



WYTYCZNE DOTYCZĄCE IDENTYFIKACJI PRZEMOCY DOMOWEJ WŚRÓD OSÓB STARSZYCH

2020-1-PL01-KA202-081643



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

WWW.PROJECTSAVE.EU




Nota o wyłączeniu odpowiedzialności (Disclaimer)

Publikacja ta została zrealizowana przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej. Publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko ich autora i FRSE Narodowa Agencja Programu Erasmus+ oraz Komisja Europejska nie ponoszą odpowiedzialności za umieszczoną w nich zawartość merytoryczną.

Dokument ten został opracowany przez zespół polskiego lidera projektu SAVE – PCG Polska Sp. z o.o. w składzie: Ewa Rogalska, Monika Daab, Agnieszka Sokolnicka na podstawie wersji bazowej autorstwa partnera fińskiego – Osk VoiVa i Pani Sirkki Perttu.

Spis treści

| | |
|--|-----------|
| Kontekst dla badania zjawiska przemocy wobec osób starszych..... | 4 |
| Dlaczego temat przemocy wobec osób starszych jest istotny w ochronie zdrowia?..... | 4 |
| Przeszkody napotymane przez osoby starsze w zgłaszaniu przemocy..... | 5 |
| Przeszkody napotymane przez pracowników służby zdrowia w pytaniu o przemoc domową | 5 |
| Przemoc wobec osób starszych jako pogwałcenie praw człowieka i obywatela..... | 6 |
| Nadzór nad etyką zawodową w pomocy społecznej i zdrowotnej | 7 |
| Etyka zawodowa i stres etyczny | 7 |
| Co wiadomo o wpływie pandemii koronawirusa na przemoc wobec osób starszych?..... | 8 |
| Etyka zawodowa i przemoc wobec osób starszych | 8 |
| Przeprowadzanie badań przesiewowych | 9 |
| Ogólne instrukcje dotyczące wywiadów przesiewowych..... | 9 |
| Informacje nt. Indeksu Podejrzeń Przemocy wobec osób Starszych / Elder Abuse Suspicion Index © (EASI) | 10 |
| Odpowiedzi i zgłoszone obawy/wątpliwości | 10 |
| Pytania i ich ocena | 12 |
| Jeśli odpowiedzi wzbudzą podejrzenia..... | 13 |
| Obowiązek służb ochrony zdrowia/pomocy społecznej zgłaszania przypadków przemocy..... | 14 |
| Prawo do poinformowania policji o zagrożeniu życia i zdrowia | 14 |
| Obowiązek zgłoszenia, gdy profesjonalista ma powody podejrzewać, że komuś grozi poważne niebezpieczeństwo | 15 |
| Gdy zachodzi podejrzenie, że zdolność osoby do podejmowania decyzji jest zmniejszona..... | 15 |
| Prawa bliskich krewnych/prawa rodziny | 15 |
| Pilotaż narzędzi do badań przesiewowych wykrywających potencjalne nadużycia wobec osób starszych w Szpitalu Geriatrycznym im. Jana Pawła II w Katowicach | 16 |
| Służby uczestniczące w pilotażu..... | 16 |
| Grupa docelowa pilotażu | 16 |
| Cel systematycznego korzystania z formularza przesiewowego | 16 |
| Formularze do pilotażu..... | 16 |
| Uzyskiwanie zgody na badanie dotyczące przemocy..... | 17 |
| Zbieranie danych..... | 18 |
| Załączniki..... | 20 |
| Załącznik 1. Formularz zgody na udział w badaniu przesiewowym | 21 |
| Załącznik 2. Indeks Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych © (EASI) – formularz..... | 22 |



| | |
|---|-----------|
| Załącznik 3. HWALEK-SENGSTOCK Test Przesiewowy dot. Przemocy wobec Osób Starszych (H-S/EAST)..... | 24 |
| Załącznik 4. Doświadczenie osoby biorącej udział w wywiadzie dotyczącym potencjalnych nadużyć | 26 |
| Załącznik 5. Formularz informacyjny z badania..... | 27 |
| Załącznik 6. Doświadczenia specjalistów z prowadzenia badań przesiewowych dotyczących przemocy | 29 |
| Źródła | 30 |

Kontekst dla badania zjawiska przemocy wobec osób starszych

DLaczego temat przemocy wobec osób starszych jest istotny w ochronie zdrowia?


Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem globalnym, które dotyka również Polskę. Według prognozy populacji na 2030 r. 29% populacji Polski będzie mieć powyżej 65 lat, a w 2040 r. ponad 34% (GUS 2021). Populacja w najstarszych grupach wiekowych rośnie. Oznacza to wzrost liczby osób starszych, m.in. także wzrost pacjentów w służbie zdrowia (Mechanic D., 1999; WHO 09.2021).

W globalnym badaniu oszacowano, że 15,7% starszych osób w wieku powyżej 60 lat mieszkających w domu każdego roku doświadcza psychicznej, fizycznej, seksualnej lub finansowej przemocy lub zaniedbania (Yon et al., 2017). Między kontynentami istnieją różnice. W Europie rozpowszechnienie oszacowano na 15,4%. W Polsce dane z badania z 2019 r. oszacowały skalę występowania zjawiska na 38,5%. Wartość ta wzrosła w czasie pandemii COVID-19 o dodatkowe 6% (Filipska et. al., 2021). Badania pokazują, że przemoc przyspiesza przyjęcia ofiar do szpitala i domów opieki (Lachs et al. 2002; Dong & Simon, 2013), zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci (Lachs M. S. et al., 2018; Mouton C.P, 2003; Dong XinQi ym. 2009; Dong X.Q. et al. 2011; Schofield M.J. et al., 2013) oraz powoduje myśli i próby samobójcze (Barron, 2007; Lazenbatt et al., 2010; Olofsson et.al., 2012). Przewiduje się, że wskaźnik przemocy wobec osób starszych wzrośnie (WHO 2017). Powyższe czynniki stanowią wyzwanie dla służb społecznych i ochrony zdrowia, aby zidentyfikować przemoc i pomóc ofiarom i rodzinom.

Osoby starsze stanowią liczną grupę użytkowników usług zdrowotnych, dlatego kluczowa jest rola pracowników służby zdrowia w rozpoznawaniu przemocy i przypadków zaniedbań wobec osób starszych. Jednak identyfikacja może być złożonym i długotrwałym procesem i wymaga współpracy wielu zawodów. Opieka zdrowotna została uznana za jedną z kluczowych usług w identyfikacji przemocy domowej, obok pracy socjalnej i policji. Istnieje kilka punktów wyjścia i procesów w identyfikacji przemocy. Najczęstsze z nich to:

- osoba starsza sama komuś o tym opowiada;
- do władz /dyrekcji skierowana jest skarga na leczenie, które otrzymała dana osoba;
- podejrzenie przemocy zidentyfikowane zostaje podczas rutynowego badania lub badania przesiewowego (Fundinho et al. 2021)

Niniejsze wytyczne dotyczą przeprowadzania badania przesiewowego z wykorzystaniem Wskaźnika Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych – Elder Abuse Suspicion Index© (EASI) pod kątem przeciwdziałania przemocy i zaniedbania wobec osób starszych. Osoby prowadzące wywiad muszą



wziąć pod uwagę bariery doświadczane przez osoby starsze w zgłaszaniu przemocy w rodzinie, a także prawa człowieka i obywatela, wytyczne prawne i etyczne, które są wiążące dla danej grupy zawodowej.

Przeszkody napotymane przez osoby starsze w zgłaszaniu przemocy

[Na podstawie Schmeidel et al., 2012.]

- Obecność potencjalnego sprawcy podczas rozmowy
- Trudności osoby starszej w uznaniu sytuacji, w której żyje jako przemocowej
- Strach przed sprawcą
- Obawa, że sprawca podejmie działania odwetowe za ujawnienie faktów przemocy
- Chęć ochrony członka rodziny przed np. sankcjami prawnymi, szczególnie w przypadku doświadczania nadużyć ze strony dorosłego dziecka
- Wstyd – rozmowa o przemocy (w szczególności przemocy seksualnej) trudniejsza dla osoby starszej niż dla młodszej
- Sprawy rodzinne uważane w niektórych kulturach za kwestie prywatne, o których się nie rozmawia – do takiej rozmowy się też nie namawia
- Obawa, że dla jej bezpieczeństwa osoba starsza zostanie przeniesiona do instytucjonalnej opieki i że straci dom
- Poczucie beznadziejności doświadczane przez osoby starsze odnośnie do możliwych rozwiązań
- Poczucie winy z powodu zaistniałej sytuacji, braku sukcesu we właściwym wychowaniu czy ochronie sprawcy/sprawczyni przemocy, gdy był/a dzieckiem
- Przekonanie, że sprawca odpłaca się za dotychczasowe zachowanie i okoliczności w rodzinie

Przeszkody napotymane przez pracowników służby zdrowia w pytaniu o przemoc domową

[Na podstawie Koistinen et al., 2015]

Pacjent

- chroni sprawcę;
- pytany nie przyznaje się do przemocy;
- nie chce dyskutować o sprawie (zwłaszcza jeśli sprawca jest obecny w dyskusji);
- jako wyjaśnienie powodu przyścia do ośrodka opieki zdrowotnej nie wskazuje faktu doświadczania przemocy.

Specjaliści

- mają często fałszywe przekonanie, że ofiary przemocy w rodzinie mają inne cechy niż „zwykle” osoby, które ułatwiają ich identyfikację: wykazują strach, wstyd, smutek, wyczerpanie i brak szacunku do samego siebie; mają problemy ze zdrowiem psychicznym i nadużywają substancji;
- nie mają instrukcji ani wsparcia mentora; brak wsparcia organizacyjnego;
 - Mentoring to metoda, w której bardziej doświadczona osoba dzieli się swoją wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem z mniej doświadczonym profesjonalistą, aby pomóc w rozwoju w zawodzie.
- nie wiedzą, czy w miejscu pracy obowiązują wytyczne w tym obszarze;
- dość często zmieniają pracę, następuje dynamiczna rotacja personelu;
- doświadczają nieprzyjemnych odczuć i obciążenia psychicznego związanego z pracą z przypadkami przemocy w rodzinie;
- mają trudności z interwencją przez własne doświadczenia związane z przemocą domową;
- uważają pytanie o przemoc za delikatną kwestię, zwłaszcza jeśli pacjent zgłasza inny powód niż przemoc zgłaszając się do izby przyjęć/rejestracji. Ofiary przemocy korzystają z usług zdrowotnych nawet o 80% częściej niż reszta populacji – mniej niż 1% ofiar przemocy ubiegających się o leczenie jest identyfikowanych w opiece zdrowotnej (Siltala 2021).
 - W Polsce procedurę Niebieskiej Karty w 2021 roku ze strony służby zdrowia wszczęto dla 1,39% zidentyfikowanych przypadków przemocy (1 138 z 82 092), a ze strony jednostek organizacyjnych pomocy społecznej dla 13,29% przypadków (10 907 z 82 092) (MRPiPS, 2021. Sprawozdania z realizacji "Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie").

Przemoc wobec osób starszych jako pogwałcenie praw człowieka i obywatela

- Prawa człowieka opierają się na traktatach międzynarodowych, a prawa obywatelskie na ustawodawstwie krajowym, takim jak polska Konstytucja.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (10 grudnia 1948) jest najważniejszym instrumentem praw człowieka na świecie. Każdy ma prawo do ochrony przed dyskryminacją (art. 7), taką jak dyskryminacja ze względu na wiek i płeć.
- Prawo do sprawiedliwego traktowania bez względu na wiek, płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, niepełnosprawność lub inny status oraz do bycia docenianym bez względu na wkład finansowy. (Zasady ONZ dotyczące praw osób starszych 1991).

- Na szczeblu UE najważniejszym instrumentem praw człowieka jest Europejska Konwencja Praw Człowieka (weszła w życie w 1953 r.).
- Państwa członkowskie powinny chronić osoby starsze przed przemocą, nadużyciami i umyślnym lub niezamierzonym zaniedbaniem. Taka ochrona powinna być gwarantowana niezależnie od tego, czy ma miejsce w domu, w instytucji czy gdzie indziej (Zalecenie Rady Europy 2014).
- Europejska Karta Społeczna wyraźnie wymienia wiek jako zakazaną podstawę dyskryminacji i zawiera osobny artykuł dotyczący praw osób starszych.
- W Polsce realizację praw człowieka i obywatela nadzorują i promują Sądy powszechne, sądy administracyjne, Trybunał Konstytucyjny a także Rzecznik Praw Obywatelskich (powołany w 1987).

Nadzór nad etyką zawodową w pomocy społecznej i zdrowotnej

- Zawodowe wytyczne i zasady etyczne mają na celu zapewnienie realizacji praw osób starszych.
- Etyka zawodowa opiera się na profesjonalnej wiedzy i ideałach obsługi w tej dziedzinie.
- Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, czy Krajowa Izba Fizjoterapeutów to organy nadzorujące działalność pracowników służby zdrowia. Polska Federacja Związkowa Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej dba o przestrzeganie standardów wykonywania zawodu pracownika socjalnego lub pracownika pomocy społecznej.
- Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej wspólnie z ww. Izbami i Federacją dostarczają informacji i wskazówek dotyczących ogólnych zawodowych obowiązków etycznych, dobrych umiejętności zawodowych i dobrego traktowania pacjentów/klientów oraz uwzględniania ich praw. Organy te mogą podjąć środki i sankcje za nieprawidłowe działania profesjonalistów. Ministerstwa jako organy rządowe nadają kierunek w polityce zdrowotnej i społecznej i mogą ustanawiać standardy realizacji świadczeń drogą rozporządzeń.
- Rzecznik Praw Pacjenta dba, by prawa pacjentów były w należyty sposób przestrzegane przez przychodnie, szpitale, lekarzy i wszystkie placówki, prowadzące działalność leczniczą.

Etyka zawodowa i stres etyczny

- Orientacja na pacjenta/klienta to podstawa etycznych działań.
- Najczęstszymi napotkanymi sytuacjami etycznie trudnymi są doświadczenia nieodpowiedniego leczenia pacjentów.
- Stres etyczny powoduje nierównowagę wymagań pracy i postrzeganych zasobów.
- Pośpiech powoduje, że opieka jest gorsza, niż pozwalałaby na to etyka zawodowa.

- Stres etyczny jest czynnikiem ryzyka wyczerpania zawodowego i popadania w negatywne myślenie, wątpliwości czy cynizm.
- Zagrożenie przemocą w pracy też jest obciążeniem.

Co wiadomo o wpływie pandemii koronawirusa na przemoc wobec osób starszych?

- Wzrost czynników ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie zaobserwowano w usługach pomocy społecznej i zdrowotnej:
 - Wzrosła samotność w opiece domowej i całodobowej, np. w Finlandii wskaźnik z 22% w 2016 wzrósł do 37% w 2021 (Finnish institute for health and welfare, 2021).
 - Zmniejszyła się aktywność fizyczna wśród osób starszych, zwiększyły się problemy ze snem i częstotliwość koszmarów sennych.
- Pogorszyła się sprawność funkcjonalna osób starszych aktywnych zawodowo.
- Negatywne skutki pandemii odczuły zwłaszcza osoby powyżej 80 roku życia.
- Wzrosło zapotrzebowanie na usługi w związku z przemocą i problemami ze zdrowiem psychicznym.
- Ryzyko nadużyć wzrosło również w opiece nieformalnej, jak m.in. miejsca opieki krótkoterminowej.
- Według wstępnych danych liczba przypadków przemocy w rodzinie wzrosła o 12% we wczesnych stadiach pandemii (styczeń–czerwiec 2020 r.). Można zatem założyć, że przemoc wobec osób starszych również wzrosła – w Polsce wzrost ten zaobserwowano na poziomie 6% (Filipska et. al., 2021).
- Ofiary przemocy w rodzinie często szukają pomocy na późniejszym etapie sytuacji przemocy, dlatego zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia może znaleźć odzwierciedlenie w obciążeniu systemu ochrony zdrowia/pomocy społecznej dopiero po miesiącach lub latach.

Etyka zawodowa i przemoc wobec osób starszych

- Konflikt etyczny może być spowodowany, kiedy osoba starsza, która doznała przemocy, może stracić jedyną ukochaną osobę z powodu interwencji. Pracownicy ochrony zdrowia mogą być zmuszeni do podejmowania trudnych decyzji, których konsekwencje należy oceniać w interesie osób starszych.
- Osoby starsze powinny być traktowane jako osoby, które potrafią zadbać o siebie i podejmować decyzje we własnym imieniu. Aby zrozumieć i podejmować świadome decyzje, potrzebują wsparcia i pomocy oraz jak największej ilości informacji o usługach.

- Ważne jest, aby podkreślić poufność w pytaniu o przemoc. Dlatego na przykład narzędzie ©EASI nie zawiera nazwiska pacjenta ani innych informacji pozwalających na identyfikację.
- Jeśli podejrzewa się przemoc, środki zaradcze powinny w jak najmniejszym stopniu ograniczać życie osób starszych.

Przeprowadzanie badań przesiewowych

Ogólne instrukcje dotyczące wywiadów przesiewowych

- Pytania należy zadawać w kolejności, w jakiej są na formularzu do badań – teoretycznie przechodzą one od najdelikatniejszego do bardziej poważnych.
- Zawsze zadawaj pytania na osobności, bez obecności osoby towarzyszącej lub krewnego, w cichym miejscu.
- Nie zaleca się przeprowadzania wywiadu z potencjalnym sprawcą/potencjalną sprawczynią przemocy. Mogą to zrobić później inni profesjonaliści.
- Jako **wstęp do pytania** można powiedzieć pacjentowi na przykład:
 - *Przywiązujemy wagę do dobrego samopoczucia starszych pacjentów. Dlatego chciałbym zapytać o to, czego doświadczają niektórzy starsi ludzie... lub*
 - *Chciałbym Panią/Pana zapytać o rzeczy, które mogą się zdarzyć w życiu starszej osoby. Naszym głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa starszym pacjentom.*
- Warto także dodać, że:
 - *Zadajemy wszystkim pacjentom te same pytania, bo ci, którzy doświadczyli nadużyć, nie zawsze mogą zgłosić to z własnej inicjatywy. Pytając, staramy się, aby było łatwiej to powiedzieć.*
- Spokojne i przyjacielskie pytania i rozmowy pomagają pacjentowi zrelaksować się i opowiedzieć o swojej sytuacji.
- Daj pacjentowi czas na myślenie i odpowiedź; osoby starsze nie przetwarzają pytań i odpowiedzi tak szybko, jak osoby młodsze.
- Daj pacjentowi pozytywną informację zwrotną, gdy skończy odpowiadać:
 - *Dziękuję za odpowiedzi na pytania, chociaż rozumiem, że czasami może być trudno dyskutować o takich sprawach.*
- Jeśli pacjent nie chce odpowiadać na pytania, powiedz mu, że może później powiedzieć każdej zaufanej osobie o swoich ewentualnych obawach.


Informacje nt. Indeksu Podejrzeń Przemocy wobec osób Starszych / Elder Abuse Suspicion Index © (EASI)

Wielu specjalistom trudno jest rozpoznać przemoc, dlatego ważne są możliwości narzędzia wykorzystywanego do identyfikacji sytuacji zagrożenia i przemocy. Narzędzie ©EASI zostało opracowane i przetestowane w Kanadzie w wyniku szeroko zakrojonych prac ewaluacyjnych i opublikowane w 2008 roku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) również przetestowała narzędzie i opublikowała pozytywne wyniki testów w 2018 roku. Powstała również wersja do samooceny dla pacjentów (2012) oraz dostosowana do kontekstu opieki długoterminowej (2018). Stwierdzono, że narzędzie jest łatwe w użyciu i obejmuje ważne formy przemocy wobec osób starszych.

Kwestionariusz EASI został opracowany dla kompetentnych osób starszych, które rozumieją jego pytania. Jednak wiele starszych osób, które doświadczają przemocy i nadużyć, ma trudności poznawcze (zaburzenia pamięci). Ich stan jest zły i są często społecznie odizolowane. Relacja z członkiem rodziny dopuszczającym się przemocy może być skomplikowana, zwłaszcza w przypadkach, gdy osoba starsza jest zależna od opiekuna rodzinnego, który może ją źle traktować. Jeżeli pracownik ochrony zdrowia/inny specjalista zgłasza obawy dotyczące sytuacji osoby starszej lub podejrzewa przemoc, badanie sytuacji należy rozpocząć od oceny możliwości poznawczych osoby starszej.

Odpowiedzi i zgłoszone obawy/wątpliwości

- Pacjentowi zadaje się pierwsze pięć pytań.
- Pytanie 1
„Tak” nie wskazuje na przemoc, ale pokazuje sytuację zależności danej osoby w pewnym aspekcie codziennych czynności.
- Pytania 2 do 5
Każde pytanie zawiera kilka form przemocy w tej samej kategorii.
Jedna odpowiedź „tak” na jakąś formę przemocy w tej samej kategorii daje powód do niepokoju i zwrócenia uwagi na tę sytuację.
Również odpowiedzi „Brak odpowiedzi/Nie mogę powiedzieć” – mogą budzić wątpliwości.
- Pytanie 6
To pytanie adresowane jest do pracownika/specjalisty przeprowadzającego rozmowę. Ocenia sytuację pacjenta na podstawie obserwacji, czy to podczas zadawania pytań, czy w dłuższej



perspektywie spotykań z pacjentem. Odpowiedź „Nie jestem pewien/Nie jestem pewna” może wyrażać wstępny niepokój.

Pytania i ich ocena

▪ Pytanie 1 – Zależność

Czy polegał Pan/polegała Pani na kimś w którejkolwiek z poniższych czynności: kąpiel, ubieranie się, robienie zakupów, załatwianie spraw finansowych lub przygotowywanie posiłków?

- Poruszane tu zagadnienie/problem nie jest pytaniem przesiewowym wskazującym na przemoc, ale pokazuje zależność człowieka od pomocy innych ludzi i potencjalną sytuację ryzyka. Zmniejszona zdolność funkcjonalna i uzależnienie od pomocy innych osób to jeden z głównych czynników ryzyka przemocy.

▪ Pytanie 2 – Zaniedbanie

Czy ktoś uniemożliwił Panu/Pani: dostęp do jedzenia, dostęp do ubrań, zażywanie lub zakup leków, używanie lub zakup okularów, używanie lub zakup aparatu słuchowego, otrzymanie opieki medycznej lub przebywanie z osobami, z którymi chciał Pan/chciała Pani być?

- Pytanie dotyczy sytuacji, w których osoba sprawująca opiekę zaniedbuje swój obowiązek opieki w zaspokajaniu podstawowych potrzeb osoby objętej opieką.
- Odpowiedź „TAK” na jeden lub więcej punktów w pytaniu daje powód do niepokoju.

▪ Pytanie 3 – Przemoc psychiczna/emocjonalna

Czy był Pan/była Pani zdenerwowany/a, ponieważ ktoś rozmawiał z Panem/Panią w sposób, który sprawił, że poczuł/a się Pan/i zawstydzony /zawstydzona lub zagrożony/ zagrożona?

- Przemoc psychiczna/emocjonalna wobec osoby starszej może być groźbą werbalną lub niewerbalną, której celem jest spowodowanie cierpienia psychicznego, niepokoju lub przykrości. Przemoc psychiczna jest najbardziej ukrytą i jednocześnie powszechną formą przemocy.

▪ Pytanie 4 – Nadużycia finansowe

Czy ktoś próbował zmusić Pana/Panią do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Pana/Pani woli?

- Nadużycia finansowe i wyzysk mogą oznaczać defraudację lub wymuszenie pieniędzy, wyzysk i przejęcie pieniędzy lub mienia, domaganie się testamentu lub darowizny poprzez groźby.

- Pytanie 5 – Przemoc fizyczna/seksualna

Czy ktoś sprawił, że się Pan/Pani bała, dotknął Pana/Panią w sposób, którego Pan/i nie chciał/a lub zranił Pana/Panią fizycznie??

- Przemoc fizyczna zwykle powoduje siniaki, skaleczenia i kontuzje.
- Przemoc seksualna jest najmniej rozpoznawana i badana w populacji osób starszych; większość ofiar to kobiety.

- Pytanie 6 – Obserwacje

Ocena lekarza/personelu:

Znęcanie się nad osobami starszymi może wiązać się z oznakami takimi jak: słaby kontakt wzrokowy, wycofana postawa, niedożywienie, problemy z higieną, skaleczenia, siniaki, nieodpowiednia odzież lub problemy z przestrzeganiem zaleceń lekarskich (np. dotyczących zażywania leków).

Czy zauważył Pan/zauważyła Pani któreś z ww. oznak dzisiaj lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy??

Jeśli odpowiedzi wzbudzą podejrzenia

- Poinformuj pacjenta o swojej ocenie z podaniem powodów/przyczyn.
- Omów z nim/nią możliwości otrzymania wsparcia. Możesz zasugerować skontaktowanie się z pomocą społeczną, aby ocenili dogłębnie potrzebę wsparcia (i możesz zgłosić im swoje obawy). Przedyskutuj różne możliwości uzyskania pomocy i zasugeruj pacjentowi/pacjentce odpowiednie leczenie uzupełniające w oparciu o Twoją ocenę.
- Zgłoszenie zidentyfikowanych przypadków przemocy to obowiązek społeczny wynikający z art. 304. – Kodeks postępowania karnego (D z.U.2021.534 tj.)
- Prawo pacjenta zdolnego do podejmowania decyzji (pacjent kompetentny) do samostanowienia powinno być respektowane. Jeśli pacjent sprzeciwia się interwencji i rozumie skutki swojej decyzji dla swojej sytuacji (np. ryzyko ponownego wystąpienia przemocy), ma prawo powrócić do przemocowego środowiska. Jednak nawet w takich przypadkach pracownik powinien ocenić bezpieczeństwo pacjenta i przedyskutować to z pacjentem.
- Dobrą praktyką jest udzielanie pacjentowi porady, co zrobić, gdy przewiduje zagrożenie przemocą lub jak się chronić w przypadku zagrożenia i przemocy (Plan bezpieczeństwa, Lista instytucji zapewniających wsparcie).

- Jeśli jednak sytuacja zagraża bezpośrednio fizycznemu bezpieczeństwu pacjenta lub jeśli dana osoba znajduje się w bezpośrednim niebezpieczeństwie utraty życia, należy natychmiast skierować ją na leczenie i/lub zapewnić bezpieczeństwo. W takim wypadku należy skontaktować się z Policją lub służbami kryzysowymi (ośrodkiem interwencji kryzysowej).
- Warto zadzwonić na Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w rodzinie “Niebieska Linia” dostępne pod numerem 801-12-00-02

Obowiązek służb ochrony zdrowia/pomocy społecznej zgłaszania przypadków przemocy

- Obowiązujące w Polsce przepisy ustanawiają nakaz zawiadamiania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa – w szczególności, jeżeli podejrzenie to powstało w trakcie wykonywania obowiązków służbowych lub zawodowych albo wiąże się z działalnością instytucji państwowej lub samorządowej (Art. 304 – Kpk.; Art. 9d. ust. 1. Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)
 - „Podejmowanie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty” i nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie.” (Art. 9d. ust. 1. Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)
 - „Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. (Art. 9d. ust. 2. Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)

Prawo do poinformowania policji o zagrożeniu życia i zdrowia

- Tajemnica lekarska uregulowana w art. 40 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie ma charakteru bezwzględnego. Przepisu nie stosuje się, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Informacje ujawniamy z należytą ostrożnością i podajemy tylko niezbędne dane – takie, które mogą zapobiec narażeniu na utratę życia lub zdrowia.
- Polecamy także publikację: Kluczyńska S., Wrona G. Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia,
<https://duw.pl/download/1/15406/PrzewodnikLekarzureagujnaprzemoc.pdf>

Obowiązek zgłoszenia, gdy profesjonalista ma powody podejrzewać, że komuś grozi poważne niebezpieczeństwo

- Każdy – w tym pracownik służby zdrowia – ma obowiązek zgłosić sprawę do Ośrodka Pomocy Społecznej lub na Policję, jeśli wie, że planuje się gwałt, morderstwo, zabójstwo, napad, rabunek lub poważne zagrożenie dla życia i zdrowia. Przepisy o poufności nie zwalniają z tego obowiązku.
- Zgodnie z art 244 § 1 a Kodeksu postępowania karnego – Policja ma prawo zatrzymać osobę podejrzaną, jeżeli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że popełniła ona przestępstwo z użyciem przemocy na szkodę osoby wspólnie zamieszkującej, a zachodzi **obawa, iż ponownie popełni przestępstwo z użyciem przemocy wobec tej osoby, zwłaszcza gdy popełnieniem takiego przestępstwa grozi.**

Gdy zachodzi podejrzenie, że zdolność osoby do podejmowania decyzji jest zmniejszona

- Jeżeli nie można uzyskać zgody na kontakt z organem pomocy społecznej, a dana osoba jest ewidentnie niezdolna do samodzielnego zaspokajania swoich potrzeb, dbania o siebie, o własne zdrowie lub bezpieczeństwo, pracownik musi niezwłocznie poinformować o tym lokalny Ośrodek Pomocy Społecznej.
- Osoba starsza oznacza osobę, której funkcje fizyczne, poznawcze, umysłowe lub społeczne uległy pogorszeniu z powodu chorób lub urazów, które rozpoczęły się, nasiliły lub pogorszyły z wiekiem, lub z powodu podupadania na zdrowiu i sile związanych z wiekiem. W Polsce za osobę starszą uważa się osoby w wieku 60 lat i więcej (Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz. U. 2015 poz. 1705)

Prawa bliskich krewnych/prawa rodziny

- Jeżeli pacjent nie może podjąć decyzji o leczeniu z powodu zaburzenia psychicznego, upośledzenia rozwojowego lub z innego powodu, należy uzyskać zgodę jego przedstawiciela ustawowego, najbliższego krewnego lub innego bliskiego krewnego na przeprowadzenie ważnej procedury leczenia.
- Przedstawiciele ustawowi, najbliżsi krewni lub inne bliskie osoby nie mają prawa zabronić niezbędnego leczenia koniecznego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

Pilotaż narzędzi do badań przesiewowych wykrywających potencjalne nadużycia wobec osób starszych w Szpitalu Geriatrycznym im. Jana Pawła II w Katowicach

Służby uczestniczące w pilotażu

- lekarze
- pielęgniarki
- fizjoterapeuci
- opiekunki
- pracownicy recepcji i rejestracji

Grupa docelowa pilotażu

- Pytania z formularza zadawane były pacjentom powyżej 65 roku życia potrafiącym rzetelnie odpowiedzieć na pytania (przewidywane dla osób sprawnych poznawczo).

Cel systematycznego korzystania z formularza przesiewowego

- Pracownicy zawodowi zdobywają doświadczenie w korzystaniu z narzędzia przesiewowego w ramach swojej pracy zawodowej
- Systematyczne zadawanie pytań ma na celu zrozumienie przemocy wobec osób starszych z perspektywy osób starszych:
 - Jak akceptowalne jest pytanie?
 - Jakie przeszkody i trudności napotykają osoby starsze w opowiadaniu o nadużyciach?
 - Jak inicjatywa pracownika w pytaniu wspiera zgłaszanie przemocy?

Formularze do pilotażu

- Formularz „Zgoda na badanie przesiewowe” (załącznik 1)
 - celem pisemnej zgody jest upewnienie się, że pacjent/klient jest świadomy tematu, którego dotyczą pytania i dlaczego są one zadawane wszystkim,
 - zapewnienie, że odpowiedź jest dobrowolna,
 - zapewnienie pacjenta/klienta, że odmowa jest szanowana i że w żaden sposób nie wpływa na leczenie.

- formularz pomaga również pracownikowi pamiętać o ważnych rzeczach: cel przesłuchania, poufne i anonimowe przetwarzanie danych, wszelkie bezpośrednie cytaty użyte w zgłoszeniu z wypowiedzi pacjenta/klienta, niezidentyfikowane
- ta faza może zająć trochę czasu, ale jednocześnie dostarczyć informacji o nadużyciach.
- Indeks Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych © (EASI) – formularz (Załącznik 2) oraz HWALEK-SENGSTOCK Test Przesiewowy dot. Przemocy wobec Osób Starszych (H-S/EAST) (Załącznik 3)
 - Pytania zadawane są w normalnym procesie rozmowy, a jednocześnie ewentualnie wyjaśniają na przykładach, co mogą oznaczać różne formy przemocy.
- Doświadczenia pacjenta po badaniu (Załącznik 4)
 - Niewiele wiadomo o doświadczeniach osób starszych w pytaniu o przemoc, ponieważ prawie nikt ich o to nie pytał.
 - Jednym z kryteriów badania przesiewowego jest zatwierdzenie narzędzia przesiewowego przez grupę docelową; w związku z tym warto pytać również o odczucia pacjenta/klienta dotyczące poszczególnych pytań.
 - Odpowiedzi mogą stanowić wskazówkę do opracowania bardziej akceptowalnych pytań w danym narzędziu
- Formularz „Informacje z badania” (Załącznik 5)
 - Nie jest to formularz wywiadu. Informacje wypełnia pracownik na podstawie danych pacjenta biorącego udział w badaniu przesiewowym.
- Doświadczenia specjalistów w prowadzeniu badań przesiewowych dotyczących przemocy (Załącznik 6)
 - Zebranie doświadczeń pracowników pomaga w tworzeniu szkoleń, jak pytać o przemoc, a także przy opracowywaniu wytycznych dotyczących korzystania z narzędzia.

Uzyskiwanie zgody na badanie dotyczące przemocy

- Przed zwróceniem się z prośbą o zgodę, osoba jest informowana o celu pytań:
 - pytanie wszystkich (starszych) pacjentów/klientów w wieku 65 lat i starszych o ich doświadczenia związane z bezpieczeństwem i możliwymi nadużyciami,
 - zebranie informacji o przemocy, a także informowanie, gdzie można uzyskać wsparcie i pomoc,
 - zachęcenie osób, które doświadczyły nadużycia, do zgłoszenia swojej sytuacji,

- przedstawienie pytań z kwestionariusza.
- Należy podkreślić, że udział w badaniu jest dobrowolny – osoba może zgodzić się na rozmowę, zgodzić się, ale w innym terminie lub może odmówić odpowiadania na pytania

Jeśli pacjent wyrazi zgodę na udział w badaniu, wypełnijcie wspólnie formularz zgody

- czas kontaktu lub umówionego spotkania może być również odnotowany w formularzu zgody (follow-up)
- ważne jest, aby poinformować osobę, że odpowiedź na kontakt po badaniu jest również dobrowolna

Jeśli pacjent odmówi udziału w badaniu


- należy odpowiednio wypełnić formularz informacyjny

Pacjent/klient ma również **prawo do zaprzestania odpowiadania** na pytania

- Postaraj się dopytać o ich odczucia w odpowiadaniu na pytania w tym kontekście oraz o możliwe przyczyny zawieszenia zgody.
- Jeśli martwisz się o jego/jej sytuację, powiedz mu/jej to i uzasadnij.
- Opowiedz o możliwościach otrzymania wsparcia
- Zapytaj natychmiast po wypełnieniu formularza EASI/HS East o doświadczenia pacjenta związane z odpowiadaniem na pytania o nadużycia

Zbieranie danych

- Pracownik prosi o zgodę na zadawanie pytań wszystkich pacjentów/klientów w wieku 65 lat i starszych, które spotyka na dyżurze w uzgodnionym terminie/przedziale czasowym (Załącznik 1).
- Dane osobowe pacjentów/klientów nie są rejestrowane na formularzach.
- W przypadku, gdy pacjenci/klienci nie wyrażają zgody na udzielenie odpowiedzi do formularza Informacji ogólnych z badania (Zał. 5), wypełniamy tylko znane nam informacje.
- Jeśli nie ma możliwości umówienia się na indywidualną rozmowę, prosimy o wypełnienie formularza Informacji ogólnych z odpowiednią adnotacją.

- 
- Jeśli podczas przesłuchania odniesiesz wrażenie, że pacjent/klient nie jest w stanie zrozumieć pytań i udzielić wiarygodnych odpowiedzi, przestań zadawać pytania i odpowiednio wypełnij formularz Informacji z badania.
 - Wszyscy pacjenci/klienci, którym zadano pytania, powinni zostać zapytani o ich doświadczenia związane z zadawaniem pytań (Załącznik 4).
 - Jeśli pacjent/klient przestanie odpowiadać, zapytaj (jeśli to możliwe) o jego odczucia (Załącznik 4) i wypełnij formularz informacji z badania, jeśli dotyczy (załącznik 5)
 - Wszystkie formularze (wypełnione i nie wypełnione) są dostarczane do uzgodnionych osób kontaktowych w miejscu pracy.
 - Formularze nie są przechowywane, ale są przekazywane do zanonimizowanej analizy kierownikowi projektu SAVE.



Załączniki

1. Formularz zgody na udział w badaniu przesiewowym
2. Indeks Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych © (EASI) – formularz
3. HWALEK-SENGSTOCK Test Przesiewowy dot. Przemocy wobec Osób Starszych (H-S/EAST)
4. Doświadczenie osoby biorącej udział w wywiadzie dotyczącym potencjalnych nadużyć
5. Formularz informacyjny z badania
6. Doświadczenia specjalistów z prowadzenia badań przesiewowych dotyczących przemocy

Załącznik 1. Formularz zgody na udział w badaniu przesiewowym

Badanie przesiewowe prowadzone jest w ramach projektu „.....”.
Wywiad / Ankieta przeprowadzany/a jest wśród wszystkich osób/pacjentów w wieku od lat
w okresie od do

Swoim podpisem potwierdzam, że:

1. Badanie zostało mi opisane w taki sposób, że rozumiem jego cel.
2. Otrzymałem/łam odpowiedź na wszystkie moje pytania dotyczące badania.
3. Wiem, że mam prawo odmówić wzięcia udziału w wywiadzie/ankiecie.
4. Moja odmowa udziału w badaniu nie ma żadnego wpływu na moje leczenie.
5. Poinformowano mnie, że wszelkie informacje, które przekażę podczas badania, będą traktowane jako poufne: moje imię i nazwisko ani żadna inna informacja, która mnie identyfikuje, nie zostanie wykorzystana w podsumowaniu badań.
6. Zgadzam się, aby moje słowa zostały użyte w formie cytatów w raporcie końcowym. W takim przypadku nie zostaną podane żadne informacje, które mogłyby mnie zidentyfikować.

Zapoznałem się powyższym formularzem i rozumiem jego treść.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu przesiewowym.

| IMIĘ I NAZWISKO (drukowanymi literami) | PODPIS | DATA |
|---|--------|------|
| | | |

Zgadzam się, aby moje słowa zostały użyte jako cytaty w raporcie końcowym bez możliwości zidentyfikowania mojej osoby.

TAK

NIE

Zgadzam się na późniejszy kontakt ze mną w razie potrzeby.

TAK, moje dane kontaktowe: _____

NIE

Osoba przyjmująca zgodę


Omówiłem/łam badanie z ww. osobą w taki sposób, aby zrozumiała jego cel. Uważam, że ww. osoba zrozumiała/a, co powiedziałem/łam i zgadza się na udział w badaniu.

| IMIĘ I NAZWISKO | STANOWISKO | PODPIS | DATA |
|--------------------|------------|--------|------|
| | | | |

Załącznik 2. Indeks Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych © (EASI) – formularz

| WSKAŹNIK/ INDEKS PODEJRZEŃ PRZEMOCY wobec OSÓB STARSZYCH ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI) | | | |
|--|-----|-----|--|
| Pytania 1-5 skierowane są do pacjenta, na pytanie 6 odpowiada lekarz/personel medyczny | | | |
| W ciągu ostatnich 12 miesięcy... | | | |
| 1) Czy polegał Pan/polegała Pani na kimś w którejkolwiek z poniższych czynności: <ul style="list-style-type: none"> ● kąpiel, ● ubieranie się, ● robienie zakupów, ● załatwianie spraw finansowych lub ● przygotowywanie posiłków? | TAK | NIE | Brak odpowiedzi |
| 2) Czy ktoś uniemożliwił Panu/Pani: <ul style="list-style-type: none"> ● dostęp do jedzenia, ● dostęp do ubrań, ● zażywanie lub zakup leków, ● używanie lub zakup okularów, ● używanie lub zakup aparatu słuchowego, ● otrzymanie opieki medycznej lub uniemożliwił Panu/Pani ● przebywanie z osobami, z którymi chciał Pan/chciała Pani być? | TAK | NIE | Brak odpowiedzi |
| 3) Czy był Pan/była Pani zdenerwowany/a, ponieważ ktoś rozmawiał z Panem/Panią w sposób, który sprawił, że poczuł/a się Pan/i zawstydzony /zawstydzona lub zagrożony/ zagrożona? | TAK | NIE | Brak odpowiedzi |
| 4) Czy ktoś próbował zmusić Pana/Panią do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Pana/Pani woli? | TAK | NIE | Brak odpowiedzi |
| 5) Czy ktoś sprawił, że się Pan/Pani bała, dotknął Pana/Panią w sposób, którego Pan/i nie chciał/a lub zranił Pana/Panią fizycznie? | TAK | NIE | Brak odpowiedzi |
| 6) DO LEKARZA/PERSONELU: Znęcanie się nad osobami starszymi <u>może</u> wiązać się z oznakami takimi jak: słaby kontakt wzrokowy, wycofana postawa, niedożywienie, problemy z higieną, skaleczenia, siniaki, nieodpowiednia odzież lub problemy z przestrzeganiem zaleceń lekarskich (np. dotyczących zażywania leków). Czy zauważył Pan/zauważyła Pani któreś z ww. oznak dzisiaj lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy? | TAK | NIE | Nie jestem pewny / Nie jestem pewna |

Kwestionariusz EASI został opracowany*, aby wzbudzić u lekarza podejrzenie stosowania przemocy wobec osoby starszej do poziomu, na którym rozsądne może być zaproponowanie skierowania do dalszej oceny przez instytucje pomocy społecznej, zespoły interdyscyplinarne, ośrodki interwencyjne, policję (dzielnicowych) lub równoważne podmioty.



Chociaż należy zadać wszystkie sześć pytań, odpowiedź „tak” na jedno lub więcej pytań 2-6 może wzbudzić obawy. Kwestionariusz EASI został zatwierdzony* do stosowania przez lekarzy rodzinnych wobec sprawnych poznawczo seniorów przyjmowanych w warunkach ambulatoryjnych.

Szczegółowe informacje o mocnych stronach i ograniczeniach narzędzia EASI© oraz inne wersje językowe dostępne są na stronie: www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder

* Mark J. Yaffe MD MCISc, Christina Wolfson PhD, Maxine Lithwick MSW & Deborah Weiss
MSc (2008) Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse:
The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©, Journal of Elder Abuse & Neglect, 20:3, 276-
300, DOI: 10.1080/08946560801973168

Mark J. Yaffe, MD McGill University, Montreal, Canada mark.yaffe@mcgill.ca

Maxine Lithwick, MSW CSSS Cavendish, Montreal, Canada maxine.lithwick.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Christina Wolfson, PhD McGill University, Montreal, Canada christina.wolfson@mcgill.ca

Tłumaczenie z języka angielskiego na język polski: Ewa Rogalska, Monika Daab, PCG Polska Sp. z o. o.
pcgpolska@pcgpolska.pl w ramach projektu SAVE: Screening for Abuse Victims among the Elderly
<https://projectsave.eu> dofinansowanego w ramach Programu Unii Europejskiej Erasmus +.

Załącznik 3. HWALEK-SENGSTOCK Test Przesiewowy dot. Przemocy wobec Osób Starszych (H-S/EAST)


HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST)

Przeznaczenie: Kwestionariusz przesiewowy przydatny dla świadczeniodawców zainteresowanych identyfikacją osób o wysokim ryzyku potrzeby usług pomocowych/ochronnych.

Instrukcje: Przeczytaj pytania i wpisz odpowiedzi. Odpowiedź „nie” na pytania 1, 6, 12 i 14; odpowiedź „ktoś inny” na pytanie 4 oraz odpowiedź „tak” na wszystkie inne pytania jest punktowana w kierunku identyfikacji potencjalnego „nadużycia” lub „zjawiska przemocy”. **UWAGA:** Kolory pól mają na celu jedynie usprawnić osobie oceniającej mapowanie odpowiedzi. **Do wypełnienia należy przekazywać wyłącznie kwestionariusz bez zakolorowanych pól.**

| | | |
|--|----------|-----------|
| 1. Czy ma Pan/i kogoś, kto spędza z Panem/Panią czas, zabierając na zakupy lub do lekarza? | TAK | NIE |
| 2. Czy wspiera Pan/i kogoś ze swoich bliskich (finansowo, rzeczowo, świadcząc opiekę, itp.)? | TAK | NIE |
| 3. Czy często jest Pan/i smutny/smutna lub samotny/samotna? | TAK | NIE |
| 4. Kto podejmuje decyzje dotyczące Pana/Pani życia — na przykład, jak powinien Pan/powinna Pani żyć lub gdzie powinien Pan/powinna Pani mieszkać? | Ja sam/a | Ktoś inny |
| 5. Czy czuje się Pan/i niekomfortowo w obecności kogoś z Pana/Pani rodziny? | TAK | NIE |
| 6. Czy może Pan/i brać swoje leki i poruszać się samodzielnie? | TAK | NIE |
| 7. Czy czuje Pan/i, że nikt nie chce z Panem/Panią przebywać? | TAK | NIE |
| 8. Czy ktoś z Pana/Pani rodziny dużo pije (alkoholu)? | TAK | NIE |
| 9. Czy ktoś z Pana/Pani rodziny zmusza Pana/Panią do pozostawania w łóżku lub mówi Panu/Pani, że jest Pan/i chory/chora, kiedy Pan/i wie, że tak nie jest? | TAK | NIE |
| 10. Czy ktoś zmuszał Pana/Panią do zrobienia czegoś, czego nie chciał/a Pan/i robić? | TAK | NIE |
| 11. Czy ktokolwiek zabierał Pana/Pani rzeczy bez pozwolenia? | TAK | NIE |
| 12. Czy ufa Pan/Pani większości członków swojej rodziny? | TAK | NIE |
| 13. Czy ktoś Panu/Pani mówi, że sprawia mu Pan/i zbyt wiele kłopotów? | TAK | NIE |
| 14. Czy ma Pan/i wystarczająco dużo prywatności w domu? | TAK | NIE |
| 15. Czy ktoś z Pana/Pani bliskich próbował Pana/Panią ostatnio skrzywdzić lub sprawić Panu/Pani przykrość? | TAK | NIE |

Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 417-429.



Uwaga: H/S EAST nie został w pełni przetestowany, szczególnie pod kątem stosowania w warunkach klinicznych. W związku z tym jego skuteczność i ograniczenia jego stosowania nadal nie są w pełni znane. Dlatego autorzy zalecają stosowanie go tylko w połączeniu z własnym bezpośrednim nadzorem. Profesjoniści, którzy chcą korzystać z H/S EAST, są zachęceni do dzielenia się wszelkimi opublikowanymi publikacjami, które wykorzystują dane dotyczące H-S-EAST, aby inni mogli się uczyć. Zainteresowane strony mogą skontaktować się z wydawcą w celu uzyskania dalszych informacji: Melanie Hwalek, SPEC Associates, Ford Building, 615 Griswold, Suite 1505, Detroit, MI 48226; lub telefonicznie 313-964-0500 lub przez email: mhwalek@specassociates.org.

Ta praca jest objęta licencją Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0.

Kopia licencji: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. Autor: SPEC Associates.

Tłumaczenie z języka angielskiego na język polski: Ewa Rogalska, Monika Daab, PCG Polska Sp. z o.o. pcgpolska@pcgpolska.pl w ramach projektu SAVE: Screening for Abuse Victims among the Elderly <https://projectsave.eu> dofinansowanego w ramach Programu Unii Europejskiej Erasmus +.

Załącznik 4. Doświadczenie osoby biorącej udział w wywiadzie dotyczącym potencjalnych nadużyć

1. Jaki czuł/a się Pan/i podczas pytania o możliwe przypadki przemocy? Dosłowna odpowiedź osoby badanej jej słowami:

| | Istotne / ważne | Nieistotne | Trudno powiedzieć |
|--|--------------------|------------|----------------------|
| 2. Jak ważne w Pana/Pani opinii jest pytanie osób 65+ o ewentualne przypadki przemocy? | | | |

Dosłowna odpowiedź osoby badanej jej słowami:

| | Nie | Tak | Trudno powiedzieć |
|---|-----|-----|-------------------|
| 3. Czy uważa Pan/i, że powinniśmy pytać wszystkie osoby 65+ o możliwe nadużycia? | | | |

Dosłowna odpowiedź osoby badanej jej słowami:

4. Jak doświadczył/a Pan/i okresu pandemii? (Niepewność, strach, samotność, brak efektu?)


Dosłowna odpowiedź osoby badanej jej słowami:

Inne informacje zwrotne od pacjenta/osoby badanej:

Załącznik 5. Formularz informacyjny z badania

**Informacje ogólne, które należy zapisać dla wszystkich pacjentów/osób w wieku 65 lat lub starszych
(zarówno dla tych, którzy odmówili jak i dla tych, którzy zgodzili się na udział w badaniu)**

| | |
|---|---|
| Miejsce wypełnienia formularza | <input type="checkbox"/> Szpital / Izba przyjęć <input type="checkbox"/> POZ <input type="checkbox"/> Fizjoterapia / Rehabilitacja <input type="checkbox"/> Dom Opieki <input type="checkbox"/> Dzienny Dom Opieki Medycznej <input type="checkbox"/> Pracownik socjalny <input type="checkbox"/> SOR <input type="checkbox"/> Inne miejsce: |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Inna |
| Wiek | <input type="checkbox"/> 65-74 <input type="checkbox"/> 75-84 <input type="checkbox"/> 85+ |
| Czy dana osoba była sama czy z krewnym/opiekunem podczas badania przesiewowego? | <input type="checkbox"/> w obecności krewnego lub opiekuna <input type="checkbox"/> w odosobnieniu, w otoczeniu zapewniającym prywatność |
| Zamieszkiwanie | <input type="checkbox"/> Samodzielne <input type="checkbox"/> Z partnerem/mężem lub żoną <input type="checkbox"/> Zamieszkuje z kimś innym. Z kim? |
| Rozpoznane urazy/objawy | <input type="checkbox"/> Urazy fizyczne. Jakie? <input type="checkbox"/> Oznaki psychologiczne. Jakiego rodzaju? <input type="checkbox"/> Oznaki behawioralne (np. pobudzenie). Jakie? |
| Opieka kontrolna (Gdzie skierowaliśmy pacjenta po badaniu przesiewowym) | |
| Osoba odmówiła udziału w badaniu | Powody: |
| Osoba odmówiła wywiadu /badania kontrolnego | Powody: |



| | |
|-------------------------------------|--|
| Nie było możliwości zadawania pytań | Powody (na przykład osoba była zbyt zmęczona): |
|-------------------------------------|--|

Załącznik 6. Doświadczenia specjalistów z prowadzenia badań przesiewowych dotyczących przemocy

Zawód: _____

1. Które pytania było najłatwiej zadać pacjentowi? Dlaczego?
2. Które pytania było najtrudniej zadać? Dlaczego?
3. Ile czasu zajęło zadawanie pytań formularzem EASI (minuty)?
4. Jakie wrażenie wywoływało na Pani/Panu zadawanie pytań o nadużycia? Co było najtrudniejsze a co najłatwiejsze?
5. W jaki sposób szkolenie przygotowało Pana/Panią do zadawania tych pytań?
6. Jakie zmiany chciałby/łaby Pan/Pani zaproponować w szkoleniu?
7. Jakie zmiany chciałby/łaby Pan/Pani zaproponować w pilotażu badań przesiewowych?
8. Inne informacje zwrotne po wykorzystaniu formularza EASI (np. na ile jest on odpowiedni w Pana/Pani pracy)

Źródła

Dong X., Simon M. (2013) Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons, *JAMA Intern Med.* 2013;173(10):911-917. doi:10.1001/jamainternmed.2013.238

Dong X.Q. et al. (2011) Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing, *Gerontology*, 2011; 57(6): 549–558, doi: 10.1159/000321881

Dong X. et al. (2009) Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population, *JAMA*, Volume 302, Issue 5:517-526, American Medical Association.

Filipska, K.; Biercewicz, M.; Wiśniewski, A.; Kędziora-Kornatowska, K.; Ślusarz, R. (2019) “Prevalence of elder abuse and neglect: Screening in Poland families”. *Eur. Geriatr. Med.* 2019, 10, 817–825.

Filipska, K.; Biercewicz, M.; Wiśniewski, A.; Jabłońska, R.; Królikowska, A.; Głowczewska-Siedlecka, E.; Kędziora-Kornatowska, K.; Ślusarz, R. (2021) “High Rate of Elder Abuse in the Time of COVID-19—A Cross Sectional Study of Geriatric and Neurology Clinic Patients.” *J. Clin. Med.* 2021, 10, 4532. <https://doi.org/10.3390/jcm10194532>

Finnish institute for health and welfare (2021) Well-being in elderly care during coronavirus.


Fundinho, F., Machado, M., Petronilho, F. and Ferreira-Alves, J. (2021) What we know about screening older adults for mistreatment: results from the SAVE Project literature review, <https://www.projectsav.eu/documents/>

GUS 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2020-roku,2,3.html>

Kluczyńska S., Wrona G. Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia, <https://duw.pl/download/1/15406/PrzewodnikLekarzureagujnaprzemoc.pdf>

Koistinen I. and Holma J., 2015. Finnish Health Care Professionals' Views of Patients Who Experience Family Violence. *SAGE Open* January-March 2015: 1–10. doi: 10.1177/2158244015570392

Lachs et al. (2002) Adult Protective Service Use and Nursing Home Placement, *The Gerontologist*, Volume 42, Issue 6, 1 December 2002, Pages 734–739, <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.734>



Lachs M. S. et al. (2018) Improving Quality of Care in Hospitals for Victims of Elder Mistreatment: Development of the Vulnerable Elder Protection Team, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 44, Issue 3, March 2018, Pages 164-171, doi:10.1016/j.jcjq.2017.08.010

Mechanic D. (1999) The changing elderly population and future health care needs, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 76, nr 1

Mouton C.P, (2003) Intimate Partner Violence and Health Status among Older Women, Volume: 9 issue: 12, page(s): 1465-1477, doi.org/10.1177/1077801203259238

Rada Europy (2014) Promocja praw osób starszych, <https://rm.coe.int/1680695bce>

Rada Europy (1996) Europejska Karta Społeczna <https://rm.coe.int/168007cf93>

Rada Europy (1953) Europejska Konwencja Praw Człowieka, https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012), Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044

Schofield M.J. et al. (2013) Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation, Volume 61, Issue 5, May 2013, pages 679-685, doi.org/10.1111/jgs.12212

Siltala H. (2021) Family violence as a public health problem: Effects and costs in Finnish health care. University of Jyväskylä. JYU Dissertations.

WHO (2021) World failing to address dementia challenge. World failing to address dementia challenge, <https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

WHO (2017) Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected, <https://www.who.int/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>

WHO (2021) Elder abuse key facts, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Yon, Y. et al. (2017) Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Global Health*, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2



United Nations, The Universal Declaration of Human Rights (1948)

<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations, Principles for Older Persons (1991)

<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx>

