzrost wiedzy po zakończeniu udziału w programie
	Zmiana postaw rodziców wobec wychowania dziecka	1. Jak rodzice zapatrują się na kwestie wychowania dziecka przed i po udziale w programie?	Odsetek rodziców, u których nastąpiła zmiana postaw
	Zwiększenie umiejętności obojga rodziców w zakresie wychowania bez przemocy oraz poprawa relacji między rodzicami a dzieckiem	1. Jak skuteczny jest program wsparcia w wychowaniu bez przemocy?	Odsetek rodziców – beneficjentów programu deklarujących wychowanie bez przemocy 6 miesięcy po zakończeniu programu
Zwiększenie świadomości mieszkańców nt. wychowania bez przemocy	Zmniejszenie przyzwolenia społecznego na stosowanie kar fizycznych i innych niekonstruktywnych metod wychowawczych	1. Jakie metody dyscyplinowania dziecka stosują rodzice na naszym terenie?	Odsetek respondentów stosujących kary fizyczne

Tabela 5. Propozycja matrycy ewaluacji LSP

2.10. Podsumowanie

Zdaniem realizatorów LSP w Warszawie ma on potencjał w zmniejszaniu zjawiska krzywdzenia małych dzieci.

Wśród korzyści najczęściej wskazywanych przez partnerów realizujących LSP wymieniane są:

- zainicjowanie na poziomie lokalnym modelu wsparcia rodzin opartego na pracy z wczesną identyfikacją czynników ryzyka;
- podjęcie współpracy interdyscyplinarnej na poziomie lokalnym, co pozwala na lepsze poznanie się profesjonalistów mających w swojej codziennej pracy kontakt z rodzicami dzieci do lat 3;
- systematyczne spotkania koordynatorów z poszczególnych instytucji, dające możliwość wymiany doświadczeń pomiędzy profesjonalistami, wdrażania nowych rozwiązań i dobrych praktyk i podejmowania wzajemnej współpracy opartej na planowaniu oddziaływań adekwatnych do potrzeb rodziny i zdiagnozowanych w niej trudności;
- promocja i rozwijanie oferty wsparcia dla rodzin, dzięki czemu rodzice mają szansę skorzystać z pomocy udzielanej blisko ich miejsca zamieszkania;
- wspólne szkolenia, które pozwalają na usystematyzowanie wiedzy profesjonalistów na temat możliwości wspierania i pracy z rodzinami małych dzieci, w których występuje ryzyko krzywdzenia;
- możliwość stałego i systematycznego doszkalania się;
- możliwość dostosowania modelu do specyfiki dzielnicy/gminy/miasta.

Jednak realizacja LSP w takim modelu, jaki ma miejsce w Warszawie, ma też swoje ograniczenia i wyzwania. Najistotniejsze z nich to:

- wyznaczenie takiego lokalnego koordynatora całego LSP, który będzie miał wpływ na partnerów tworzących LSP;
- realizacja LSP uwzględniająca istniejące już znaczne obciążenie pracą i konieczność godzenia różnych obowiązków przez wszystkich partnerów;
- wzmacnianie działań związanych z identyfikacją czynników ryzyka w rodzinach;
- trudności w dotarciu do niektórych grup docelowych (np. rodziców z niższym wykształceniem, rodziców z rodzin z wieloma problemami);
- zadbanie o możliwość stabilnego finansowania wybranych elementów LSP (wsparcie bezpośrednie, materiały dla rodziców, materiały dla profesjonalistów, szkolenia).

Pomimo tych ograniczeń i trudności, wierzymy, że korzyści ze wspólnej pracy na rzecz wsparcia rodzin z małymi dziećmi przeważają. Zachęcamy więc Państwa do podjęcia próby stworzenia LSP na swoim terenie.

3.

Inspiracje
– przykłady dobrych praktyk
z innych krajów



W poprzedniej części podjęliśmy próbę przedstawienia założeń Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci wdrażanego w Warszawie. Podobne programy mające na celu profilaktykę krzywdzenia małych dzieci realizowane są od lat w wielu krajach Europy Zachodniej, Stanach Zjednoczonych i Australii. Poniżej przedstawiamy kilka przykładów, które służyły jako inspiracja w tworzeniu warszawskiego LSP. Mają one różny status, niektóre z nich są programami rządowymi, umocowanymi prawnie w ustawodawstwie danego kraju, inne mają charakter samorządowy, jeszcze inne są prowadzone przez organizacje pozarządowe. Różnią się także wachlarzem proponowanych działań oraz zasięgiem. Jednak ewaluacje wszystkich z nich wskazują na to, że są to inicjatywy skuteczne w zakresie zapobiegania krzywdzeniu najmłodszych dzieci.

3.1 Brytyjski program *Sure Start*

Pierwszym programem, o którym warto wspomnieć, jest brytyjski program rządowy *Sure Start* (Pewny Start). Ma on na celu zapewnienie równego startu w życiu wszystkim małym obywatelom, poprzez zintegrowanie na obszarach o dużym nasileniu problemów społecznych oferty zdrowotnej, edukacyjnej, opieki nad dziećmi, poradnictwa wychowawczego dla rodziców, poradnictwa zawodowego, pomocy społecznej.

Realizacja tych założeń jest możliwa między innymi poprzez:

- umożliwienie rodzicom spędzania jak najwięcej czasu z dzieckiem w 1. roku jego życia, a następnie pomoc w łączeniu pracy zawodowej z opieką nad dziećmi do 14. roku życia poprzez dofinansowanie opieki nad dzieckiem czy też organizację żłobków sąsiedzkich;
- tworzenie centrów dziecięcych, które zapewniają szeroką ofertę wsparcia zarówno dla dzieci, jak i rodziców (konsultacje, warsztaty umiejętności rodzicielskich, grupy zabawowe, grupy wsparcia) oraz które gromadzą informacje nt. lokalnej oferty instytucji świadczących nieodpłatną pomoc dla rodziców;
- wspomaganie rozwoju małego dziecka, np. poprzez zorganizowanie wypożyczalni zabawek lub poprzez projekt *Bookstart*, w ramach którego rodziny z małymi dziećmi otrzymują książki dostosowane do wieku dziecka.

Od początku swojego działania program *Sure Start* poddawany jest regularnej ewaluacji, podzielonej na kilka obszarów: jakość wdrażania, efektywność kosztowa, jakość współpracy instytucjonalnej, oddziaływanie na rodziny. W badaniu dotyczącym oddziaływania na rodziny trzylatków wskazano, że rodzice korzystający ze wsparcia programu *Sure Start* wykazywali mniej negatywnych zachowań i zapewniali bardziej stymulujące środowisko domowe. Trzyletnie dzieci, których rodziny korzystały z programu, charakteryzowały się lepszymi wskaźnikami rozwoju społecznego niż dzieci nieobjęte ofertą programu. Ponadto procent dzieci objętych szczepieniami obowiązkowymi wśród uczestników programu był znacznie wyższy. Wyniki ewaluacji wskazały także, że rodziny na obszarach, gdzie działał program, znacznie częściej korzystały z różnych usług dla rodzin niż osoby zamieszkujące inne rejony.

3.2 Amerykański program *Nurse – Family Partnership*

Innym programem przynoszącym obiecujące rezultaty jest amerykańska inicjatywa *Nurse – Family Partnership* (Partnerstwo Pielęgniarka – Rodzina) prowadzona przez organizację typu non profit we współpracy z rządem amerykańskim. Jej głównym celem jest uzyskanie trwałej poprawy kondycji fizycznej i psychicznej małych dzieci oraz ich rodziców.

Głównym elementem programu są wizyty domowe prowadzone przez wykwalifikowane pielęgniarki i położne. Wizyty rozpoczynają się już w okresie ciąży i kontynuowane są przez pierwsze 2 lata życia dziecka, w sumie jest ich ponad 30. W pierwszej kolejności programem objęte są matki o niskich dochodach, które urodziły pierwsze dziecko. Program zakłada kilka rodzajów wsparcia:

- wieloaspektową opiekę nad matką od początku ciąży – dbałość o higieniczny tryb życia, prawidłową dietę, niestosowanie używek;
- opiekę nad prawidłowym i harmonijnym rozwojem dziecka od chwili narodzin;
- wzmocnienie samowystarczalności ekonomicznej rodzin poprzez pomoc rodzicom w tworzeniu planów na przyszłość, planowaniu poszerzania rodziny, kontynuacji edukacji oraz w znalezieniu zatrudnienia.

Także ten program poddawany jest regularnym badaniom ewaluacyjnym w kilku wymiarach, takich jak: wpływ na zdrowie matek, wpływ na zdrowie dzieci, wpływ na ograniczenie przypadków krzywdzenia, wpływ na gotowość szkolną, wpływ na ogólną kondycję rodziny. Na przykład badania przeprowadzone w jednym z okręgów, w którym program działa od ponad 20 lat, wskazują na spadek liczby przypadków krzywdzenia i zaniedbania dzieci o 48% oraz spadek przyjęć dzieci na ostry dyżur z różnymi urazami – o 56%.

3.3 Australijski program *Triple P – Positive Parenting Program*

Kolejnym programem, który stanowi jedno ze źródeł inspiracji dla działań podejmowanych w LSP, jest wielopłaszczyznowy australijski program *Triple P – Positive Parenting Program* (Program Pozytywnego Rodzicielstwa), który obecnie wdrażany jest także w innych krajach (np. w Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Belgii, Niemczech, Holandii i innych). Program ten zakłada 6 poziomów interwencji, opartych na tym samym języku i stosujących te same pojęcia i idee, ale wykorzystujących różne kanały docierania do odbiorców oraz różny poziom intensywności oferowanego wsparcia.

ODBIORCY	METODY INTERWENCJI	MIJESCA POMOCY
1 Wszyscy zainteresowani rodzice	Ogólnokrajowa kampania informacyjna: reklamy w TV, radio, artykuły w gazetach, filmy wideo, materiały promocyjne (ulotki, koszulki)	Media, biura zarządzania projektem
2 Rodzice zaniepokojeni rozwojem i zachowaniem swoich dzieci	Porady dla rodziców dzieci z pojedynczymi problemami zachowania: przesłanie materiałów i podręczników, kontakt telefoniczny, osobisty lub sesje grupowe; 1-2 spotkania	Lekarze pierwszego kontaktu, lekarze rodzinni, pielęgniarki, przedszkola, szkoły, ośrodki zdrowia
3 Rodzice szczególnie zaniepokojeni zachowaniem lub rozwojem dziecka, których problem wymaga konsultacji ze specjalistą oraz treningu umiejętności rodzicielskich	Krótkookresowa terapia (1-4 spotkania) koncentrująca się na autoanalizie zachowania rodzica, ucząca skutecznego radzenia sobie z poważniejszymi problemami wychowawczymi; kontakt ze specjalistą osobisty, telefoniczny bądź sesje grupowe	Lekarze pierwszego kontaktu, lekarze rodzinni, pielęgniarki, przedszkola, szkoły, ośrodki zdrowia

ODBIORCY	METODY INTERWENCJI	MIEJSCA POMOCY
4 a Rodzice dzieci sprawiających poważne problemy wychowawcze; rodziny wysokiego ryzyka	Aktywny trening umiejętności rodzicielskich; 8-10 sesji telefonicznych, indywidualnych lub grupowych oraz podręcznik do samodzielnego treningu umiejętności rodzicielskich.	Specjaliści zdrowia psychicznego; psychologowie, psychiatry, pedagodzy
4 b Rodziny dzieci niepełnosprawnych, u których występuje ryzyko zaburzeń emocjonalnych bądź zachowania	10 sesji indywidualnych z programem dostosowanym do problemów konkretnych rodzin	Specjaliści zdrowia psychicznego; psychologowie, psychiatry, pedagodzy
5 Rodziny dysfunkcyjne z powodów konfliktów, stresu lub choroby psychicznej rodzica, w których występują jednocześnie zaburzenia zachowania dziecka	Intensywny, indywidualnie dostosowany program zawierający wizyty domowe, aby rozszerzyć kompetencje rodzicielskie, stworzyć strategie zarządzania nastrojem, radzenia sobie ze stresem i wsparcia partnera; program obejmuje również rozmowy telefoniczne i sesje grupowe	Pracownicy socjalni, psychiatry, psychologowie
6 Rodziny zagrożone ryzykiem maltretowania	Moduły zawierające zmianę atrybucji oraz zarządzanie gniewem	Pracownicy socjalni, psychiatry, psychologowie

Tabela 6. Stopniowalność poziomów i intensywności wsparcia w programie Triple P. Źródło: M. R. Sanders, C. Markie Dadds, K. M. T. Turner, Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P – Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence, Uniwersytet w Queensland, www19.triplep.net.

Cały program opiera się na teorii uczenia się i bazuje na pięciu zasadach, niezwykle istotnych z punktu widzenia pozytywnego rodzicielstwa: 1. tworzenie bezpiecznego i zajmującego otoczenia, 2. kreowanie sytuacji sprzyjających uczeniu się, 3. korzystanie z asertywnej dyscypliny, 4. formułowanie realistycznych oczekiwań, 5. dbałość o siebie jako rodzica. Te pięć zasad przekłada się na konkretne umiejętności: wzmocnienie więzi rodzic – dziecko, wzmacnianie zachowań pozytywnych, uczenie nowych umiejętności i zachowań, radzenie sobie z niewłaściwym zachowaniem, zapobieganie problemom w sytuacjach podwyższonego ryzyka, nabywanie umiejętności samoregulacji, radzenie sobie ze zmianami nastroju, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych.

Ewaluacja tego programu przeprowadzona w Stanach Zjednoczonych wykazuje, że już po dwóch latach jego działania w danej populacji maleje liczba potwierdzonych przypadków krzywdzenia dzieci, maleje również liczba dzieci umieszczanych w opiece zastępczej w następstwie krzywdzenia w rodzinie oraz liczba dzieci hospitalizowanych lub przyjmowanych na ostry dyżur z urazami będącymi wynikiem krzywdzenia lub zaniedbania.

Bibliografia

Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New York.

Belsky J. (1980), *Child Maltreatment: an ecological integration*, „American Psychologist”, 5/1980.

Butchart A., Phinney Harvey A., Mian M., Fürniss T. (2006), *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Geneva.

Duvall E. M. (1997), *Marriage and family development*, Lippincott, Philadelphia.

Ending violence against children. Six strategies for action (2014), Unicef.

Éthier L. S., Lemelin J.-P., Lacharité C. (2004), *A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems*, „Child Abuse & Neglect”, nr 28, Pergamon, s. 1265–1278.

Geddes R., Haw S., Frank J. (2010), *Interventions for Promoting Early Child Development for Health: An environmental scan with special reference to Scotland*, Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy, Edynburg.

Izdebska A., Kornatowska I., Kosicka M., Krawczyk K., Kwaśny A., Lewandowska K., Mazurczak K., Podlewska J., Szredzińska R., Trąbińska-Haduch M. (2010), *Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem?*, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa.

Izdebska A., Lewandowska K. (2009), *Jak budować lokalny system profilaktyki krzywdzenia małych dzieci?*, „Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka”, nr 1 (27), Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa, s. 12-47.

Izdebska A., Lewandowska K. (2012), *Czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci: kiedy rodzina potrzebuje szczególnej uwagi i wsparcia*, Fundacja Dzieci Niczyje, dostęp na www.dobryrodzic.fdn.pl

Krug E. T., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A. B., Lozano R. (2002). *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva.

Moran P. B., Vuchinich S., Hall N. K. (2004), *Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence*, „Child Abuse & Neglect”, nr 28, Pergamon, s. 565–574.

Number and Trends, Child Abuse and Neglect Fatalities 2013: Statistics and Interventions (2015), <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/fatality.pdf>, dostęp: 06.03.2016.

Olds D., Eckenrode J., Henderson C., Kitzman H., Powers J., Cole R., Sidora K., Morris P., Pettitt L.,

Luckey D. (1997), *Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: a 15-year follow-up of a randomized trial*, „Journal of American Medical Association”, 278 (8), s. 637-643.

Pinheiro P. S. (2006), *World Report on Violence against children*, United Nations, Geneva.

Sanders, M., Markie-Dadds C., Turner K. (2003), *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P – Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence*, Parenting and Family Support Center, The University of Queensland.

Schneider J., Avis M., Leighton P. (2007), *Supporting Children and Families, Lessons from Sure Start for Evidence – Based Practice in Health, Social Care and Education*, Jessica Kingsley Publishers, London.

Sethi D., Bellis M., Hughes K., Gilbert R., Mitis F., Galea G. (2013), *European report on preventing child maltreatment*, World Health Organization, Geneva.

Smallbone S., Marshall W. L., Worley R. (2014), *Preventing Child Sexual abuse. Evidence, policy and practice*, Routledge.

Stewart A., Livingston M., Dennison S. (2008), *Transitions and turning points: Examining the links between child maltreatment and juvenile offending*, „Child Abuse & Neglect”, nr 32, Elsevier, s. 51-66.

Wood Schneider M., Ross A., Graham J. C., Zieliński A. (2005), *Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment?*, „Child Abuse & Neglect” nr 29, Pergamon, s. 513-532.

Wójcik S. (2013), *Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktyimizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci*, „Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka”, nr 3 (12), Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa, s. 40-62.

Strony internetowe

Strona narodowej ewaluacji programu *Sure Start*: www.ness.bbk.ac.uk

Strona noblisty w dziedzinie ekonomii J. J. Heckmana: www.heckmanequation.org

Strona programu *Nurse – Family Partnership*: www.nursefamilypartnership.org

Strona programu *Triple P*: www.triplep.net

Strona Fundacji Dzieci Niczyje: www.fdn.pl

Aneksy

Aneks nr 1. Wzór porozumienia między realizatorami LSP

POROZUMIENIE

w sprawie realizacji programu na terenie dzielnicy Warszawa,

zawarte w Warszawie, w dniu, pomiędzy:

....., z siedzibą w Warszawie przy ul.,

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem:, zwanym dalej „ZOZ”,

reprezentowanym przez, Dyrektora ZOZ,

....., z siedzibą w Warszawie przy ul., dalej

zwanym „OPS”, reprezentowanym przez, Dyrektora OPS,

Zespołem Żłobków m. st. Warszawy, dalej zwanym „Zespołem”, reprezentowanym przez

....., Dyrektora Zespołu Żłobków m.st. Warszawy, a

Fundacją Dzieci Niczyje z siedzibą w Warszawie przy ul. Walecznych 59, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000204426, dalej zwaną „Fundacją”, reprezentowaną przez

....., Prezesa Fundacji Dzieci Niczyje, zwanymi łącznie „Stronami”.

Zważywszy, że ZOZ w ramach ustawowych zadań działalności leczniczej polegającej na promocji zdrowia (art. 3 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej), a OPS w ramach ustawowych zadań zapobiegania trudnym sytuacjom życiowym osób i rodzin (art. 2 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej), a Zespół Żłobków m. st. Warszawy w ramach świadczenia opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3 (ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. nr 45 poz. 235 z dn. 3.03.2011 r. z późn. zm., art. 2.), a Fundacja Dzieci Niczyje w ramach realizacji celów statutowych – zapobieganiu i przeciwdziałaniu krzywdzeniu dzieci (§ 6 Statutu Fundacji Dzieci Niczyje), wyrażają chęć uczestnictwa w Programie, Strony zawierają niniejsze Porozumienie.

§1

Słownik pojęć

Określenia użyte w niniejszym Porozumieniu oznaczają:

Ankieta OPS – formularz ankiety zawierającej informacje o sytuacji materialnej i rodzinnej przyszłych lub młodych rodziców, stanowiący Załącznik nr 1 do Porozumienia.

Pracownicy OPS – pracownicy socjalni zatrudnieni w OPS Dzielnicy

Ankieta ZOZ – formularz ankiety „Rodzic i dziecko” zawierającej informacje o czynnikach ryzyka występujących w otoczeniu dziecka, stanowiący Załącznik Nr 2 do Porozumienia.

Pracownicy ZOZ – pielęgniarka, położna, lekarz, pracownicy zatrudnieni w ZOZ Warszawa

Ankieta Zespołu – formularz ankiety zawierającej informacje o czynnikach ryzyka występujących w otoczeniu przyszłych lub młodych rodziców, stanowiący Załącznik Nr 3 do Porozumienia.

Pracownicy Zespołu – psycholog, opiekunka dziecięca, pielęgniarka zatrudniona w żłobku należącym do Zespołu Żłobków m. st. Warszawy .

Program – program „Dobry Rodzic – Dobry Start”, autorstwa Fundacji, którego głównym celem jest zapobieganie krzywdzeniu małych dzieci poprzez wsparcie ich rodziców lub opiekunów – mieszkańców dzielnicy w umiejętności wychowywania bez przemocy.

Zgoda – formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych w związku z uczestnictwem w Programie, stanowiący Załącznik nr 4 do Porozumienia.

§2

Postanowienia ogólne

1. Strony współdziałają w realizacji Programu na terenie dzielnicy w Warszawie na warunkach określonych w Porozumieniu.

2. Udział Stron w Programie jest nieodpłatny. Porozumienie nie stanowi podstawy dla ewentualnych roszczeń finansowych w stosunku do którejkolwiek ze Stron.

3. Każda ze stron uczestniczy w Programie dobrowolnie, we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Porozumienie nie stanowi podstawy dla ewentualnych roszczeń odszkodowawczych w stosunku do którejkolwiek ze Stron, zarówno w stosunku wzajemnym oraz wobec osób trzecich.

§3

Obowiązki Fundacji

1. W uzasadnionych potrzebach odstępach czasu Fundacja dostarcza:
 - a. Ankiety ZOZ wraz ze Zgodami w wersji papierowej – do ZOZ,
 - b. Ankiety OPS wraz ze Zgodami w wersji papierowej – do OPS.
 - c. elektroniczny wzór Ankiety Zespołu wraz ze Zgodą – do Zespołu.
 - d. ulotki edukacyjne do dystrybucji wśród rodziców do ZOZ, OPS, Zespołu.
2. Fundacja zapewnia ofertę programową dla rodziców w postaci: konsultacji indywidualnych psychologicznych, warsztatów dla rodziców, zajęć grupowych dla dzieci 0–6 lat oraz spotkań edukacyjnych dla rodziców.
3. Fundacja zapewnia ofertę programową dla pracowników ZOZ, OPS i Zespołu w postaci: konsultacji indywidualnych prawnych i psychologicznych, spotkań monitorujących, szkoleń i konferencji w miejscu uzgodnionym przez strony.
4. Fundacja, na wniosek ZOZ, OPS lub Zespołu albo z własnej inicjatywy, udziela do ZOZ, OPS i Zespołu informacji i wyjaśnień na temat funkcjonowania Programu i działalności Fundacji.

§4

Obowiązki ZOZ i Pracowników ZOZ

1. Pracownicy ZOZ informują rodziny z dziećmi w wieku 0–3 lata, rodziny oczekujące dziecka, przyszłe matki będące pacjentkami ZOZ lub ojców ich dzieci o Programie. Jeśli rodzice wyrażą chęć uczestnictwa, Pracownik ZOZ odbiera od rodziców podpisaną Zgodę i przeprowadza rozmowę mającą na celu wypełnienie Ankiety ZOZ.
2. ZOZ zapewnia dobrowolność udziału w programie zarówno rodzinom z dziećmi w wieku 0–3 lata, rodzinom oczekującym dziecka, przyszłym matkom będącym pacjentkami ZOZ lub ojcom ich dzieci.
3. Działalność związana z Programem nie może być prowadzona w sposób uciążliwy dla pacjentów ZOZ.
4. Pracownik ZOZ wypełnia Ankietę ZOZ „Rodzic i dziecko”, w sytuacji stwierdzenia występowania w rodzinie co najmniej trzech czynników ryzyka krzywdzenia dziecka przekazuje Ankietę koordynatorowi Programu w ZOZ.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, koordynator ZOZ przekazuje wypełnioną Ankietę ZOZ wraz z podpisaną Zgodą do koordynatora OPS.
6. ZOZ zapewnia należyte zabezpieczenie danych osobowych zawartych w wypełnionych Ankietach ZOZ i Zgodach zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych.
7. ZOZ prowadzi statystyki dotyczące liczby wypełnionych i przekazanych do OPS Ankiety i przesyła je do Fundacji po zakończeniu każdego półrocza w terminach do 5 lipca i do 5 stycznia każdego b.r.

§5

Obowiązki Zespołu

1. Pracownicy Zespołu informują rodziców dzieci uczęszczających do żłobka o Programie. Jeśli rodzice wyrażą chęć uczestnictwa, Pracownik Zespołu odbiera od rodziców podpisaną Zgodę i przeprowadza rozmowę mającą na celu wypełnienie Ankiety Zespołu.
2. Pracownik Zespołu zapewnia dobrowolność udziału w programie rodzicom dzieci uczęszczających do żłobka.
3. Pracownik Zespołu motywuje rodziców do udziału w programie.
4. Zespół zapewnia należyte zabezpieczenie danych osobowych zawartych w wypełnionych Ankietach Zespołu i Zgodach zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych.
5. Jeśli w ocenie Pracownika Zespołu zawartość wypełnionej Ankiety Zespołu ukazuje zagrożenie dla życia lub zdrowia dziecka, na co wskazywać może zaznaczenie co najmniej trzech czynników ryzyka, stanowi to okoliczność zwalniającą psychologa z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej, zgodnie z art. 14 ust. 3 pkt 1 ustawy o zawodzie psychologa.
6. Pracownik Zespołu przekazuje wypełnioną ankietę koordynatorowi programu w Zespole.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6 koordynator Zespołu przekazuje wypełnioną Ankietę Zespołu wraz z podpisaną Zgodą do koordynatora OPS.
8. Zespół prowadzi statystyki dotyczące liczby wypełnionych i przekazanych do OPS Ankiety i przesyła je do Fundacji po zakończeniu każdego półrocza w terminach do 5 lipca i 5 stycznia każdego b.r.

§6

Obowiązki OPS

1. Po otrzymaniu wypełnionej Ankiety ZOZ, Ankiety Zespołu OPS sprawdza, czy dana osoba, której dotyczy Ankieta, jest objęta świadczeniami OPS.
2. W razie potwierdzenia okoliczności, o której mowa w ust. 1, pracownik OPS informuje ją o formach pomocy, jaką uzyskać może w ramach Programu.
3. Jeżeli osoba, której dotyczy Ankieta nie jest objęta świadczeniami OPS, wówczas pracownik OPS przeprowadza rozmowę mającą na celu wypełnienie Ankiety OPS. W przypadku stwierdzenia, iż wypełniona Ankieta OPS ukazuje co najmniej trzy czynniki ryzyka, pracownik OPS informuje tę osobę o pomocy, jaką może uzyskać w ramach Programu.
4. OPS zapewnia należyte zabezpieczenie danych osobowych zawartych w wypełnionych Ankietach OPS i przekazanych mu wypełnionych Ankietach ZOZ i Zgodach i Ankietach Zespołu i Zgodach zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych.
5. OPS prowadzi statystyki dotyczące liczby wypełnionych Ankiety OPS oraz otrzymanych i wypełnionych Ankiety od ZOZ i Zespołu i przesyła je do Fundacji po zakończeniu każdego półrocza w terminach do 5 lipca i do 5 stycznia każdego b.r.

Postanowienia końcowe

1. Osobami do kontaktu w sprawach realizacji Porozumienia są:

ze strony ZOZ: koordynator,

ze strony OPS: koordynator,

ze strony Fundacji: koordynator.....,

ze strony Zespołu:

Żłobek nr: koordynator,

Żłobek nr: koordynator,

Żłobek nr: koordynator,

2. Porozumienie zostało zawarte na czas nieokreślony.

3. Każda ze stron może rozwiązać Porozumienie za jednomiesięcznym wypowiedzeniem na koniec miesiąca kalendarzowego.

4. Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla ZOZ, OPS, Zespołu i Fundacji.

W imieniu Fundacji Dzieci Niczyje

W imieniu ZOZ

W imieniu OPS

W imieniu Zespołu

Załączniki do porozumienia:

1. Ankieta ZOZ
2. Ankieta OPS
3. Ankieta Zespołu
4. Zgoda

Aneks nr 2. Wzór formularza zgody rodzica na udział w programie



**FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIĘ**

..... bierze udział w programie „Dobry Rodzic – Dobry Start”, który ma na celu wsparcie rodziców oczekujących na dziecko i rodziców małych dzieci.

Program polega m.in. na:

- Rozpowszechnianiu ulotek edukacyjnych,
- Organizacji spotkań edukacyjnych,
- Możliwości skorzystania z konsultacji z psychologiem,
- Możliwości wzięcia udziału w warsztatach umiejętności rodzicielskich,
- Wypełnieniu ankiety „Rodzic i dziecko” przez pracowników placówki,
- Przekazaniu ankiety w uzasadnionych przypadkach do właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Oferta ta jest dla rodziców małych dzieci bezpłatna!

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji programu „Dobry Rodzic - Dobry Start”, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (t. jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 i poz. 1662). Jednocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o prawie dostępu do treści moich danych i ich poprawiania oraz o dobrowolności podania danych.

.....

Data i podpis

Program realizowany jest przez:



**FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIĘ**



**Złoty Kłosek
w Warszawie**



Rys.11. Wzór zgody rodzica na udział w programie.

Aneks nr 3. Przykłady ankiet Rodzic i Dziecko

Wypełnia pracownik socjalny

RODZIC I DZIECKO

Ankieta wypełnia się dla każdej kobiety w ciąży oraz dla każdego dziecka w wieku 0-3 lata.

Data / /

Imię i nazwisko osoby wypełniającej ankietę / kontakt: /

Imię i nazwisko dziecka: data ur.: / /

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego udzielającego informacji..... data ur.: / /

Adres:

Miesiąc ciąży * Cięża 1 2 3 4 5 * Cięża planowana [nie] [tak] *

Data urodzenia dziecka: / / Liczba dzieci pozostających pod opieką rodziców

		Tak	Nie	Brak danych	Podważenie	Nie dotyczy
1.	Samotny rodzic					
2.	Rodzina wielodzietna					
3.	Rodzina zastępcza / adopcyjna					
4.	Złe warunki materialne					
5.	Złe warunki mieszkaniowe					
6.	Brak dbałości o higienę (osobistą, otoczenia)					
7.	Bezrobocie					
8.	Praca dorywcza					
9.	Osoba wymagająca stałej opieki w domu					
10.	Brak wsparcia ze strony rodziny / przyjaciół					
11.	Przemoc w rodzinie					
12.	Matka jest poniżej 18 roku życia (wypełnić o ile informacji udziela przedstawiciel ustawowy małoletniej matki)					
13.	Przewlekła choroba somatyczna					
14.	Upośledzenie umysłowe					
15.	Choroba psychiczna (depresja, inne					
16.	Uzależnienie od alkoholu, narkotyków, leków, inne					
17.	Problemy w relacjach w rodzinie					
18.	Dzieci z różnych związków					
19.	Partner nie będący ojcem dziecka					
20.	Dzieci hospitalizowane (choroba przewlekła, inne					
21.	Dzieci niepełnosprawne					
22.	Czy inne dzieci przebywają w placówkach opiekuńczych / rodzinie zastępczej					
23.	Przemoc wobec dziecka w rodzinie					
24.	Kurator w rodzinie - w przeszłości, obecnie. Z jakiego powodu?					
25.	Karalność osoby udzielającej informacji - wszczęte postępowanie / wyrok					
25a.	Osoby karane w najbliższym otoczeniu dziecka					
26.	Interwencje policji (z jakiego powodu?.....)					
27.	Pobyty w placówkach interwencyjnych					
28.	Brak opieki lekarskiej podczas ciąży					
29.	Poród bez pomocy medycznej					
30.	Zaburzony rozwój psychomotoryczny dziecka (do 3 roku życia)					
31.	Brak regularnych szczepień					
32.	Brak opieki lekarskiej nad dzieckiem					
33.	Choroba przewlekła (jaka?.....Czy: [leczona] [nieleczona])					
34.	Niepełnosprawność (jaka?					
35.	Czy ktoś poza rodzicami sprawuje bezpośrednią opiekę nad dzieckiem? Jeśli tak to kto?: żłobek, opiekunka, inne osoby - jakie?					
36.	Odrzucenie dziecka					
37.	Faworyzowanie jednego z dzieci					
38.	Zaniedbana higiena dziecka					
39.	Dziecko jest głodne / wychudzone ?					
40.	Nieodpowiednie ubranie dziecka					
41.	Urazy fizyczne na ciele dziecka (jakie?					
42.	Niepokojąca relacja rodzic - dziecko (rodzic unika kontaktu z dzieckiem, nie reaguje na płacz dziecka, nie mówi do niego, nie uśmiecha się do dziecka, niechętnie bierze dziecko na ręce)					

Jeżeli matka jest niepełnoletnia, informacji i zgody na przetwarzanie danych udziela jej przedstawiciel ustawowy (matka lub ojciec, opiekun prawny nieletniej matki)

- rodzina będąca pod opieką OPS przed rozpoczęciem programu „Dobry Rodzic“

- rodzic przekazał dane do formularza kontaktowego

Konieczność wizyty/kontaktu z rodziną: - jest - nie ma - trudno ocenić

* wypełnić o ile informacji udziela ciężarna lub jej opiekun prawny

Zadanie „Dobry Rodzic - Dobry Start“ jest realizowane dzięki finansowaniu ze środków m.st. Warszawy



Miasto Stołeczne Warszawa



miejsce na pieczęć

Rys. 12. Ankieta Rodzic i Dziecko dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej

Wypełnia położna/pielęgniarka/lekarz **RODZIC I DZIECKO**

Ankieta wypełnia się dla każdej kobiety w ciąży oraz dla każdego dziecka w wieku 0-3 lata.

Data / /

Imię i nazwisko osoby wypełniającej ankietę / kontakt:

Imię i nazwisko dziecka: data ur.: / /

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego udzielającego informacji: data ur.: / /

Adres:

Miesiąc ciąży * Ciąża 1 2 3 4 5 * Ciąża planowana [nie] [tak] *

Data urodzenia dziecka: / / Liczba dzieci pozostających pod opieką rodziców

		Tak	Nie	Brak danych	Podjęzzenie	Nie dotyczy	
1.	Rodzina	Samotny rodzic					
2.		Rodzina wielodzietna					
3.		Rodzina zastępcza / adopcyjna					
4.		Złe warunki materialne					
5.		Złe warunki mieszkaniowe					
6.		Brak dbałości o higienę (osobistą, otoczenia)					
7.		Bezrobocie					
8.		Przemoc w rodzinie					
9.		Korzystanie z pomocy społecznej / Korzystanie ze świadczeń socjalnych					
10.	Najbliższe otoczenie dziecka	Matka jest poniżej 18 roku życia (wypełnić o ile informacji udziela przedstawiciel ustawy małoletniej matki)					
11.		Przewlekła choroba somatyczna					
12.		Upośledzenie umysłowe					
13.		Choroba psychiczna (depresja, inne					
14.	Uzależnienie od alkoholu, narkotyków, leków, inne						
15.	Inne dzieci w rodzinie	Dzieci z różnych związków					
16.		Partner nie będący ojcem dziecka					
17.		Dzieci hospitalizowane (choroba przewlekła, inne					
18.		Dzieci niepełnosprawne					
19.	Przemoc wobec dziecka w rodzinie						
20.	Ciąża i opieka nad dzieckiem	Brak opieki lekarskiej podczas ciąży					
21.		Brak zainteresowania pielęgnacją małego dziecka					
22.		Brak zainteresowania potrzebami małego dziecka					
23.		Brak regularnych wizyt w poradni					
24.		Nie stosowanie się do zaleceń lekarza / pielęgniarki					
25.		Poród bez udziału lekarza / położnej					
26.		Depresja poporodowa (wypełnić o ile informacji udziela matka)					
27.		Brak regularnych szczepień					
28.		Zaniedbana higiena dziecka					
29.		Dziecko jest głodne / wychudzone					
30.		Brak odpowiedniego ubrania					
31.		Siniaki na ciele dziecka					
32.	Zadrapania na ciele dziecka						

Problemy zgłaszane przez rodzica udzielającego informacji /opiekuna prawnego

Uwagi:

Jeżeli matka jest niepełnoletnia, informacji i zgody na przetwarzanie danych udziela jej przedstawiciel ustawy (matka lub ojciec, opiekun prawny nieletniej matki)

- rodzic przekazał dane do formularza kontaktowego

koniczność wizyty/kontakt z rodziną: - jest - nie ma - trudno ocenić

* wypełnić o ile informacji udziela ciążarna lub jej opiekun prawny

Zadanie „Dobry Rodzic - Dobry Start” jest realizowane dzięki finansowaniu ze środków m.st. Warszawy



Miasto Stołeczne Warszawa



miejsce na pieczętkę

Rys. 13. Ankieta Rodzic i Dziecko dla pracowników Zakładu Opieki Zdrowotnej

ANKIETA "RODZIC I DZIECKO"

Data

Imię i nazwisko dziecka

Imię i nazwisko osób wypełniających.....

Ankieta wypełniona na podstawie informacji od:.....

	Typy	Opis	Tak					
			Data:					
1.	Sytuacja ekonomiczna	Bezrobocie						
2.		Wyjątkowo trudna sytuacja materialna						
3.		Trudna sytuacja mieszkaniowa						
4.	Sytuacja rodzinna	Wielodzietność						
5.		Samotne rodzicielstwo						
6.		Rodzina zastępcza						
7.		Partner nie będący rodzicem biologicznym dziecka /Rodzina zrekonstruowana						
8.		Rodzina adopcyjna						
9.		Przemoc między dorosłymi w rodzinie						
10.		Przemoc wobec innych dzieci w rodzinie						
11.		Uzależnienia w rodzinie						
12.		Nieletni rodzic/e						
13.		Przewlekła choroba w rodzinie						
14.		Inne dzieci przebywają w placówkach opiekuńczych/ rodzinach adopcyjnych / zastępczych						
15.		Kurator w rodzinie						
16.		Karalność rodziców - wszczęte postępowanie/wyrok						
17.		Interwencje policji						
18.		Rozwód w rodzinie						
19.	Rodzice/Opiekunowie	Unikanie kontaktu z personelem żłobka (nie przychodzenie na spotkania)						
20.		Unikanie kontaktu z psychologiem w żłobku						
21.		Agresja w stosunku do dorosłych (krzyk, napastliwość)						
22.		Agresja w stosunku do dziecka (szarpanie, krzyk, klapsy)						
22.		Próba odebrania dziecka ze żłobka pod wpływem alkoholu						
22.		Zaniedbywanie potrzeb dziecka (fizycznych, psychicznych)						
23.		Brak właściwej opieki medycznej (np. brak szczepień dziecka, niestosowanie się do zaleceń lekarza/pielęgniarki, nie podejmowanie leczenia, rehabilitacji)						
24.		Niepełnosprawność intelektualna/ choroba psychiczna rodzica						
25.		Rażący brak dbałości o higienę (osobistą, otoczenia)						
26.		Zaburzenia psychiczne rodzica						
27.	Niepokojąca relacja rodzic - dziecko (rodzic unika kontaktu z dzieckiem, nie reaguje na płacz dziecka, nie mówi do niego, nie uśmiecha się do dziecka, niechętnie bierze dziecko na ręce, ma niewielką wiedzę na temat swojego dziecka)							
28.	Bezradność w sprawach wychowawczych							
29.	Dziecko	Nadruchliwe, nadpobudliwe dziecko						
30.		Niepełnosprawne dziecko (fizycznie, intelektualnie)						
31.		Obserwowane urazy na ciele dziecka						
32.		Przewlekłe choroby dziecka						
33.		Zaburzony rozwój psychomotoryczny dziecka						
34.		Zaburzony rozwój społeczny dziecka						



FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIŁĘ



Rys. 14. Ankieta Rodzic i Dziecko dla pracowników żłobków

Aneks nr 4. Ankieta do autoewaluacji spełnienia standardów LSP

Celem niniejszej ankiety jest sprawdzenie stanu spełnienia standardów działania LSP. Może być przeprowadzona na poziomie każdej indywidualnej instytucji. Może ją wypełnić kierownik/dyrektor danej instytucji lub koordynator LSP w danej instytucji. Może też być wypełniona przez wszystkich pracowników, co pozwoli na rozpoczęcie dyskusji nad standardami LSP. Warto regularnie (np. raz do roku) powtarzać ankietę, by sprawdzić postępy na drodze do spełnienia standardów lub upewnić się, że nadal wszystkie standardy są wypełniane.

Standard 1

1. Nasza instytucja posiada bezpłatną ofertę wsparcia dla rodziców małych dzieci.

Tak Nie

2. Oferta wsparcia dla rodziców małych dzieci oferowana w naszej instytucji jest stała/regularna.

Tak Nie

Standard 2

1. Istnieje informator/podręcznik wdrażania LSP w naszej instytucji.

Tak Nie

2. Nasza instytucja zawarła porozumienie z innymi partnerami dotyczące realizacji LSP.

Tak Nie

3. W naszej instytucji wyznaczono koordynatora odpowiadającego za realizację LSP.

Tak Nie

4. Koordynator LSP w naszej instytucji posiada aktualne dane kontaktowe do koordynatorów LSP w pozostałych instytucjach.

Tak Nie

5. Przedstawiciele naszej instytucji regularnie uczestniczą w spotkaniach z koordynatorami LSP z innych instytucji.

Tak Nie

6. Pracownicy naszej instytucji regularnie podnoszą wiedzę w zakresie zapobiegania krzywdzeniu dzieci.

Tak Nie

Standard 3

1. Wszyscy rodzice otrzymują w naszej instytucji materiały edukacyjne nt. wychowania bez przemocy.

Tak Nie

2. Wszyscy rodzice mają dostęp w naszej instytucji do informacji o miejscach, gdzie mogą szukać pomocy.

Tak Nie

3. Wszyscy pracownicy merytoryczni naszej instytucji mają wiedzę o lokalnej ofercie wsparcia dla rodziców małych dzieci.

Tak Nie

4. Nasza instytucja identyfikuje rodziny wymagające wsparcia.

Tak Nie

5. Nasza instytucja posiada narzędzie do identyfikacji rodzin wymagających wsparcia.

Tak Nie

6. Rodziny z grup ryzyka obejmowane są interdyscyplinarną pomocą.

Tak Nie

7. Sytuacja rodzin z grup ryzyka poddawana jest systematycznemu monitoringowi.

Tak Nie

8. Dla rodzin z grup ryzyka opracowywany jest indywidualny plan pracy oparty na rzeczywistych potrzebach rodziny.

Tak Nie

9. Nasza instytucja ma wypracowaną procedurę interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka.

Tak Nie

10. Wszyscy pracownicy merytoryczni w instytucji są przeszkoleni, jak podejmować interwencję w celu ochrony zdrowia małego dziecka lub członka jego rodziny.

Tak Nie

11. Nasza instytucja posiada określone zasady współpracy z członkami zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Tak Nie

Standard 4

1. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji mają zapewnioną odpowiednią ilość czasu na kontakt z rodzicem.

Tak Nie

2. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji mają odpowiednie warunki lokalowe do kontaktu z rodziną.

Tak Nie

3. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji mają możliwość zapewnienia opieki nad dzieckiem podczas kontaktu z rodzicem.

Tak Nie

4. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji mają dostęp do materiałów koniecznych do pracy.

Tak Nie

5. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji biorą udział w regularnych superwizjach.

Tak Nie

6. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji mają możliwość wymiany informacji, współpracy z innymi służbami i specjalistami z różnych dziedzin.

Tak Nie

7. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji mają możliwość na oddzielenie funkcji interwencyjnej od pomocowej.

Tak Nie

8. W naszej instytucji istnieje możliwość zapewnienia pracy z poszczególnymi członkami rodziny przez osobnych specjalistów.

Tak Nie

Standard 5

1. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji poddają swoją pracę regularnej ewaluacji.

Tak Nie

2. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji efektywnie komunikują się z rodzinami.

Tak Nie

3. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji udzielają rodzinie rzetelnej informacji zwrotnej.

Tak Nie

4. Profesjonaliści pracujący z rodziną w naszej instytucji zostali przeszkoleni z zakresu różnic kulturowych i religijnych.

Tak Nie

5. Nasza instytucja posiada procedurę ochrony danych osobowych, w tym danych wrażliwych.

Tak Nie

6. Procedura ochrony danych osobowych, w tym danych wrażliwych, określa tryb przekazania informacji osobom trzecim.

Tak Nie

Standard 6

1. Każdy pracownik naszej instytucji przedstawił zaświadczenie/oświadczenie o niekaralności.

Tak Nie

2. Pracownicy pracujący z rodziną w naszej instytucji posiadają wiedzę nt. kompetencji innych służb w zakresie przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci.

Tak Nie

3. Nasza instytucja określiła minimalne wymagania dotyczące niezbędnych kwalifikacji i doświadczenia do pracy z rodziną.

Tak Nie

4. Pracownicy pracujący z rodziną w naszej instytucji posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie.

Tak Nie

5. Nasza instytucja stwarza pracownikom możliwość ciągłego podnoszenia kwalifikacji w zakresie pracy z rodziną.

Tak Nie

Standard 7

1. Nasza instytucja opracowała zasady i kanały promocji oferty wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi.

Tak Nie

2. Nasza instytucja współpracuje z innymi podmiotami w zakresie promocji oferty wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi.

Tak Nie

