

Lilijana Šprah

VPOGLED V DELO DRUGEGA JE ZA MARSIKOGA KOT VPOGLED V NOVO VESOLJE

Doc. dr. Lilijana Šprah je univerzitetna diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka z Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU. Je vodja projekta »Prepoznavna in obravnava nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce«. Projekt, ki ga je podprl program Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014, postaja tudi v mednarodnem kontekstu prepoznani primer boljše prakse. V marsičem je presegel zastavljene vsebinske in kvantitativne cilje ter predvidene družbene učinke. Predvsem pa je zapolnil vrzel na področju ozaveščanja in izobraževanja zaposlenih v zdravstvu o prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini. Ključni cilji projekta so bili uveljavitev zakonskih določil o preprečevanju nasilja v družini ter pravilnikov na področju zdravstvene dejavnosti in medinstitucionalnega sodelovanja, seznanitev zdravstvenih delavcev s strokovnimi usmeritvami obravnave nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, povečanje strokovnih in komunikacijskih kompetenc zdravstvenega osebja za prepoznavanje in obrnavo žrtev nasilja v družini in za delo z ranljivimi skupinami.



Projekt je bil izrazito multidisciplinaren. V ožje projektno jedro so bile vključene tudi socialne delavke iz Centra za socialno delo Maribor. Poleg njih so sodelovali še: Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti (nosilec projekta), Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod Emma (Center za pomoč žrtvam nasilja) in *St. Olavs University Hospital* (Brøsetski center za raziskovanje in izobraževanje na področju forenzične psihiatrije).

Sprašuje: Jana Šimenc

Konec maja 2016 je in bližata se zaključna konferenca in konec projekta, čas za refleksijo o izvedenih aktivnostih in oceni širših družbenih razsežnosti projekta. Kakšni so prvi, sveži vtisi?

Presegli smo pričakovanja. Prejeli smo številne odzive, večinoma pozitivne. Prav zaradi številnih odzivov in pobud iz naših ciljnih skupin smo presegli marsikatero prvotno načrte, od števila izdelkov, gradiv, vsebin do števila organiziranih dogodkov. Kolikor je bilo le mogoče, smo pobude na razne načine, tudi v obliki e-vsebin, v novičniku, na izobraževanjih in dogodkih, vključevali v izobraževalno platformo.

V projektih aktivnostih so se sicer potrdile raziskovalni sfere že znane ugotovitve o vsenavzočnosti nasilja v družini – in tudi zdravstveno osebje ni varno pred njim. Če pogledamo širše, v zdravstveni dejavnosti vedno bolj prevladujejo ženske. In če splošne statistike preslikamo na zdravstveni sektor, je v njem okoli 20–30 % oseb z izkušnjo nasilja v družini. Na dogodkih, ki smo jih izvajali med projektom, od izobraževanj in strokovnih predstavitev projekta do medijskih dogodkov, so se nam prek razpoložljivih komunikacijskih poti odzivala osebe, ki so prepoznale, da so žrtve nasilja v družini. K projektne ekipi so se obračale med odmori, po končanih dogodkih.

Tudi prek evalvacijskih listov, na katerih smo lahko brali osebne zgodbe, ali pa spletnega obrazca za kontakt, ki ga imamo na spletni strani projekta. Po izobraževanjih smo na primer prejeli več odzivov, ne toliko povpraševanj po informacijah kot osebnih izpovedi udeleženk o nasilju v družini. Zanimivo je, glede na moje izkušnje, da so nam zgodbe zaupale predvsem zdravnice. Ponosna sem, da smo nekaterim zelo konkretno pomagali in jih podprli pri prvih korakih ali razmisleku o odhodu iz nasilnega odnosa.

V tem kontekstu bi poudarila, da se zdravstvenim delavcem in delavkam zakonsko nalaga, da ukrepajo v primerih nasilja v družini, in pri tem se lahko znajdejo v precej nezavidljivi situaciji. Na eni strani imamo torej strokovnjake in strokovnjakinje, ki so žrtve nasilja v lastni družini, po drugi strani pa morajo v skladu z zakonskimi pooblastili in določbami tudi pomagati drugim. Toda če si v hudi osebni stiski in moraš pomagati drugim v sorodnih situacijah, je verjetno vprašanje, kako učinkovit si lahko. Zato se je porodila tudi ideja za vzpostavitev psihosocialne podpore zaposlenim v zdravstvu iz izkušnje nasilja v družini, mogoče v sklopu kakšnega novega projekta.

Zdravstveno osebje je, ne samo pri nas, ampak tudi v mednarodnem kontekstu prepoznano kot ključni manjkajoči in premalo aktiven člen v multidisciplinarnem kontekstu prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini. Projekt je zapolnil globoko vrzel na področju izobraževanja zdravstvenega osebja in tudi drugih zaposlenih v zdravstvenovarstvenih zavodih ...

Res je, zadovoljni smo, da smo uspešno zapolnili vrzel na področju usposabljanja zdravstvenega osebja pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini. Vse do leta 2015 zdravstveno osebje ni imelo niti strokovnih smernic, potrjene in sprejete so bile šele aprila 2015. In to je bil prvi korak k izpolnjevanju zakonskih določil in k sistematičnemu pristopu k obvladovanju nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti. Še vedno pa so jim manjkale določene spretnosti, znanja in izobraževalne vsebine. Zdravstveno osebje je imelo in še ima zelo slabo in pomanjkljivo usposabljanje na področju nasilja v družini v sklopu dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja. Z izjemo posameznih iniciativ in strokovnih izobraževanj – izrazite je v sklopu pediatrije, družinske medicine, ginekologije in zdravstvene nege, v okviru tega patronažne službe ter ponekod drugod – sta bili izobraževanje in iskanje informacij večinoma prepuščeni lastni iznajdljivosti, odvisno torej predvsem od angažmaja posameznika in posameznice. Tematika nasilja v družini je absolutno premalo zastopana v študijskih programih, pa ne zgolj medicinskih in zdravstvenih ved, ampak tudi v sklopu drugih študijskih programov: psihologije, sociologije, socialnega varstva in drugod. Vsi ti poklici se namreč lahko znajdejo tudi kot zaposleni v zdravstvenem sektorju.

To je eden od razlogov, da je bil projekt usmerjen v izobraževanje celotnega zdravstvenega sektorja in ne le ozko medicinskega in zdravstvenega kadra. Izobraževanja so bila odprta za vse zaposlene v tem sektorju. Znano je, da žrtev nasilja v družini lahko prvič spregovori s komerkoli v zdravstveni ustanovi, tudi na hodniku, v čakalnici, in izjemno pomemben je ustrezen prvi odziv. In čeprav žrtve vstopijo v zdravstveni sistem zaradi določene zdravstvene težave, poškodbe, bolezni, je izjemno pomembna senzibilizacija, še posebej medicinskega kadra, za razumevanje tudi širših družbenih okoliščin žrtev.

Nasilje v družini je namreč izrazit fenomen, ki je tesno povezan z življenjskimi okoliščinami pacienta in pacientke. Še več: v procesu odhajanja iz kroga nasilja si lahko žrtev večkrat premisli, umakne prijavo, se vrne k povzročitelju in podobno. Izjemno pomembno je razumevanje dinamike nasilja v družini ter psiholoških mehanizmov žrtve in povzročitelja nasilja v družini. Tudi zato nismo izobraževanja zastavili zgolj medicinsko, temveč izrazito multidisciplinarno, s strokovno različnimi predavatelji in predavateljicami. Poskušali smo zajeti čim širši spekter profilov, ki so vključeni v obravnavo žrtev nasilja v družini, od policistov, socialnih delavcev, psihologov in zdravnikov do predstavnikov nevladnih organizacij, sociologov, kulturnih antropologov, raziskovalcev, pravnikov, tožilcev in druge. Pri vzpostavitvi in vsebinski pripravi izobraževalne platforme je sodelovalo 53 različnih strokovnjakov in strokovnjakinj, izobraževanja

pa je izvajala 25-članska multidisciplinarna ekipa. Smo prvi v Sloveniji, ki smo pritegnili toliko različnih strokovnih profilov na določeno izobraževalno platformo o nasilju v družini. A tudi na predstavitvah projekta v tujini je interdisciplinarna kompleksnost platforme prepoznana kot dodana vrednost, čeprav so nekatera države, na primer Norveška, Finska in Avstrija, že »svetlobna leta« pred nami glede pristopov in razpoložljivih orodij na področju prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini v zdravstvu.

Labko natančneje opišete, kaj obsega interdisciplinarna izobraževalna platforma, prva takšna pri nas?

Dvodnevno akreditirano izobraževanje v obliki predavanj in delavnic je le del platforme. Tu je še priročnik za zdravstveno osebje, dostopen v tiskani in pdf različici na spletu – mogoče si ga je tudi izposoditi kot e-knjigo v spletni knjižnici Biblos – izobraževalne vsebine, kot so QR kode, e-vsebine, ki dopolnjujejo izobraževanje in priročnik, ter spletna stran z različnimi izobraževalnimi vsebinami, gradivom, aktualnostmi, videoposnetki in drugim. Omenim lahko, da je projektna stran www.prepoznajnasilje.si vključena na tekmovanje digitalnih presežkov Websi 2016 v kategoriji družbeno odgovornih projektov.

Pri vsebinski zasnovi izobraževalne platforme smo zelo upoštevali izsledke prej opravljene kvalitativne in kvantitativne projektne raziskave. Eno od pomembnih sporočil naše izobraževalne platforme je bilo, da nakažemo, da je obravnava žrtev v zdravstvenem sistemu v marsičem drugačna od običajne medicinske terapije pacienta, pri kateri zdravnik na primer določi diagnozo in terapijo ter s tem stanje »uredi«. Pri primerih nasilja v družini gre za drugačno dinamiko. Uspeh ni vedno na vidiku, pogosto gre za dolgotrajne postopke, veliko je odvisno od žrtve, tudi glede podajanja soglasja za prijavo v primerih suma na nasilje. Kot smo opazili tudi med izobraževanji, pa se zdravstveno osebje prevečkrat ujame v zanke, ker presoja, ali gre za nasilje ali ne, in ugotavlja, ali pacient z njimi manipulira ali ne, ker želi doseči določene koristi. Še enkrat bi poudarila, da naloga zdravstvenega osebja ni, da presoja in razrešuje nasilje v družini, temveč da se ustrezno odzove v primerih suma na nasilje v družini, se priključi multidisciplinarni verigi obravnave s podajanjem prijave na pristojne službe, sodelovanjem v multidisciplinarnih timih, kadar je potrebno, predvsem pa s podporo in ustreznim informiranjem žrtev nasilja v družini, ustreznim medicinskim dokumentiranjem posameznih obiskov pri zdravniku in sooblikovanjem varnostnega načrta.

Pravkar ste končali intenzivna izobraževanja. Ob zagonu projekta so zastavljeni ciljni kazalniki, tudi glede na prakso podobnih projektov na področju šolstva in drugod ter ozke časovne omejitve, delovali strašljivo in skoraj utopično: najmanj 1600 udeležencev in udeleženk na dvodnevni 16-urni izobraževanji. Kako se je načrt iztekel?

Izvedba izobraževanj je bila ključna aktivnost v drugi polovici trajanja projekta: v obdobju od septembra 2015 do maja 2016 smo multidisciplinarna izobraževanja izvedli 20-krat. Na začetku izvajanja projekta smo načrtovali, da jih bomo izvedli 16-krat, a smo zaradi velikega interesa – pogosto smo imeli več prijav, kot je bilo razpisanih mest – in podaljšanja projekta razpisali še štiri dodatne termine. Skupaj se je izobraževanj tako udeležilo več kot 2000 slušateljev in slušateljic. Kot zanimivost bi omenila, da je bila velika večina, kar 87 % udeležencev naših izobraževanj, ženskega spola.

Vsako izobraževanje ste tudi natančno evalvirali. Kakšni so preliminarni izsledki evalvacije ter neposrednih odzivov udeležencev in udeleženk? So njihova pričakovanja izpolnjena?

Večina je zelo navdušena nad izobraževanji, gradivom in vsebinami. Več kot 90 % udeležencev in udeleženk je menilo, da so izobraževanja POND dobra oziroma zelo dobra, in podalo zelo visoke ocene, saj je povprečna ocena na lestvici od 1 do 5 znašala 4,5. Evalvacija je še

pokazala, da bi kar 95 % udeležencev in udeleženk izobraževanja priporočilo tudi drugim, ki se srečujejo s problematiko nasilja v družinah v zdravstveni dejavnosti.

Menim, da so bila med izobraževanjem ključna sporočila podana in poudarjena. No, za tiste najzahtevnejše, ki so že imeli določena predznanja s področja, izobraževanje ni bilo popolnoma zadovoljivo. Glede na to, da gre za prvo takšno izobraževanje v slovenskem prostoru, namenjeno osebam z različnimi predznanji in izkušnjami s področja, je med pripravljavci izobraževalne platforme prevladalo stališče, da je treba začeti z osnovami in šele potem graditi naprej. Prav tako smo na podlagi izsledkov raziskave POND ugotovili, da številnim zaposlenim v zdravstveni dejavnosti značilnosti in ozadja nasilja v družinah in spremljajoči zapleti, tudi zdravstveni, niso dobro poznani. Naš cilj je bil zato v sklopu tega projekta vzpostaviti platformo za pridobivanje najširšega osnovnega znanja in kompetenc, ne pa izrazito prilagojenih specialističnih vsebin. V dveh osemurnih modulih, ki smo jih razvili, je bilo možno podati le določeno osnovno znanje. Premalo časa je bilo za specialistično obravnavanje nasilja v družini. To je treba še narediti v bližnji prihodnosti, nadgraditi osnovno platformo, nadaljevati z bolj specifičnimi vsebinami.

Pri našem projektu, ki je bil pravzaprav zelo kratek, trajal je 16,5 mesecev in bil zgoščen, se je še pokazalo, da smo morali zaradi njegove intenzivnosti preskočiti prehodni korak ozaveščanja zdravstvenega osebja o nasilju v družini. Ozaveščanje je pomemben prvi korak pred pritegnitvijo ciljne publike k izobraževanju. Pri vzpostavljanju ničelne tolerance do nasilja je bilo na širši družbeni ravni v slovenskem prostoru še vedno premalo narejenega.

Omenila bi še, da se je med razpravami na izobraževanjih pokazalo, da so med udeleženci in udeleženkami še vedno zelo opazne stereotipne predstave ter zmotna prepričanja ali pričakovanja glede razumevanja in obravnave nasilja v družinah, še posebej v povezavi z ranljivimi skupinami, kot so starejši, migranti, Romi in podeželsko prebivalstvo. Na primer, opazna so zmotna prepričanja, da se v ekonomsko šibkejših družinah pojavlja več fizičnega nasilja, da je alkohol vzrok za nasilje, da je nasilje del romske kulture, da migranti prinašajo s seboj nasilje, ki se bo pokazalo tudi v širši družbi, in podobne zmote. Nasilje nad starejšimi je bilo prepoznano kot žgoč in vse večji problem. Na izobraževanjih smo poskušali govoriti o destigmatizaciji ranljivih skupin ter vsa zmotna prepričanja pojasniti in utemeljiti. To je izjemno pomembno, saj se v praksi skoraj vsi, tudi zdravstveno osebje, vedemo, delujemo in presojava tudi v skladu s svojimi prepričanji in stališči.

Interdisciplinarnost na izobraževalni platformi v primeru POND izobraževanj ni le lepa fraza. Interdisciplinarne so izobraževalne vsebine, predavatelji in predavateljice ter udeleženke in udeleženci. Kakšen je bil prispevek socialnih delavk k razvoju izobraževalnega programa in vsebin?

Sodelovanje socialnih delavk v projektnih aktivnostih je bilo neprecenljivo. Pri socialnem delu gre za podobno zgodbo kot pri nevladnih organizacijah: gre za »ljudi s terena« z dolgoletnimi, neposrednimi izkušnjami iz prakse. Poznajo zanke, ovire na področju omejevanja in preprečevanja nasilja v družini. Pomembna razlika pa je, da se centri za socialno delo srečujejo s številnimi zakonskimi omejitvami, od njih se pogosto pričakuje preveč – da bi izvajali tudi dejavnosti, ki so zunaj njihovih pristojnosti in moči.

Tudi raziskava POND je nakazala, da se v vsakodnevni praksi prav med zdravstvenimi in socialnimi službami dogaja več šumov v sodelovanju, to pa lahko zavira ali poslabšuje ustrezno obravnavo žrtev nasilja v družini. Zato ste eno delavnico namenili prav medinstitucionalnemu sodelovanju med omenjenima sektorjema. So bili zastavljeni nameni delavnice, kot sta primerjanje različnih strokovnih vidikov in izkušenj ter omogočanje neposredne multidisciplinarnе komunikacije za razreševanje vprašanj in soustvarjanje izboljšanih praks, uresničeni?

Ključno je poznavanje dela in pristojnosti vseh vpletenih v medsektorsko obravnavo primerov nasilja v družini. Izkušnje iz delavnice so zelo dragocene in dobre, dosegli smo namene, ko-

munikacija med strokama se je vzpostavila. Pojavljajo se že prvi odzivi s terena, ki so prav tako pozitivni. Naše sodelavke v projektu že opažajo manjše izboljšave glede odzivanja in sodelovanja zdravstvenega sektorja. Poročajo, da so jih poklicali iz zdravstva s konkretnimi vprašanji in vabili, naj se udeležijo multidisciplinarnega tima. A to so za zdaj le osebni občutki, osebna pričevanja. Žal ne bomo imeli natančnih statističnih podatkov o morebitnih izboljšavah, saj regionalne koordinatorice za obravnavo nasilja v družini, sicer institut, ki smo ga izpostavljali na izobraževanjih, ne vodijo več nacionalne statistike glede vira, se pravi, iz katerega sektorja prihajajo prijave primerov nasilja v družini.

Sicer pa se je na delavnici, ki sta jo skupaj vodili socialna delavka in zdravnica, še pokazalo, da je vpogled v delo drugega za marsikoga kot vpogled v novo veselje. Nekateri zdravstveni delavci so se prvič podrobneje seznanili z delom in pristojnostmi centrov za socialno delo, prav tako z delom nevladnih organizacij. Socialne delavke, sodelavke na projektu, so na podlagi odzivov iz delavnic in izobraževanj tudi pripravile več odličnih strokovnih prispevkov za zdravniško revijo *Isis*¹. Na spletni strani www.prepoznajnasilje.si lahko vsak pod rubriko Izdelki tudi natančneje prebere razjasnjevanje najpogostejših zmotnih prepričanj, strokovnih dilem in vprašanj. Socialne delavke so tudi večkrat pojasnile, kdaj in zakaj so centri za socialno delo nemočni in ovirani tudi zaradi čezmernega administrativnega dela in seveda reševanja tudi druge problematike, ne zgolj nasilja v družini. Med razpravami na delavnicah smo še opazili, da med zdravstvenim osebjem obstajajo določeni negativni predsodki glede dela centrov za socialno delo. Kot eden izmed ključnih problemov pa se je pokazala tudi zakonodaja, saj je zrela za dopolnitve in spremembe.

Torej so med projektom v diskusijah vzniknili predlogi za sooblikovanje izboljšane zakonodaje na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini v Sloveniji?

Res je. Nekatere članice projektne skupine so tudi članice delovne skupine za dopolnila zakonodaje in gre za že prej izdelana stališča socialnih delavk in delavk ter strokovnjakinj iz nevladnih organizacij, ki se med drugim nanašajo na vprašanja varovanja osebnih podatkov, načine obveščanja in zaščite prič, delo s povzročitelji nasilja, ki je pri nas absolutno premalo pokrito. Problem je tudi, da se povzročitelji nasilja v družini lahko prostovoljno, torej dokaj svobodno odločajo za udeležbo v programih preprečevanja nasilja v družini. So se pa tudi v kontekstu projekta med razpravami jasneje izoblikovala stališča in pobude zdravnikov in zdravnic družinske medicine na Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o preprečevanju nasilja v družini. Zdravniki so izrazili željo, da bi se njihovo sodelovanje v multidisciplinarnem timu za obravnavo nasilja v družini na centrih za socialno delo obravnavalo kot npr. pričanje na sodišču v vlogi izvedenca. Ta hip strošek udeležbe na multidisciplinarnih timih pokriva ZZZS le v primerih, ko gre za otroke žrtve nasilja in zlorab, v primerih odraslih pa ne. Poleg tega so pogosto izrazili zaskrbljenost glede lastne varnosti in ugotovili, da so razpoložljive zmogljivosti za zakonsko določeno obravnavo povzročiteljev nasilja odločno premajhne.²

Ozaveščenost in kompetence zdravstvenega osebja glede prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini se bodo z izvedenimi projektnimi aktivnostmi brez dvoma izboljšale. A projektno delo ne zagotavlja zelo potrebne kontinuitete za dolgoročne izboljšave. Hkrati je projekt nakazal, koliko izzivov še ostaja. Nekaj ste jih že poudarili v pogovoru, a katere so še »kritične točke«, ki bi jih bilo treba nadgraditi v bližnji prihodnosti?

Prepričana sem, da izvedba izobraževanj ne bi smela biti stvar dobljenega ali izgubljenega projekta, kot je naš. Pokazalo se je, da je financiranje izobraževanj žgoč problem v vseh sektorjih. Redna izobraževanja zahteva zakonodaja na več področjih, a nihče, tudi v policiji,

¹ Marec 2016: 18–19.

² Gl. tudi Kopčavar Guček, N. (2016), Pogled zdravnika družinske medicine ..., *Isis*, april: 20–21.

socialnem delu in drugod, ne zagotavlja sistematične izvedbe in financiranja izobraževanja. Financerje bi zato morali opredeliti tudi v novem zakonu, saj lahko družbene spremembe ter ozaveščenost in izobraženost različnih javnosti dosežemo le s kontinuiranim, sistematičnim izobraževanjem. Podpora izobraževanju s področja nasilja v družini bi zato morala biti strateška odločitev države ali določenega sektorja.

Ena od kritičnih točk v Sloveniji je še preventiva, ki je zelo slabo implementirana. V zadnjih letih se sicer vzgojno-izobraževalni sistem in nevladne organizacije že med najmlajšimi intenzivneje ukvarjajo z ničelno toleranco do nasilja, a to je še vedno malo. Programi za delo s povzročitelji nasilja v družini, ki so v tujini že uveljavljeni in evalvirani in jih razumem kot nujno obliko preventive, bi zagotovo morali postati večja prioriteta, kot so zdaj.

Omenila bi še nekaj, česar nismo vključili v načrt, pa se je pozneje, med projektom pokazalo za izjemno pomemben, a spregledan zdravstveni segment. To je zobozdravstvo. V času trajanja projekta smo ta vidik nadgradili, in to predvsem na podlagi odzivov in komentarjev na izobraževanjih. Pokazalo se je še, da je interes za izobraževanja med zobozdravniki zelo velik. Med udeleženci in udeleženkami z zdravniškim poklicem jih je bila kar četrtina zobozdravnikov in zobozdravnic. Zobozdravstvo je bilo povsem spregledano tudi v Strokovnih smernicah za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Na primer, na Norveškem, kjer so vse veje medicine povezane v enovit sistem javljanja v elektronsko bazo, je zobozdravstvo že prepoznano kot pomemben segment zdravstva, ki prihaja v stik z žrtvami nasilja v družini, še toliko izraziteje v zgodnjem, otroškem obdobju. Zanimanje otrok kot oblika nasilja ima lahko namreč za posledico bolezni zob in dlesni. Pozorni so tudi na morebitne vedenjske simptome pri pregledovanju zob. Senzibilizirani zobozdravniki lahko na podlagi zdravja v ustni votlini in vedenja zaznajo, da gre za nasilje v družini in za različne oblike zlorab otrok. Na izobraževanjih smo se seznanili s primeri iz prakse v kontekstu posttravmatske stresne motnje kot posledice pasivne izpostavljenosti nasilju v družini. Najbolj ekstremen primer je bil, ko je otrok vsakokrat, ko je zobozdravnik vključil aparat za izpiranje vode, doživel ekstremen šok; niso ga mogli pripraviti do tega, da bi med zobozdravniško obravnavo sodeloval. Pozneje se je pokazalo, da je bil otrok žrtev nasilja v družini in zlorabe, saj so ga starši »kaznovali« s potapljanjem glave v vodi.

Projekt je trajal prekratek čas, da bi lahko z njim odgovorili na številna odprta vprašanja in dileme, s katerimi se spoprijemajo zdravstveni delavci na področju odkrivanja in preprečevanja nasilja v družini. V marsičem smo šele orali ledino, razmajali temelje, ozavestili del strokovne javnosti o tematiki nasilja v družini. Vsekakor pa prvi odzivi kažejo, da so naše aktivnosti obrodile sadove.