

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Dzień dobry. Zapraszam do wysłuchania nowego odcinka z cyklu *Rozmowy dające siłę*. Będziemy dzisiaj rozmawiać o standardach ochrony dzieci. Temat ten pojawiał się już w naszych podcastach. O bezpieczeństwie dzieci mówimy na szczęście coraz więcej. Jednak dzisiaj chciałabym skupić się szczególnie na ważnym obszarze, jakim jest system ochrony zdrowia. Dlatego do naszego fundacyjnego studia zaprosiłam dzisiaj troje rozmówców. Anna Krawczak – Dzień dobry, Aniu.

Anna Krawczak: Dzień dobry.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Ania jest antropolożką, badaczką, doktorką nauk humanistycznych. Jest również współzałożycielką Interdyscyplinarnego Zespołu Badań nad Dzieciństwem Uniwersytetu Warszawskiego i pracuje również w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę w programie Standardy Ochrony Dzieci. Obszar główny zainteresowań zawodowych to sytuacja dzieci w pieczy zastępczej i przestrzeganie praw dzieci w instytucjach.

Moją drugą gościnną dzisiaj jest Urszula Kubicka-Kraszyńska. Dzień dobry, Urszulo.

Urszula Kubicka-Kraszyńska: Dzień dobry.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Urszula jest socjolożką, absolwentką Szkoły Praw Człowieka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Jest także psychotraumatolożką. Obszar główny zainteresowań to przestrzeganie praw dziecka-pacjenta, trauma medyczna. Na co dzień również pracuje w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę w programie Standardy Ochrony Dzieci i koordynuje działania związane z wdrażaniem standardów ochrony dzieci w systemie opieki zdrowotnej.

Oraz nasz dzisiejszy gość specjalny – pan Mateusz Sieradzan. Dzień dobry.

Mateusz Sieradzan: Dzień dobry.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: W mediach znany jest pan jako Pan Pielęgniarka – w mediach społecznościowych pod tym pseudonimem. Na co dzień pracuje pan jako ratownik medyczny, pielęgniarz, również specjalista pielęgniarstwa ratunkowego, ale jest pan również autorem między innymi książki *Czy to boli?*, wspierającej dzieci i rodziców w kontaktach z ochroną zdrowia.

Mateusz Sieradzan: Tak.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: A prywatnie również jest pan tatą pięciorga dzieci. Obecnie pracuje pan jako dyspozytor medyczny. Chciałabym dzisiaj porozmawiać o ochronie dzieci przed

krzywdzeniem, o zatrzymaniu przemocy oraz o placówce medycznej jako bezpiecznym środowisku dla dziecka, w którym jest ono rzeczywiście traktowane podmiotowo.

Więc zacznę może od pytania o same standardy ochrony dzieci w ochronie zdrowia. Jaka jest ich specyfika? Czy te standardy, te SOD-y w skrócie różnią się od standardów w innych obszarach czy placówkach? Pytanie kieruję do Ciebie, Aniu.

Anna Krawczak: Żeby móc wiedzieć czym się różnią, to trzeba wiedzieć do czego się odnosimy. To znaczy czym są SOD-y? Swoją drogą ładna nazwa. Myślę, że za chwilę wszyscy będziemy, a w każdym razie bardzo wiele z nas będzie wiedziało dobrze, czym jest SOD, SOD-y dlatego, że za nami przyjęcie ustawy, którą jedni nazywają „ustawą Kamilka”, inni ustawą o ochronie małoletnich, a jeszcze inni prawidłową nazwą, która jest bardzo długa i związana z nowelizacją.

Ta ustawa, przyjęta niedawno, wprowadza obowiązek posiadania standardów ochrony dzieci przez wszystkie instytucje, placówki, podmioty, które pracują bezpośrednio z dziećmi, w tym również przez placówki ochrony zdrowia. I takich standardów podstawowych jest łącznie 4. One dotyczą ogólnie bezpieczeństwa dzieci ze strony personelu, czyli bezpiecznej rekrutacji, ale też szkoleń personelu, po to, żeby wiedza tych osób była zaktualizowana. Z drugiej strony dotyczą obowiązku przyjęcia polityki ochrony dzieci przez placówkę, czyli takiego dokumentu, który nam będzie mówić, w jakich granicach się powinniśmy poruszać, pracując z dziećmi, co jest bezpieczne, co nie. Dotyczą też procedur, które dla niektórych są sercem standardów i które mówią dokładnie o tym, na co powinniśmy zwrócić uwagę i jakie działania powinniśmy podjąć, kiedy podejrzewamy, że jakieś dziecko jest krzywdzone. I wreszcie dotyczą monitoringu, czyli jak mamy sprawdzać, czy nasze standardy działają w praktyce.

I teraz brzmi to być może fajnie, może obco, ale diabeł tkwi w szczegółach. To znaczy to, jak te standardy będą wyglądać, będzie zależało od miejsca. Bo na przykład w szkole ktoś, kto podejrzewa, że dziecku dzieje się krzywda, będzie mógł zaobserwować to dziecko bawiące się z rówieśnikami, radzące sobie gorzej lub lepiej z jakimś przedmiotem, być może chodzące osowiałe albo smutne. I na tej podstawie będzie mógł uczyć się rozpoznawać przemoc i podejmować różne działania. Ale już szpitalu nikt nie będzie obserwować dziecka w klasie. Będzie obserwować z zupełnie innego punktu widzenia. I to jest właśnie ta specyfika placówek ochrony zdrowia.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: No tak, w szkole z jednej strony wszyscy znają dziecko, ale też zmiana zachowania dziecka jest łatwiej zauważalna, tzn. jeżeli na co dzień dziecko zachowuje się naturalnie, swobodnie i w którymś momencie to zachowanie się zmienia, to to natychmiast widać. Natomiast w szpitalu raczej jest to codziennością, że dziecko nie tryska radością i trudniej tę zmianę dostrzec.

Przechodząc teraz do tematu systemu ochrony zdrowia, chciałabym zapytać pana Mateusza o wyzwania i trudne sytuacje, z którymi mierzy się personel medyczny dziś. Jakie to są trudności jeśli chodzi o pracę z dziećmi i nie tylko?

Mateusz Sieradzan: Zaczniemy od tego, że jeśli mówimy tutaj o pracy z dziećmi jako taką bezpośrednio, ja opieram się głównie na mojej pracy przy książce, którą pisałem razem ze specjalistami, którzy pracują właśnie z dziećmi na co dzień oraz na rozmowach z ludźmi, którzy obserwują mój profil w mediach społecznościowych. Ponieważ moje doświadczenia w pracy z dziećmi nie są jakieś bogate bardzo, ponieważ głównie pracowałem na SOR-ze dorosłych. Natomiast moje obserwacje i te liczne rozmowy, jakie przeprowadziłem, wskazują, że te problemy są bardzo podobne i wynikają z podobnych rzeczy. Zaczniemy od tego, że te problemy w większości wynikają z tego, w jakim stanie jest obecnie ochrona zdrowia w Polsce. Czyli to jest stan dużego przeciążenia, ogromnych braków kadrowych, starzejącego się personelu medycznego, braku napływu nowych kadr, niedofinansowania oraz tego, że ochrona zdrowia w Polsce nie jest jedna, jest bardzo zróżnicowana w zależności od miejsca, o którym mówimy. Bo szpital na Podkarpaciu czy na Podlasiu powiatowy funkcjonuje zupełnie inaczej niż duże centrum urazowe w Warszawie. Więc od tego trzeba by zacząć.

Natomiast jeśli mówimy już o takich bardzo konkretnych rzeczach, ja zapytałem swoich obserwujących na Instagramie, zrobiłem taką ankietę. Ja wiem, że ankietę na Instagramie nie jest może jakimś narzędziem diagnostycznym najwyższych lotów, natomiast myślę, że daje to jakiś tam obraz. Zadałem pytania właśnie o te kwestie. Zapytałem medyków pracujących z dziećmi o kwestię zgłaszania, raportowania i w ogóle jak wygląda sytuacja, kiedy oni stykają się z dziećmi, z pacjentami, których podejrzewają, że są ofiarami przemocy domowej, bo wiadomo, że to nie jest jednoznaczne. I też jeszcze zaraz o tym powiem.

I tu krótko przedstawię, bo to są, myślę ciekawe wnioski. Pierwsze pytanie, jakie zadałem, to czy oni mają gdzie zgłaszać w ogóle takie przypadki, jeśli podejrzewają, że dziecko jest ofiarą przemocy domowej. Na około trzystu ankietowanych, czyli medyków, którzy faktycznie mają takie doświadczenia, większość powiedziała, że tak, że mają taką możliwość. To jest 187 głosów w porównaniu do 92, którzy stwierdzili, że nie.

Na kolejne pytanie, czyli czy faktycznie jest to zgłaszane, bo to, że oni mają możliwości, że wiedzą, że mają możliwość, to później jest pytanie czy to jest zgłaszane. 159 powiedziało, że tak, 97 że nie. Kolejne pytanie czy oni mają świadomość i czy według nich, czy może to zrobić dowolny pracownik oddziału? Czy na przykład od tego jest tylko lekarz? Tylko ordynator, tylko pielęgniarka socjalna. 263 głosy, rzeczywiście, że tak. Więc widać, że na blisko 300 ankietowanych, że jednak jest taka świadomość, że każdy może to zrobić. 49 osób powiedziało, że tylko lekarz, bo biorąc pod uwagę, że mój profil obserwują głównie ratownicy i pielęgniarki, czyli personel, który jest zaangażowany mocno w opiekę nad pacjentem, natomiast rzadko koordynuje całość tej opieki. To jest też taka odpowiedź, której można się spodziewać, ale też jest ciekawa odpowiedź. 143 osoby powiedziały, że nie wiedzą, kto może to raportować w ogóle, nie mają takich informacji.

W związku z tym zapytałem jeszcze dalej: „Czy uważasz, że w twoim szpitalu dzieci – ofiary przemocy domowej, u których podejrzewa się tego typu obrażenia, mogą liczyć na realną interwencję ze strony

szpitala?”. Bo czym innym jest świadomość, że można to zgłosić, a czym innym jest pytanie czy realnie to na coś wpływa. I tutaj już po równo się rozłożyły głosy odnośnie do tego, połowa powiedziała, że tak, połowa że nie. Natomiast też 143 osoby, czyli duża grupa ankietowanych powiedziała, że tak, ale mogłoby to działać lepiej, czyli że oni widzą, że można by to robić skutecznie i te dzieci mogłyby liczyć na wsparcie. Ale jakies są niedociągnięcia.

Później zapytałem, czy kiedykolwiek przełożony lub ktokolwiek, współpracownik zniechęcał ich do tego, żeby raportować takie sytuacje. I tutaj jednak większość stwierdziła, że nie, że nie było takich sytuacji, choć rzeczywiście jest też grupa: 72 osoby stwierdziły, że tak, spotkały się z czymś takim. Jeszcze na sam koniec zapytałem, czy w twoim szpitalu było szkolenie, bo to jest wydaje mi się ciekawa sprawa, czy było szkolenie lub przynajmniej czy istnieje procedura, bo my wiemy, że procedura to jedno, bo procedury są liczne, na mnóstwo różnych rzeczy, a stosowanie ich w praktyce jest czymś innym. Więc zapytałem, czy jest procedura lub czy było szkolenie. Jednak większość osób zdecydowanie mówi, że nie, że nie jest to jakiś obszar, którym szpitale są zainteresowane.

Ja może nie chcę już przedłużać, więc mam jeszcze kilka odpowiedzi bezpośrednio od ludzi. Gdy zapytałem, co jest największym problemem w zgłaszaniu tego typu zdarzeń w twoim szpitalu z twojej perspektywy. Bo nie mogę się opierać na jakichś ogólnych kwestiach, ale mam tu jeszcze kilka odpowiedzi, ale pozwolę sobie jednak z tym poczekać, bo to mógłbym czytać i czytać. Tak że myślę, że tak wygląda sytuacja, jeśli mówimy o bezpośrednich problemach, a wynikają one często z ogólnych problemów, z którymi stykają się też dorośli w szpitalach.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Rozumiem, że właśnie oprócz tego ogromnego przeciążenia pracą i braków kadrowych, to na co narzekają, na co zwracają uwagę medycy, to brak czy może niedostatek specjalistycznych szkoleń personelu. I mówił pan też o tym, że pracownicy medyczni być może nie są zniechęceni do interwencji, ale też nie czują się wspierani w tym zgłoszeniu. Jak dla was: Aniu, Urszulo brzmią te wypowiedzi? Czy to jest też to, co w trakcie pilotażu słyszałyście w waszych rozmowach?

Urszula Kubicka-Kraszyńska: To bardzo się tak potwierdza i jakoś tak współbrzmi z naszymi obserwacjami. Może też dla wyjaśnienia jeszcze dodam, że my z Anią od początku roku prowadzimy taki projekt pilotaż wdrażania standardów ochrony dzieci w jednej z placówek warszawskich. Ale ten pilotaż też ma taką dużą część badawczą. I jesteśmy bardzo wdzięczne panu Mateuszowi za dostarczenie nam jeszcze dodatkowych danych do tej właśnie części, w której przeprowadziłyśmy w sumie chyba kilkadziesiąt już rozmów z pracownikami ochrony zdrowia, pełniącymi różne funkcje, wykonującymi różne zawody.

Przeanalizowałyśmy też tony różnych dokumentów, wytycznych, zapisów, procedur itd. A wszystko dlatego, żeby właśnie postawić sobie te pytania, od których ty zaczęłaś naszą rozmowę. Czyli po pierwsze jaka jest specyfika tego obszaru, a co za tym idzie, bo to jakby jedno z drugim się bardzo wiąże: jakie są te wyzwania? Jeśli chcemy zwiększyć bezpieczeństwo dzieci w placówkach medycznych, to co

powinniśmy wziąć pod uwagę, żeby to nie było tak, że tutaj fundacja przychodzi z jakąś ideą swoją i zrzucają to, nie patrząc na to jacy ludzie pracują w danym obszarze, jakie są ich zadania na co dzień, w jaki sposób zostali przygotowani do tego, co robią, jakie są ich potrzeby i tak dalej, i tak dalej.

I na pewno ważne jest bardzo to, o czym powiedział pan Mateusz. I to jest taka specyfika obszaru ochrony zdrowia. To jest to, że to jest bardzo skomplikowana struktura i każda placówka to jest jakieś odrębne uniwersum, które też jakoś trzeba rozpracować. To też dużo zależy od tego, czy to jest szpital mniejszy, większy, czy to jest oddział dziecięcy w ramach szpitala ogólnego, czy taki specjalistyczny szpital dziecięcy. Tutaj jest wiele czynników, które na to wpływają.

To jest też struktura bardzo skomplikowana z tego powodu, że pracują tam ludzie, którzy wykonują bardzo różne zawody, a te zawody mają różne swoje granice kompetencji, kwalifikacje. Jest personel administracyjny, jest personel medyczny, pomocniczy. I to jest bardzo zróżnicowana grupa. Panuje tam też właśnie hierarchia, czyli uznaje się, że pewne czynności są zarezerwowane ściśle dla bardzo określonych osób czy grup osób, i że właśnie na przykład niektóre rzeczy to mogą robić tylko lekarze.

Więc to wszystko musi być wzięte pod uwagę w momencie, kiedy proponujemy placówce medycznej, żeby się jakoś przyjrzała temu, w jaki sposób podchodzi do kwestii potencjalnej przemocy wobec dziecka, które trafia pod opiekę. Czy w ogóle, a jeśli tak, to jaka obowiązuje procedura postępowania w przypadku podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone? Tutaj dużą przeszkodą i takim wyzwaniem jest to, że my mówimy przemoc wobec dzieci czy krzywdzenie dzieci. Tak naprawdę być może każdy ma trochę coś innego na myśli wypowiadając te słowa.

Ja zadałam sobie ten trud i przeanalizowałam sylabusy zawodów medycznych właśnie pod kątem tego, na ile tam w ogóle treści związane z identyfikacją przemocy wobec dzieci i reagowaniem w takich sytuacjach są uwzględnione. I to wygląda bardzo różnie. Na przykład w ustawie o zawodzie pielęgniarki w jakimś rozporządzeniu określającym zawartość kształcenia w ogóle nie pojawia się kwestia przemocy, ona się dopiero pojawia tam na którymś etapie kształcenia, a nie w takim podstawowym programie. Więc w każdym tym sylabusie są używane trochę inne sformułowania, inne cele, inne definicje. Więc trochę trudno się dziwić, że osoby, które kończą te studia nie mają takiego jasnego poczucia, co tak naprawdę należy do ich obowiązków, kwestii, na jakie objawy powinienem/powinnam zwrócić uwagę, co z tym dalej zrobić?

Kolejna rzecz jest taka, która zdecydowanie z tych naszych rozmów się wyłoniła: to, że nie ma takich jednolitych procedur interwencji, że one raczej są rzadkością, one są czasami wprowadzone, bo taki jest wymóg akredytacji, ale większość personelu nie wie o tym, że w placówce one obowiązują.

Ludzie generalnie mają poczucie, że powinni reagować w sytuacjach, kiedy dziecko może być krzywdzone i robią to tak, jak im to doświadczenie podpowiada, jak im ktoś tam powiedział, jak im się wydaje słuszne. Bardzo często w takim poczuciu osamotnienia, że to są sytuacje, w których sami muszą rozpoznać tak naprawdę, jaka jest sytuacja dziecka, co robić, jakie kroki podjąć i zupełnie nie mają takiego pomysłu, że to jakoś mogłoby być po stronie instytucji wsparcie ich w takiej interwencji.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: No tak, myślę, że brak takiej standaryzacji rzeczywiście utrudnia chociażby zmianę pracy w sensie zmianę placówki, jeśli w jednej mamy jakiś sposób działania, w innej interwencje wyglądają inaczej, to też myślę sobie, że te standardy, standaryzacja jest podstawą, bez której te działania nie będą skuteczne. Chciałabym zapytać o coś, co wydaje się nieuniknioną konsekwencją wszelkich działań, ale mało o tym mówimy, choć jest to ważne i potrzebne, a mianowicie o błędach. I tutaj chciałabym zapytać pana Mateusza o to, jakiego rodzaju błędy personel medyczny (w takich relacjach dziecko-medyk czy rodzic-medyk) – jakie są najczęstsze błędy? Jakiego rodzaju podejścia, jakieś niepożądane działania pan obserwuje czy też zetknął się pan z nimi?

Mateusz Sieradzan: Rzeczywiście, przy okazji pracy nad książką udało się zweryfikować nam razem z moimi rozmówcami, udało nam się nie zweryfikować, a stworzyć taką listę błędów, jakie popełniają medycy w kontaktach z dziećmi. I one się trochę wpisują w ten paternalistyczny model opieki nad pacjentem, jaki jest w Polsce. W to, że rolą pacjenta jest przyjść i oddać się do dyspozycji leczącym, bo to jest zadanie ich – leczących. I oni się tym teraz zajmą.

I robiłem też wykład na ten temat, po którym dostałem sporo odpowiedzi. Od lekarzy, od pielęgniarek, które mówią, że rzeczywiście są to problemy i to są bardzo złożone rzeczy, to są takie kwestie, bardzo różne, takie jak na przykład to, że prawa pacjenta w stosunku do dziecka wydają się jakby inne niż w stosunku do dorosłego, chociaż prawa pacjenta nie są rozdzielone na pacjenta dorosłego i pacjenta pediatrycznego. To są takie kwestie jak to, że np. nie rozmawia się z dzieckiem, tylko rozmawia się z rodzicem, więc dziecko w efekcie jest trochę takim przedmiotem, dodatkiem do wizyty, przecież o niego chodzi w trakcie tej wizyty.

To są kwestie poszanowania intymności, bo często personelowi medycznemu, który jest przyzwyczajony do nagiego ciała, wydaje się, że dziecko nie ma właściwie wstydu. Zwłaszcza jeśli mówimy o takich małych dzieciach. To się później też przekłada na nastolatków, co staje się często ogromnym problemem. I miałem wiele wiadomości (gdy poruszyłem ten temat w mediach społecznościowych u siebie) od już dorosłych ludzi, którzy pamiętają sytuacje, gdy musieli stać jako nastolatki nago w sali podczas badania i to było dla nich największą traumą. Albo największym problemem jest to, że będą musieli się rozebrać przed wizytą. Co ich powstrzymuje przed kontaktem z ochroną zdrowia w ogóle. To są później kwestie tego, że personel medyczny łatwo przejmuje całkowitą kontrolę nad pacjentem. I to widać w sytuacjach takich.

Ja dostawałem takie wiadomości od rodziców, które są przerażające, że np. do założenia wenflonu pacjentowi, dziecko jest zabierane od rodzica zamykane w innym gabinecie, a rodzic czeka na zewnątrz słysząc wrzaski i później dostaje spocone dziecko z założonym wenflonem, rozhisteryzowane, że tak powiem i po prostu spanikowane. No jest tego dużo, niestety, ale ja nie uważam, że to wynika ze złej woli, te błędy. Myślę, że one wynikają z kilku różnych kwestii.

Po pierwsze z tego (myślę, że to jest główna rzecz), że tak jesteśmy trochę nauczeni, że dziecko na innych zasadach funkcjonuje niż dorosły, że dorosły może się bać, np. i on przeżywa stres w szpitalu i to powinniśmy rozumieć. Ale jak dziecko płacze, to jest niegrzeczne, dostaje taką łatkę. I to wynika z wieloletniego takiego wychowania i podejścia do dzieci. Ja jestem w tej kwestii zafascynowany Korczakiem, który już sto lat temu wiedział, że dziecko to nie jest aspirujące do dorosłego czy do człowieka, tylko to już jest człowiek. I widzę też i dostaję potwierdzenie od medyków, którzy stosują tę zasadę, że dziecko to jest już człowiek, a nie dopiero zaraz człowiek. Którzy potrafią z dzieckiem spokojnie rozmawiać, pytać. Oczywiście nie pytać o zgodę na wykonanie procedury, bo to jednak dziecko nie jest zdolne podjąć taką decyzję świadomie, ale informować o wszystkim dziecko, o tym, co się będzie działo. Nie oszukiwać, że nie będzie bolało, nie straszyć tym, że ktoś go zabierze, jak będzie niegrzeczny. Myślę, że to są takie rzeczy, które są bardzo cenne, wartościowe, a okazuje się, że nie są powszechne niestety u nas.

Ja też nie powiem, że tak dzieci nie są traktowane, bo tak jak już zacząłem i tak jak tu pani Urszula też powiedziała nie ma jednej ochrony zdrowia w Polsce, no po prostu różni ludzie podchodzą w bardzo różny sposób do dzieci, a to podejście wynika też z różnych, różnych rzeczy. Często takie błędy wynikają z tego, że chcemy jako medycy szybko osiągnąć cel wszelkimi dostępnymi środkami. Jeśli celem jest pobranie krwi, to zrobimy wszystko, żeby jak najszybciej pobrać tę krew, a już komfort pacjenta czy jakieś inne rzeczy schodzą na dalszy plan. I rodzice też często nie mają tej świadomości. Też chcą osiągnąć cel, a trochę na drugim planie stawiając komfort dziecka. Ale to są kwestie, o których moglibyśmy mówić długo i one wynikają, myślę, nie ze złej woli, tylko z jakiegoś braku świadomości. Myślę, że to jest główny powód.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Czy wy Urszulo, Aniu jeszcze jakieś inne niepożądane działania w trakcie swoich badań wyłuskałyście z tych rozmów? Czy coś się takiego pojawiało?

Anna Krawczak: Myślę, że bardziej doświadczałam (będę mówiła w swoim imieniu, bo nie wiem na ile Urszula się z tą obserwacją zgadza) silnego poczucia tego, o czym powiedział przed chwilą pan Mateusz, czyli różne służby ochrony zdrowia. I kiedy opowiadałam o tym, czym są standardy, że są to cztery standardy – takim nieodłącznym elementem tych standardów są zasady bezpiecznych relacji czy kontaktu pomiędzy dorosłym i dzieckiem. I one różnie wyglądają, w zależności od tego, o jakiej placówce mówimy.

Miałyśmy okazję wypracowywać z Urszulą takie zasady bezpiecznych relacji w różnych placówkach medycznych. W jednej z nich, kiedy osoby zebrane, personel medyczny miał się zastanowić nad takimi dobrymi praktykami i praktykami niepożądanymi, szybko doszło do wniosku, że taki fizyczny kontakt między dorosłym i dzieckiem, ale nie medyczny, czyli nie taki, że medyk musi pobrać dziecku krew, tylko taki, że dziecko chce być pogłaskane po głowie albo chce się przytulić. Też się powinien w tych bezpiecznych zasadach znaleźć. I on przybrał taką postać, że podejmuj kontakt fizyczny z dzieckiem, właśnie taki kontakt medyczny wtedy, kiedy dziecko wyrazi na to zgodę, kierując się potrzebą tego dziecka. I byliśmy wszyscy jako grupa pracująca dumni z tego zapisu. Po czym jedna z pielęgniarek

podniosła rękę i powiedziała, że nie zgadza się na taki zapis. Bo co, jeśli to dziecko będzie chciało się cały czas przytulać? Co wtedy zrobić?

Okej, chciałabym na chwilę zatrzymać kadr i pokazać drugą sytuację, drugą soczewkę. Pracujemy z zupełnie inną grupą medyków, w zupełnie innym miejscu. Co więcej, jest to miejsce, w którym autonomia dziecięca jest bardzo ograniczona. I to nie dlatego, że ktoś ma złą wolę, tylko dlatego, że takie są zasady bezpieczeństwa tego miejsca – jest to oddział psychiatryczny. I to jest dopiero wyzwanie zrobić zasady bezpiecznych relacji w miejscu, w którym dziecku nie wolno przyjść w ulubionych spodniach, bo mają metalowe zaczepy. Nie wolno nosić swojej biżuterii. Trzeba wyjąć wszystkie kolczyki z ciała, z czym się będzie wiązało zarastaniem dziurek, co jest dramatem dla wielu młodych ludzi. Dlatego, żeby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo, że ktoś będzie chciał się sam okaleczyć, zadławić cokolwiek, gdzie naprawdę nie ma prawie nic. Możesz mieć szampon, możesz mieć mydło i to jest cała twoja kosmetyczka, a masz 17 lat, jesteś młodą osobą.

I tam personel wpada na taki pomysł, że no dobra, nie możesz mieć tych spodni, nie możesz mieć ulubionej bluzy. No musisz zdjąć te wszystkie swoje tunele i kolczyki. Ale to my sobie zamówimy w zaprzyjaźnionej hurtowni pakiet białych T-shirtów i damy wam flamastry i markery, żebyście mogli tam swoją ekspresję wykorzystać i sobie ulżyć. I chciałabym to zestawić tak: z jednej strony, gdzie jest bardzo trudno, gdzie naprawdę jest mało narzędzi i pojawia się taka myśl idąca po prostu bezpośrednio za wrażliwością wobec dziecka. Dziecko jest mądrym człowiekiem, pacjentem, ma swoją autonomię. Poza tym, że obcujemy z nim w jakimś medycznym świecie, ono skądś przychodzi, ono dokądś, wróci. Ono jest pełnowymiarową postacią. Staramy się wymyślić i jakoś zaspokoić jego potrzeby.

Versus druga sytuacja, gdzie coś, co właściwie myślę, że dla większości ludzi mających kontakt z dziećmi, czujących się w kontakcie z dziećmi swobodnie, czyli no, pogłaszcz dziecko, jeżeli ono tego potrzebuje, jeżeli o to prosi, jeżeli mówi nie, to nie – staje się trudnością, ponieważ co wtedy, jeżeli dziecko będzie cały czas chciało być głaskane po głowie? Czyli takie trochę mnożenie problemów.

I myślę, że to właśnie widziałyśmy przede wszystkim. To, że czasami jedno rozwiązanie, takie jakimi są standardy ochrony dzieci, potrafi mieć tak wiele różnych interpretacji, bardzo zaskakujących kreatywnością, progresywizmem, tak jak w tym przykładzie, o którym opowiadałam i jak bardzo to zależy od tego, jaki lub jaka liderka zmiany się znajdzie. Kto to poniesie, jak to zrozumie, jak to zinterpretuje i na ile nie przerazi się tym, żeby w dzieciach-pacjentach widzieć nie tylko osoby autonomiczne, ale po prostu podmioty.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Muszę przyznać, że przykład z koszulkami bardzo mi się spodobał. Ilustruje sposób podejścia do problemów, który opiera się na poszukiwaniu takich alternatywnych rozwiązań, które może niekoniecznie są uzależnione od dużych środków, ale bardziej od skupienia uwagi na pacjencie i jego potrzebach. Może w kontrze do tego poprzedniego pytania o błędy a kontynuując wątek pozytywnych rozwiązań, chciałabym poprosić was o inne przykłady dobrych praktyk. Takie działania, które może warto promować waszym zdaniem w placówkach.

Urszula Kubicka-Kraszyńska: Tak jak Ania mówiła, w standardach mieści się wiele różnych obszarów i różnych rzeczy. Niektóre są takie *stricte* administracyjne, którymi się kadry zajmują, czyli np. weryfikacja personelu, sprawdzanie osób przyjmowanych do pracy pod kątem przeszłości kryminalnej. Czy nie są to osoby, które mają na koncie przestępstwa przeciwko dzieciom. Więc to jakby jest jeden poziom standardów, to też może być taki mało widoczny w takim codziennym działaniu placówki.

Takie dwa obszary, którymi myśmy się zajmowały najbardziej, czyli właśnie procedura postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka i tworzenie tego kodeksu bezpiecznych relacji czy bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem. Tutaj jest więcej takich rzeczy, które zobaczyłyśmy na poziomie takiego codziennego funkcjonowania oddziału czy szpitala. Taka najprostsza rzecz, która w tej chwili chyba nie jest jednak zbyt rozpowszechniona, ale to będzie musiało się zmienić w związku z tymi zmianami prawnymi, które mamy. To jest to, żeby w szpitalu była jedna wyznaczona osoba, do której trafiają zgłoszenia, także podejrzenie, że coś w sytuacji dziecka mnie niepokoi. Ono nie jest bezpieczne w swoim domu, być może doświadcza krzywdzenia i że wtedy ta osoba, np. pielęgniarka socjalna robi coś dalej z tą informacją. To znaczy albo zakłada niebieską kartę, albo konsultuje się z dzielnicowym, ma różne też sieci kontaktów – to też dobrze działa w mniejszej społeczności.

Ale spotkałyśmy się z takimi praktykami i to rzeczywiście powoduje, że te zgłoszenia są, no bo ludzie wiedzą, że do tej pani należy się z taką sprawą udać i ona rzeczywiście dalej coś z tym robi. To jest ważne, żeby było to poczucie, że takie zgłoszenie jest traktowane poważnie, a nie że gdzieś tam ginie w stosie papierów. Na poziomie wypracowywania tych dobrych relacji to są też takie proste rzeczy, np. uznanie tego, że taką naturalną reakcją zarówno dziecka, jak i rodzica czy jego opiekuna w momencie wejścia do placówki medycznej jest taki niepokój i duży stres. I żeby zredukować trochę ten niepokój, to potrzebna jest informacja. Więc przygotowanie pisemnej informacji dla rodzica taki miniregulamin oddziału z miejscem na wpisanie kto jest lekarzem zajmującym się dzieckiem. To jest bardzo proste rozwiązanie, które bardzo wiele może dać i pozwala przekazać rodzicowi wiele informacji.

Myślę, że więcej takich dobrych praktyk czy takich rekomendacji to nam się też wyłoniło w tym procesie wdrażania już standardów, czy w jaki sposób w ogóle w placówce można podejść do tego, żeby wypracować takie procedury, które będą bardzo zakorzenione już w tym, jak się w tym miejscu pracuje albo jakie są. Na przykład jeśli już istnieje system zgłaszania sytuacji niepożądanych, to możemy też to wykorzystać do zrobienia zgłoszenia o tym, że podejrzewamy, że dziecko jest krzywdzone. Bo już jest jakaś ścieżka komunikacji, która dobrze funkcjonuje i na bazie tego to można wykorzystać w takiej procedurze interwencji.

Mateusz Sieradzan: Ja bym się włączył tutaj jeszcze krótko, bo rzeczywiście, jeśli już mówimy o takim działaniu interwencyjnym, przy stwierdzeniu, przy podejrzeniu, że dochodzi do jakichś aktów przemocy w rodzinie, ja myślę, że tutaj kluczowe są szkolenia i w ogóle zainteresowanie personelu tym tematem, bo mam wrażenie z moich obserwacji, z rozmów z ludźmi i w ogóle z

rozmów z medykami i z mojego doświadczenia z pracy, że w Polsce bardzo chętnie personel medyczny zajmuje się tylko swoimi zadaniami. Czyli w polskim ujęciu to jest tylko rozwiązanie problemu somatycznego pacjenta.

Ostatnio miałem możliwość czytania jak wygląda konsultacja lekarza onkologa z Londynu dotycząca pacjenta. Konsultacja zajmuje dwie strony. Połowa jest to jest opis stanu emocjonalnego pacjenta i tego, jak on zareagował oraz jak on odnosi się do proponowanych przez lekarza rozwiązań, jakie są jego sugestie. Widać, że jest relacja pół na pół jeśli chodzi o to, jak lekarz podchodzi do tego i jak podchodzi do tego pacjent. W Polsce typowa konsultacja specjalistyczna to są suche fakty dotyczące stanu somatycznego pacjenta. Nie spotkałem jeszcze konsultacji żadnej, a na SOR-ze tych konsultacji jest mnóstwo, w której byłyby opisane, jak pacjent odnosi się do proponowanego rozwiązania albo to czego on oczekuje.

Stawiam taką tezę, że ponieważ personel w Polsce zajmuje się głównie problemem fizycznym, który występuje tu i teraz, to nie bardzo zwraca uwagę na to wszystko dookoła. Więc jeśli dziecko przychodzi z jakimś podejrzanym złamaniem, to tutaj zajmujemy się tym złamaniem. A kwestia tego, jak ono powstało i że być może ono ma swój początek w przemocy, jest już czymś nadprogramowym, czym personel musiałby się zająć. A jeśli nie jest do tego przeszkolony, nie widzi sensu, nie ma łatwych narzędzi, przede wszystkim łatwych.

Dlatego to jest świetny trop, według mnie, to o czym mówiła pani Urszula, że żeby była jedna osoba, do której wiadomo, że można pójść z czymś takim i dalej ona to już pociągnie, bo papierologia, biurokracja w szpitalach jest niewiarygodna. Ja tu jako przykład podawałem, że jak mam zaszczepić pacjenta na tężec na oddziale to, żeby podać mu jedną szczepionkę muszę wypełnić cztery różne druki i w czterech różnych się podbić, żeby to udokumentować. A to jest bezpośrednia dokumentacja konkretnej procedury medycznej. A tu byśmy mówili o czymś, jakby w opinii personelu nadprogramowym. Bo zgłoszenie podejrzenia, że dziecko jest jakąś ofiarą przemocy, jest czymś takim, co trochę w opinii personelu może wychodzić ponad ich kompetencje. Tu się pojawia pytanie a kto mi za to zapłaci? I myślę, że chodzi o takie przekonanie, że to jest element holistycznego podejścia do pacjenta. Dlatego myślę, że to się wpisuje w ten większy problem podchodzenia do problemów naszych pacjentów.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Na początku, Aniu wspominałaś o zmianach legislacyjnych, które miały miejsce w ostatnich tygodniach. I chciałabym teraz wrócić do tego wątku w obliczu podpisanej właśnie ustawy. Jakie zmiany czekają placówki pediatryczne w kontekście nowych przepisów?

Anna Krawczak: Troszeczkę już o tych zmianach mówiłam. To, co do tej pory było dobrą praktyką czy takim ukłonem ze strony danej placówki, szpitala bądź przychodni, ale mówimy tutaj bardzo szeroko również o szkołach, przedszkolach, klubach sportowych. W tej chwili stanie się obowiązkiem, który będzie obowiązkiem sankcjonowanym finansowo, tzn. instytucja, która

nie będzie posiadała wdrożonej polityki ochrony dzieci, standardów ochrony dzieci, będzie instytucją, która będzie karana finansowo. To nie są na początku duże kwoty, ale później ustawa przewiduje możliwość wysokich grzywn. Tylko wsłuchałam się w wypowiedź pana Mateusza i pomyślałam sobie, że zmiana prawna to jest jedna rzecz. Oczywiście bardzo dobrze, że ona nastąpiła, ale to, na co tak naprawdę liczymy i czego przynajmniej ja pragnę, to jest zmiana przekonań, które stoją i są z tyłu głowy wielu z nas.

Kiedy mówił pan Mateusz o tym, ja wiem, że „a kto mi za to zapłaci, dlaczego to jest mój obowiązek? To się nie mieści właśnie w moich obowiązkach. To nie należy do mnie, to nie moje zadanie”. I to traktowanie pacjenta sprowadzonego do tego wymiaru fizycznego to jest też podejście, które w jakimś sensie chroni nas przed dylematami, wątpliwościami, przed takim poczuciem, że być może powinniśmy zrobić coś więcej.

Ale kiedy mówił o tym pan Mateusz, miałam przed oczami opinię polustracyjną, ze sprawy Kamila z Częstochowy. Ta sprawa jest dostępna na stronach KRS-u, gdyby ktoś z państwa chciał się z nią zapoznać. Ale ta sprawa zaczyna się od tego, i to jest jakby początek kontaktów tej rodziny z tak zwanym systemem, że Kamil zostaje przyjęty do szpitala, jest hospitalizowany i na jego ciele są siniaki. I szpital sporządza z tego notatkę, ale nigdy nie dołącza epikryzy, pomimo próśb sądu, który te prośby kieruje. Jest to pierwsza rzecz. I kiedy człowiek sobie uświadamia, że to dziecko trafiło kiedyś do szpitala i tam był początek tego kłębka, który gdyby został prawidłowo zaopatrzony, być może dwa lata później, to dziecko nie byłoby martwe.

Myślę sobie, że to są takie momenty, w których czasami trzeba użyć mocnego obrazu albo zobaczyć coś mocnego, coś, co nas zasmuca, coś, co nas przeraża, na co nie wyrażamy zgody, właśnie po to, żeby się obudzić w kierunku takiego myślenia, że żadne standardy, żadne zasady nie zastąpią działania człowieka, nie zastąpią pewnej wrażliwości, nie zastąpią otwarcia się przez nas na taką możliwość, że to jest jakieś nasze wspólne zadanie. To jest nasza współpraca i celem nie jest to, żeby wrócić o szesnastej do domu, chociaż wszystkim tego życzę, ale przede wszystkim to, żeby pomagać tym, którzy bez tej pomocy sobie nie poradzą. Kamil sobie nie poradził. On miał teoretycznie możliwość uniknięcia tej ścieżki pójścia inną ścieżką, ale to się nie wydarzyło właśnie dlatego, bo tak wiele elementów nie zagrało.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Mówicie o procedurach, ale mówicie też o podejściu i pożądanej postawie personelu medycznego, który na pierwszym miejscu stawia dobro pacjenta. Jak w takim razie wspierać pracowników placówek medycznych? Co ma największe waszym zdaniem znaczenie? Jak sprawić, żeby statystyki zgłaszania podejrzeń krzywdzenia były lepsze?

Urszula Kubicka-Kraszyńska: Tutaj ta zmiana prawna wprowadza bardzo ważny element odpowiedzialności instytucjonalnej, dlatego że w bardzo wielu przepisach i to jest niestety rozproszone w różnych aktach prawnych, są zapisane obowiązki osób wykonujących zawody medyczne. I to jak najbardziej mieści się w takich zwykłych czynnościach zawodowych.

Rozpoznanie objawów przemocy i odpowiednia interwencja. I do tej pory to była odpowiedzialność indywidualna osoby, która przecież funkcjonuje w ramach, jak powiedzieliśmy, takiej bardzo złożonej, skomplikowanej instytucji.

I teraz mamy taką sytuację, że właśnie ta instytucja dla tych osób, które tam pracują, ma obowiązek wprowadzenia procedur, ma ich w tym wesprzeć, ma ich jakoś poprowadzić, bo tak naprawdę taka procedura to może brzmieć bardzo skomplikowanie, ale to jest kilka zdań połączonych strzałkami. Jeśli zauważysz to i to, zawiadom tę osobę, tutaj zadzwoń. To nie jest jakieś bardzo skomplikowane. Mamy też już wypracowane takie schematy interweniowania i przygotowujemy je też w ramach tego naszego projektu dla placówek medycznych.

I to, o czym myśmy też dużo słyszały w czasie rozmów, to jest właśnie taka samotność osoby interweniującej. To jest też kwestia tego, że przyznam, że to było takie moje zaskoczenie w ogóle z tych rozmów i z całego tego projektu, bo ja miałam takie wyobrażenie, może bardzo naiwne i bazujące na serialach medycznych, ale że taki oddział to jest taki super zgrany zespół i że tam wszyscy tak bardzo współpracują. I zobaczyłam, że to nie do końca tak jest. To też jest związane z tym, że różne osoby są w różny sposób zatrudniane nie tylko na umowę o pracę, ale są stażyści, wolontariusze, pracownicy kontraktowi. Więc trudno jest może ich tak zorganizować w taką jakąś wspólnotę. I to jest też rzecz, o której wiele lekarzy i pielęgniarek w rozmowach nam mówiło, że brakuje przestrzeni na takie wspólne działanie, omawianie, zastanawianie się, co zrobić w danej sytuacji. No też nie mam złudzeń, że akurat ta ustawa to od razu zmieni, ale na pewno jeśli ktoś potraktuje standardy poważnie, to też powinno się zrobić miejsce na to, żeby ludzie mieli przestrzeń do tego, żeby o takich wątpliwościach dotyczących bezpieczeństwa dziecka rozmawiać i wzajemnie się konsultować i wspierać w interwencjach, żeby to nie było takie samotne działanie.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Zatem zmiany w procedurze, zmiany proceduralne to jedna rzecz, ale słyszę też, że wdrażane standardy powinny zapewnić przestrzeń do wyrażania wątpliwości, dzielenia się doświadczeniem i wspierającej pracy zespołowej, która w konsekwencji może sprawić, że te interwencje będą dla personelu łatwiejsze do inicjowania.

Urszula Kubicka-Kraszyńska: Jeszcze bym chciała powiedzieć, bo jeżeli się zastanawiamy nad specyfiką tego obszaru ochrony zdrowia i jego zadaniach w ochronie dzieci przed krzywdzeniem i do tego odnoszą się standardy, to właśnie z jednej strony to jest ta kwestia rozpoznawania przemocy, reagowania, czyli zrobienia czegoś, żeby przemoc wobec dziecka zatrzymać. Natomiast drugi obszar to jest właśnie obszar tego, jakim środowiskiem dla dziecka jest szpital, oddział, przychodnia i jaka jest interakcja osób pracujących w tym systemie z tym dzieckiem.

Bo sytuacja dziecka-pacjenta jest jakby podwójnie taka trudna. Każdy z nas, czy większość z nas będąc pacjentem nie czuje się do końca komfortowo i dziecko też z racji na przykład choroby czy właśnie

różnych niekomfortowych zabiegów itd. jest w takim gorszym położeniu, a dodatkowo jeszcze jest w sytuacji tej asymetrii wobec świata dorosłych. I w takiej sytuacji bardzo łatwo jest o to nadmierowe cierpienie, to co jakby nie wynika bezpośrednio z sytuacji medycznej, ale z okoliczności, czego można by uniknąć.

I tutaj właśnie się pojawia w ogóle takie rozumienie jakości opieki, że to nie tylko chodzi o te kwestie *stricte* medyczne, ale że to, co jest takim doświadczeniem z bycia pacjentem, jest tak samo ważne i właśnie do tego odnoszą się te zasady bezpiecznego kontaktu czy bezpiecznych relacji: do podchodzenia z szacunkiem, do umożliwienia różnych wyborów. Więc standardy mają szansę jakoś to tak wzmocnić, że to to jest naprawdę istotna rzecz, żeby sobie chociażby ten szacunek rozpisać na jakieś drobne czynności czy drobne zdania, które się wypowiada do dziecka.

A to, co jest na pewno takim wnioskiem z naszego projektu i z tych warsztatów, które żeśmy przeprowadziły z Anią, to, że to są rzeczy, które warto, żeby personel wypracowywał wspólnie i to najlepiej osoby, które np. w szpitalu pracują w różnych miejscach, mają bardzo różne perspektywy, są z dzieckiem w dłuższym czy w krótszym kontakcie i po bardzo różnych sytuacjach, bo wtedy jakby w wymianie doświadczeń rzeczywiście można dotrzeć do jakiegoś sedna, tego, jak ta interakcja z dzieckiem powinna przebiegać i także z jego rodzicami, opiekunem, bo tak naprawdę to przez większość czasu tutaj w tej parze różne rzeczy się dzieją i rodzic jest tak samo ważny.

Mateusz Sieradzan: Jeszcze bym krótko dodał, jeśli mogę. Ja się cieszę, że w ogóle powstają takie rozwiązania prawne, bo to jest początek, żeby w ogóle mieć o czym rozmawiać. Tylko nadal mam takie przekonanie, że to właśnie musi iść w zmianie razem ze zmianą mentalności. Bo chociażby porównując w '94 roku, gdy weszła ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, wprowadzając określenie przymusu bezpośredniego i tworząc procedurę przymusu bezpośredniego, ona od tego momentu zyskała status prawny jako przymus bezpośredni, jako konkretna procedura.

W 2018 roku była aktualizacja karty przymusu bezpośredniego, która została bardzo mocno rozbudowana z jednej strony po to, żeby dokładnie mieć kontrolę nad tą procedurą, żeby przymus bezpośredni nie był nadużywany. Później z czasem widziałem np. u mnie w szpitalu, że to było coś, co musi być dołączone do dokumentacji pacjenta, bo inaczej będą kary, bo tego się wymaga i tak dalej, a co tam będzie wpisane, to już wszystko jedno, ale ważne, żeby było wpisane, żeby nikt się do tego nie przyczepił, bo trochę mam taką obserwację, że [są] różne procedury w szpitalach i różne rzeczy, jest dużo takich dokumentów, które muszą być, bo się wszyscy boją prokuratora albo kar finansowych. I jak to jest, to jest dobrze, a co tam już jest w środku, czy to się zgadza z prawem to już jest kwestia drugorzędna.

Dlatego myślę, że to jest dobre rozwiązanie. Te procedury, o których tutaj mówimy po pierwsze są proste i dają łatwe, proste rozwiązania. Po drugie dają konkretnych ludzi, do których można się z tym zwrócić. Ale też uważam, że jednak szkolenia i zmiana mentalności, warsztaty, to są podstawy, o jakich musimy

mówić, bo myślę, że naprawdę tutaj został poruszony temat np. tego, że są różne osoby w różny sposób zatrudnione w szpitalu, że są konflikty w zespole.

Ja mam mnóstwo takich przykładów, gdzie ludzie, którzy naprawdę chcą dobrze, chcą wprowadzić jakąś zmianę zupełnie z własnej woli, oddolnie, samodzielnie poświęcając czas na to, proponują gotowe rozwiązanie swoim przełożonym zostają zmieceni po prostu przez współpracowników, którzy mówią po co się wychylasz, nie interesuj się tym, daj sobie z tym spokój. A w ogóle to jak ty to wymyślisz, to zaraz od nas będą tego oczekiwać i ty nam dołożysz pracy. I to się kończyło czasami wręcz takim prześladowaniem, że ci ludzie zmieniali pracę, mam na pęczki takich przykładów, więc myślę, że ja tu widzę ogromną rolę w edukacji mimo wszystko.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: A mnie ciekawi, czy to, co pan powiedział przed chwilą, to jest odpowiedź częściowa na pytanie, które sobie specjalnie zanotowałam, żeby do niego wrócić. Bo zapowiedział pan, że jednym z pytań, które pan zadał swoim obserwowanym było: co jest największym problemem w zgłaszaniu, czy w interweniowaniu. Czy to jest właśnie ten powód? Niechęć do narażenia się albo wyjścia poza szereg?

Mateusz Sieradzan: Taka odpowiedź rzeczywiście też była, ale pojawiły się np. odpowiedzi, że personel boi się tego, że będzie ciągnany po sądach i że będzie musiał tłumaczyć i składać zeznania. Wiem, jak wygląda sytuacja, sam byłem zaatakowany kilka razy przez pacjenta, gdy chciałem to zgłosić po prostu, bo mi ta ochrona przysługuje, to musiałem się zmierzyć nie ze ścianą, a z chińskim murem problemów po prostu. Więc jakby po mojej stronie była i interwencja, i inwencja właściwie też, żeby to się zadziało.

Ale jednak w tych odpowiedziach przetacza się brak jasno określonych procedur, to, że ludzie nie wiedzą, do kogo mają z tym pójść, czy to oni na pewno mają zgłosić, że ludzie też wolą (to jest powszechny chyba problem w tych sytuacjach, to nie tylko szpitali dotyczy), że wolą nie widzieć, żeby sobie nie ściągać na głowę jakichś dodatkowych obowiązków. Też nie wiedzą, nie chcą zaszkodzić. Jednak w większości tych odpowiedzi, z jakimi się stykam, głównym problemem jest brak informacji. Personel nie wie, co ma robić, nie wie do kogo ma z tym pójść, nie wie, czy musi, nie wie czy powinien. I to się głównie przetacza w odpowiedziach, przy pytaniu na to co jest największym problemem w zgłaszaniu tego typu spraw.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Mam nadzieję i na pewno życzymy sobie tego wszyscy, żeby te aktualne zmiany legislacyjne, ale też cała dyskusja, która się teraz rozpoczyna w kwestii standardów, choć nie zmienia diametralnie rzeczywistości tu i teraz, przynajmniej, żeby była przyczynkiem do zmian jakościowych w przyszłości. To wpłynie na bezpieczeństwo i dobrostan dzieci-pacjentów, ich rodziców, ale też na komfort pracy personelu medycznego. Tak myślę, że jesteśmy teraz na początku ewolucji, takiej drogi do zmiany pracy z pacjentem. I tu każdy głos ekspercki jak i głos praktyka jest bardzo cenny. Dlatego bardzo dziękuję wam za tę rozmowę. Moimi i Państwa gośćmi byli dziś Mateusz Sieradzan – ratownik medyczny, edukator, a także

Urszula Kubicka-Kraszyńska i Anna Krawczak z programu Standardy Ochrony Dzieci w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Bardzo wam dziękuję.

Anna Krawczak: Dziękuję.

Urszula Kubicka-Kraszyńska: Dziękuję.

Mateusz Sieradzan: Dziękuję bardzo.

Berenika Dąbrowska-Siuchno: Na samym końcu pozostaje mi jedynie nadmienić, że pilotaż wdrożenia standardów ochrony dzieci w placówkach medycznych został sfinansowany ze środków przekazanych przez Plan International z funduszy Disaster Emergency Committee. Dziękuję Państwu za uwagę. Nazywam się Berenika Dąbrowska-Siuchno i zapraszam do wysłuchania kolejnego odcinka podcastu już wkrótce.