



FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIĘ

Standardy ochrony dzieci

w placówkach medycznych

Opracowanie

Katarzyna Katana, Anna Krawczak, Urszula Kubicka-Kraszyńska, Agata Sotomska

Redakcja i korekta

Anna Obrębska-Woźniczka

Projekt graficzny

Norbert Grzelka

Skład

Kolej Rzeczy

Fotografia na okładce

James Kovin (unsplash.com)

Copyright © Fundacja Dajemy Dzieciom Się

Fundacja Dajemy Dzieciom Się

ul. Walecznych 59
03-926 Warszawa

fdds@fdds.pl

www.fdds.pl

Stan prawny na 31.10.2024 r.

Finansowane ze środków przekazanych przez Plan International z funduszy Disaster Emergency Committee



Spis treści

- 6 Wprowadzenie
- 8 Część 1. Kontekst wdrażania standardów ochrony dzieci w placówkach medycznych
 - 8 Sytuacja dziecka jako pacjenta
 - 9 Zadania systemu ochrony zdrowia w ochronie dzieci przed krzywdzeniem
 - 12 Oparte na prawach dziecka podejście do zdrowia i dobrostanu dzieci
- 18 Część 2. Czym są Standardy Ochrony Dzieci?
 - 18 Na czym polegają Standardy Ochrony Dzieci w placówce medycznej?
 - 18 Standard I. POLITYKA
 - 19 Standard II. PERSONEL
 - 20 Standard III. PROCEDURY
 - 20 Standard IV. MONITORING
- 22 Część 3. Wdrażanie standardów ochrony dzieci
 - 22 Grupa robocza
 - 23 Diagnoza: audyt wewnętrzny w placówce i ocena ryzyka
 - 27 Opracowanie *Polityki ochrony dzieci*
 - 37 Upowszechnianie standardów ochrony dzieci
 - 39 Monitorowanie i ewaluacja
- 42 Załączniki
 - 42 Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu z komentarzem
 - 53 Przykładowy kwestionariusz do badania wiedzy i potrzeb personelu
 - 56 Narzędzie schemat pytań „Analiza ryzyka”
 - 60 Narzędzie „Obszary ryzyka”
 - 61 Zasady ochrony wizerunku dziecka w podmiotach leczniczych
 - 65 Uwarunkowania prawne weryfikacji pracowników
 - 67 Zasady bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem-pacjentem w Warszawskim Centrum Opieki Medycznej „Kopernik”
 - 69 Zasady bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem-pacjentem w Warszawskim Centrum Opieki Medycznej „Kopernik” – wersja dla dzieci
 - 70 Przykładowa procedura interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka
 - 74 Schemat interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez rodzica lub opiekuna
 - 76 Schemat interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez osoby trzecie (np. pracownicy, osoby przebywające na terenie placówki oraz inne osoby, które mają kontakt z dzieckiem)
 - 78 Schemat interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez osobę nieletnią, czyli taką, która nie ukończyła 17. roku życia (przemoc rówieśnicza)
 - 80 Wzór zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa
 - 81 Wzór wniosku o wgląd w sytuację dziecka/rodziny

Wprowadzenie

Celem niniejszego podręcznika jest popularyzacja standardów ochrony dzieci, czyli zasad dotyczących ich zabezpieczenia przed wszelkimi formami krzywdzenia, zaniedbywania, wykorzystywania czy przemocy.

Postulat standardów ochrony dzieci sformułowano na początku XXI wieku po ujawnieniu przypadków wykorzystywania seksualnego dzieci przez członków misji i organizacji, które udzielały wsparcia w ramach programów pomocy rozwojowej w Afryce. W odpowiedzi na ten problem grupa organizacji, koordynowana przez brytyjską fundację National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), stworzyła w 2003 r. Kodeks ochrony dzieci w organizacjach pozarządowych. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę przeniosła tę ideę do Polski, zaczynając od promowania i wdrażania *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* w instytucjach opiekuńczych (żłobki), oświatowych (przedszkola, szkoły) oraz w placówkach opieki instytucjonalnej (domy dziecka), a następnie w organizacjach pozarządowych pracujących z dziećmi i zajmujących się pomocą humanitarną oraz w ośrodkach dla cudzoziemców i hotelach.

Jak widać, obszary, w których są wprowadzane standardy, różnią się rodzajem prowadzonej działalności, uwarunkowaniami prawnymi, kwalifikacjami personelu, a w związku z tym także czynnikami ryzyka krzywdzenia dziecka.

Jednym z takich specyficznych obszarów jest system ochrony zdrowia.

Ważnym kontekstem podręcznika jest ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dalej będziemy ją nazywać „ustawą o ochronie małoletnich”), w wersji znowelizowanej, obowiązującej od 15 lutego 2024 r. Poszerza ona obowiązek weryfikowania osób pracujących z dziećmi oraz nakłada na podmioty pracujące z dziećmi, w tym te prowadzące działalność związaną z leczeniem i opieką nad małoletnimi, obowiązek posiadania standardów ochrony małoletnich. Ze względu na kontekst społeczny, w jakim ustawa powstała (śmierć chłopca w wyniku przemocy domowej) społecznie bywa nazywana też „Ustawą Kamilka”. Zakres wspomnianej regulacji pokrywa się ze standardami dotychczas rekomendowanymi przez FDSS. Tym samym standardy ochrony dzieci zmieniły swój charakter – z dobrowolnej regulacji będącej wyrazem współodpowiedzialności kierownictwa i personelu placówki za bezpieczeństwo dzieci stały się elementem osadzonego w prawie systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem.

Niniejszy podręcznik zawiera omówienie poszczególnych standardów ochrony dzieci w kontekście organizacji placówek medycznych, obowiązków prawnych wynikających z regulacji zawodów medycznych oraz innych przepisów. Omawiając poszczególne standardy i formułując rekomendacje dla placówek medycznych, opieramy się na wieloletnim doświadczeniu FDDS we wspieraniu instytucji w zakresie wdrażania SOD, analizie rozwiązań istniejących i sprawdzających się w innych typach instytucji, a także odnosimy się do doświadczeń z pilotażowego procesu prowadzonego w jednym ze szpitali dziecięcych, przy czym uwzględniamy specyfikę obszaru ochrony zdrowia¹.



Informacje Ministerstwa
Sprawiedliwości
o standardach ochrony
małoletnich

W dalszej części podręcznika posługujemy się dwoma ważnymi terminami: standardami ochrony dzieci i *Polityką ochrony dzieci przed krzywdzeniem*. Poniżej porządkujemy te pojęcia, aby łatwiej było zrozumieć relację między nimi oraz strukturę samego podręcznika.

Standardy ochrony dzieci to cztery zasady, których przyjęcie sprawia, że dana instytucja jest bezpieczna dla dzieci – jej personel potrafi zidentyfikować sytuacje stwarzające ryzyko krzywdzenia dziecka i podjąć działania profilaktyczne oraz interwencyjne.

Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem pełni dwojaką funkcję. Z jednej strony jest wewnętrznym dokumentem, który porządkuje standardy ochrony dzieci i w kolejnych rozdziałach opisuje, w jaki sposób organizacja będzie je wdrażać, realizować, monitorować i ewaluować. Z drugiej – samo przyjęcie *Polityki* jest wprowadzeniem pierwszego z czterech standardów.

1 W latach 2022–2023 dzięki wsparciu finansowemu Plan International ze środków Disaster Emergency Committee przeprowadziliśmy pilotażowy projekt wdrożenia standardów ochrony dzieci w placówce medycznej. Obejmował on takie działania, jak: ekspertyza prawna, analiza dokumentów i wytycznych międzynarodowych oraz rozwiązań stosowanych w różnych krajach, wywiady grupowe wśród dzieci i rodziców z Ukrainy oraz Polski korzystających ze świadczeń zdrowotnych w polskich szpitalach, kilkadziesiąt rozmów i konsultacji z pracownikami ochrony zdrowia, zróżnicowanymi pod względem miejsca pracy, wykonywanego zawodu, stażu pracy i miejscowości. Pilotaż wdrożenia standardów, w szczególności zasad bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem-pacjentem oraz procedury postępowania w przypadku podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone, odbywał się w szpitalu dziecięcym – Warszawskie Centrum Opieki Medycznej „KOPERNIK”. W 2024 r. podczas kontynuacji projektu, opracowaliśmy rekomendacje dotyczące dostosowania SOM do specyfiki POZ, ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz działalności leczniczej prowadzonej w formie indywidualnych praktyk lekarza, pielęgniarki, położnej i jednoosobowej działalności gospodarczej (<https://standardy.fdds.pl/standardy-w-dzialaniu/medyczne>).

Standardy Ochrony Dzieci (SOD)²

Standard I. POLITYKA

Placówka ustanowiła i wprowadziła w życie *Politykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem*.

Standard II. PERSONEL

Placówka monitoruje, edukuje i angażuje swoich pracowników w celu zapobiegania krzywdzeniu dzieci.

Standard III. PROCEDURY

W placówce funkcjonują procedury zgłaszania podejrzenia oraz podejmowania interwencji w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dziecka.

Standard IV. MONITORING

Organizacja/instytucja monitoruje i okresowo weryfikuje zgodność prowadzonych działań z przyjętymi standardami ochrony dzieci.

Słowniczek

Dziecko – każda osoba do ukończenia 18. roku życia.

Podmiot, podmiot leczniczy, placówka systemu ochrony zdrowia, placówka medyczna

– każdy podmiot prowadzący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej bez względu na formę prawną i źródło finansowania (środki publiczne bądź prywatne), świadczący usługi dzieciom lub działający na rzecz dzieci.

Kierownictwo – osoba, organ lub podmiot, który w strukturze danej placówki, zgodnie z obowiązującym prawem i/lub wewnętrznymi dokumentami, jest uprawniony do podejmowania decyzji o działaniach instytucji.

Krzywdzenie dziecka – popełnienie czynu zabronionego lub czynu karalnego na szkodę dziecka, przemoc wobec dziecka lub zagrożenie dobra dziecka, w tym jego zaniedbanie.

Personel podmiotu - pracownicy, współpracownicy, niezależnie od podstawy zatrudnienia (w tym osoby świadczące usługi w oparciu o umowy cywilnoprawne, wolontariusze, studenci, rezydenci, stażyści, praktykanci), miejsca zatrudnienia (np. szpital, przychodnia przyszpitalna, pozostałe jednostki), pełnionych stanowisk (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, inni pracownicy medyczni, psychologowie, psychoterapeuci, personel administracyjny, pomocniczy, w tym sprzątający i pilnujący porządku).

Opiekun dziecka – osoba uprawniona do reprezentacji dziecka, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny, a także rodzic zastępczy.

² Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich wprowadza Standardy Ochrony Małoletnich (SOM). Na potrzeby niniejszego podręcznika pojęcia SOD oraz SOM będą stosowane zamiennie.

Prezentowany podręcznik podzielono na trzy części.

Część I

Część pierwsza podręcznika poświęcona jest kontekstowi i wartościom, z których wynika idea standardów ochrony dzieci w placówkach medycznych. Omawiamy szczególną sytuację dziecka jako pacjenta, rolę ochrony zdrowia w zakresie przeciwdziałania przemocy wobec dzieci oraz wpływ *Konwencji o Prawach Dziecka* na kształtowanie się opartego na prawach dziecka podejścia do planowania opieki zdrowotnej nad dziećmi.

Część II

Część druga podręcznika poświęcona jest charakterystyce standardów ochrony dzieci pod kątem działań, które powinna podejmować placówka medyczna, by wypełnić swoje obowiązki w zakresie przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci. Omówione również zostały wymogi prawne wynikające z nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

Część III

Część trzecia podręcznika ma formę praktycznego przewodnika po procesie wdrażania SOD w placówce medycznej – począwszy od stworzenia grupy roboczej i przeprowadzenia wewnętrznego audytu, poprzez opracowanie *Polityki ochrony dzieci*, aż po upowszechnienie standardów i ewaluację podejmowanych działań. Prezentowany tu model wymaga rozwinięcia w toku dalszych prac w obrębie danej instytucji, dlatego dla każdego etapu przygotowano wskazówki i wskaźniki oraz wzory dokumentów, które można dostosować do konkretnych potrzeb.

Część 1.

Kontekst wdrażania standardów ochrony dzieci w placówkach medycznych

Sytuacja dziecka jako pacjenta

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka. Fakt bycia pacjentem nie może stanowić okoliczności znoszącej lub ograniczającej możliwość korzystania przez jednostkę z jakichkolwiek przysługujących jej praw lub wolności³. Jak podkreśla Dorota Karkowska⁴, zasadniczą cechą sytuacji pacjenta jest asymetria w zakresie dostępu do informacji, posiadanej wiedzy oraz rangi (z powodu tradycyjnie przypisanego zawodom medycznym autorytetu, któremu należy się podporządkować). Pacjent na ogół nie posiada wiedzy i informacji, które pozwoliłyby mu samodzielnie podejmować decyzje o swoim zdrowiu i swoim losie. Tym samym pojawia się ryzyko braku możliwości pełnej realizacji prawa do autonomii i decydowania o sobie. Stąd wynika potrzeba zagwarantowania dodatkowej ochrony prawnej w postaci praw pacjenta.

Sytuacja pacjenta-dziecka jest bardziej skomplikowana, bowiem na asymetrię w relacji pacjent – instytucja medyczna / personel medyczny nakłada się asymetryczne położenie dziecka względem dorosłych. Jak pisze Joanna Haberko, „dziecko znajduje się nie tylko w przymusowej sytuacji z powodu kontroli zdrowotnej, choroby czy innych dolegliwości, ale ponadto nie może jeszcze samodzielnie podejmować decyzji i rozstrzygać o zakresie dopuszczalnych działań w stosunku do swojego ciała i osoby”⁵. Autorka wskazuje kilka powodów takiego stanu rzeczy. Po pierwsze, dziecko jest małoletnie, z czym wiąże się brak życiowej dojrzałości – co oznacza, że dziecko samo nie może, z powodów raczej faktycznych niż formalnych, podjąć racjonalnych życiowo decyzji, w tym także decyzji zdrowotnych. Przepisy obejmujące zasady udzielania informacji, wyrażania zgody czy zachowania tajemnicy w stosunku do osoby i ciała dziecka muszą uwzględniać fakt, że dzieckiem jest się do ukończenia 18. r.ż. i że w zakresie realizacji jego praw główną rolę odgrywają rodzice (przedstawiciele ustawowi). Haberko podkreśla, że to oni ponoszą finalnie odpowiedzialność za sytuację faktyczną i prawną dziecka, mają prawo i obowiązek realizacji pieczy nad dzieckiem, która obejmuje także zadbanie o jego stan zdrowia⁶. A zatem można powiedzieć, że prawidłowa realizacja praw dziecka-pacjenta, bazujących na jego godności, wymaga uznania autonomii rodziców w realizacji pieczy nad osobą dziecka i jego reprezentacji w zakresie zdrowia. Jednocześnie rodzice zobowiązani są do kierowania się zasadą dobra dziecka.

3 D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.

4 Tamże.

5 T. Dangel, *Godność dziecka – refleksja lekarza*, [w:] *Opieka paliatywna nad dziećmi*, red. T. Dangel, Fundacja Warszawskie Hospicjum Dla Dzieci, Warszawa 2007, t. 15, s. 18, za: J. Haberko, *Żywnienie dzieci. Zarys problematyki cywilnoprawnej*, „Przegląd Prawa Rolnego” 2013, 1(12), s. 135–151; J. Haberko, *Udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, 25(2).

6 J. Haberko, *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2019, 19(1), s. 11–27.

Po drugie, wskazuje Haberko, każda czynność medyczna podjęta w stosunku do ciała małego pacjenta musi uwzględniać jej nieodwracalność, z uwagi na to, że dziecko jest w fazie rozwoju, wzrostu czy dojrzewania. Dodatkowo należy zauważyć, że każda choroba i hospitalizacja wywołują u dziecka stan obciążenia psychicznego. Najważniejszymi i uniwersalnymi stresorami są lęk, ból i ograniczenie aktywności⁷. Z uwagi na niedojrzały system nerwowy dziecka i jego ograniczone możliwości adaptacyjne w obliczu nowej sytuacji każdy kontakt z systemem ochrony zdrowia może (choć oczywiście – przy zastosowaniu czynników ochronnych – nie musi) okazać się dla dziecka doświadczeniem traumatycznym z określonymi konsekwencjami dla jego rozwoju psychofizycznego i społecznego.

Ignorowanie tego ryzyka i nieuwzględnianie potrzeb dziecka w organizacji opieki zdrowotnej w trakcie udzielania świadczeń medycznych, a także w pojedynczych interakcjach między personelem a dzieckiem może przybierać formę przemocy instytucjonalnej⁸.

Zadania systemu ochrony zdrowia w ochronie dzieci przed krzywdzeniem

Szczególna rola pracowników ochrony zdrowia w identyfikacji przemocy wobec dzieci i zapewnieniu dziecku bezpieczeństwa podkreślana jest przez Światową Organizację Zdrowia⁹. Z uwagi na to, jak powszechnym zjawiskiem jest przemoc wobec dzieci, wysoce prawdopodobne wydaje się to, że każda osoba udzielająca dzieciom świadczeń zdrowotnych styka się w swojej codziennej praktyce z dziećmi i młodzieżą doświadczającymi krzywdzenia, nawet jeśli zgłosiły się one do placówki medycznej z innym problemem. Pracownicy medyczni odgrywają zatem kluczową rolę w zapewnianiu wsparcia pierwszej linii i mają za zadanie:

- tworzyć bezpieczną, wzbudzającą zaufanie i wspierającą przestrzeń dla dziecka,
- rozpoznawać symptomy przemocy,
- zachowywać wyciszenie przy prowadzeniu wywiadu diagnostycznego,
- odpowiadać na potrzeby dziecka w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, seksualnego i reprodukcyjnego,
- w razie potrzeby inicjować kontakt z innymi służbami, takimi jak policja, pomoc społeczna, inne instytucje zajmujące się ochroną dzieci.

Przemoc wobec dzieci – z uwagi na rozpowszechnienie, skutki zdrowotne, społeczne oraz ekonomiczne – jest znacznym problemem z perspektywy zdrowia publicznego¹⁰. Konsekwencje przemocy wiążą się z długim i kosztownym procesem leczenia oraz rehabilitacji obrażeń ciała, niepełnosprawnością, terapią zaburzeń rozwojowych, zdrowia psychicznego oraz problemami w funkcjonowaniu społecznym. Istnieje wiele dowodów na występowanie długotrwałych skutków przemocy, takich jak niski poziom dobrostanu i jakości życia w późniejszym, dorosłym życiu osób doświadczających przemocy, w tym gorsza odpowiedź na leczenie farmakologiczne w przypadku chorób psychicznych.

7 M. Perek, G. Cepuch, *Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego*, „*Studia Medyczne*” 2008, 11, s. 23–27.

8 J. Helios, W. Jedlecka, *Przemoc instytucjonalna wobec dzieci. Kulturowe uzasadnienie przemocy instytucjonalnej*, Difin, Warszawa 2020.

9 *Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals*, World Health Organization, Geneva 2022.

10 M. Malinowska-Cieślak, M. Zabdyr-Jamróz, B. Balcerzak, M. Ścibo, *Ocena prewencji przemocy wobec dziecka w Polsce z perspektywy zdrowia publicznego*, „*Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*” 2014, 12(1), s. 3–16, www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie, doi:10.4467/20842627OZ.14.001.2893.

Przemoc ze strony dorosłych jest silnym, często chronicznym stresorem, który istotnie wpływa na rozwój dziecka, zarówno we wczesnym, jak i późnym dzieciństwie oraz w okresie dorastania. Może prowadzić do zaburzeń poznawczych, rozwinięcia się aktywności ryzykownych, w tym zachowań przemocowych. Istnieje wiele dowodów silnego wpływu traumatycznych doświadczeń związanych z przemocą w dzieciństwie z występowaniem zaburzeń i chorób psychicznych, takich jak depresja, lęk, zaburzenia odżywiania, zachowania samobójcze, samookaleczania, alkoholizm, narkomania oraz wiele innych uzależnień¹¹.

W publikacjach i wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia wielokrotnie podkreślany jest fakt, że przemoc wobec dzieci jako istotny problem zdrowia publicznego wymaga większego zaangażowania służb ochrony zdrowia w: przeciwdziałanie przemocy, inwestycje w model współpracy interdyscyplinarnej oraz prowadzenie szeroko zakrojonych działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej¹². W 2014 r. WHO określiła 3 główne cele w zakresie ograniczenia skali krzywdzenia wobec dzieci¹³:

1. Zwiększenie widoczności zagrożeń zdrowotnych, takich jak krzywdzenie dzieci, poprzez ustanowienie systemów informowania w krajach.
2. Wzmocnienie systemu zarządzania w zakresie przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci poprzez zawieranie partnerstw i prowadzenie wielosektorowych działań w oparciu o opracowane plany krajowe.
3. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia krzywdzenia dzieci i jego konsekwencji poprzez działania profilaktyczne, bazujące na wzmocnieniu systemów ochrony zdrowia w krajach członkowskich.

W tym samym roku w dokumencie *Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020*¹⁴ wskazano jako jeden z priorytetów przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci i przesunięcie akcentu z podejścia kryminalnego, skoncentrowanego na konsekwencjach, na działania prewencyjne z zakresu zdrowia publicznego, takie jak identyfikacja dzieci bardziej narażonych na przemoc, dostęp do usług profilaktycznych i terapeutycznych, inwestowanie we wsparcie socjalne i wspierające środowisko społeczne.

11 D. Sethi, M. Bellis, K. Hughes, R. Gilbert et al., *European report on preventing child maltreatment*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2013. Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8).

V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards, M. P. Koss & J. S. Marks (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).

12 J. Podlewska, R. Szredzińska, J. Włodarczyk, *Analiza polskiego systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2019; autorki przywołują w tym miejscu: *World report on violence and health (WHO, 2002)*, *Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health (WHO, 2004)*, *Inspire. Seven Strategies for Ending Violence Against Children (WHO, 2016)*.

13 Investing in children. The European child maltreatment prevention action plan 2015–2020 (WHO, 2014).

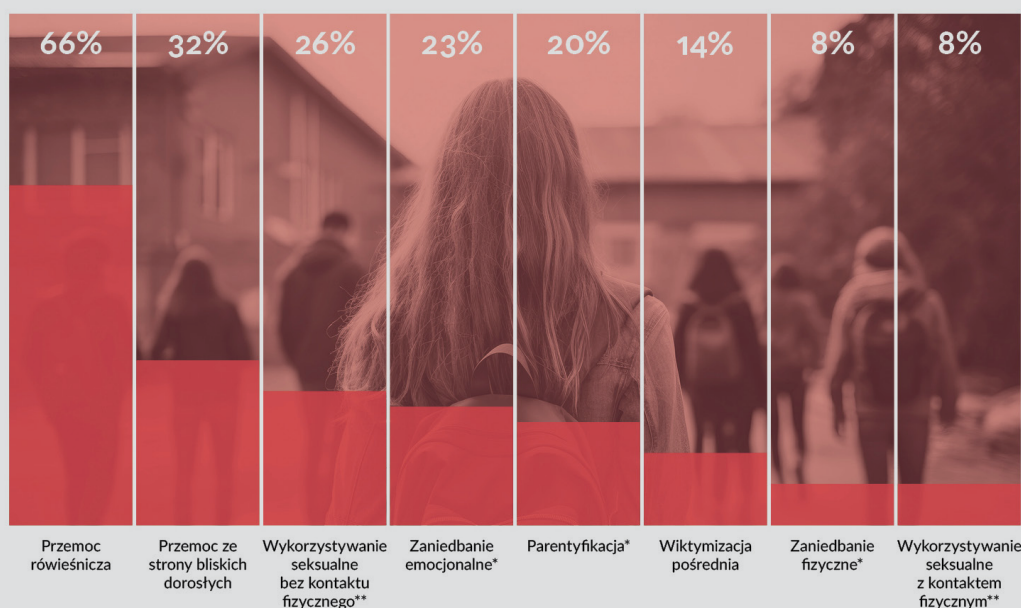
14 Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 (WHO, 2014).

Skala krzywdzenia dzieci w Polsce

Najnowsze dane dotyczące skali problemu krzywdzenia dzieci w Polsce pochodzą z badania zrealizowanego przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2023 r. na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie 2026 nastolatków w wieku 11–17 lat¹⁵.

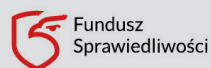
79% respondentów w wieku 11–17 lat choć raz doświadczyło w swoim życiu przemocy lub zaniedbania. 52% doświadczyło przemocy lub zaniedbania w roku poprzedzającym badanie. Ponad co czwarty ankietowany (27%) został pokrzywdzony w swoim życiu więcej niż dwiema różnymi kategoriami przemocy.

Wykres przedstawia dane dotyczące tego, jaki odsetek badanych doświadczył przemocy w 8 kategoriach – przemoc rówieśnicza, przemoc ze strony bliskich dorosłych (zarówno fizyczna, jak emocjonalna), wykorzystanie seksualne bez kontaktu fizycznego, zaniedbanie emocjonalne, parentyfikacja (czyli odwrócenie ról, gdy dziecko przejmuje odpowiedzialności dorosłego w rodzinie), wiktylizacja pośrednia (gdy dziecko jest świadkiem przemocy), zaniedbanie fizyczne i wykorzystanie seksualne z kontaktem fizycznym.



*pytania zadawane od 12 r.ż., n = 1717.
**pytania zadawane od 13 r.ż., n = 1403.

Badanie na ogólnopolskiej próbie
N = 2026 nastolatków w wieku 11–17 lat.
Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023



Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

15 K. Makaruk, K. Drabarek, A. Popyk, Sz. Wójcik (2023). Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce, 2023, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/0/d/e/40de383c074981a2c2061800f8a565d2f4d53b55/Raport%20Diagnoza%20Przemocy%20wobec%20Dzieci%202023.pdf.

Oparte na prawach dziecka podejście do zdrowia i dobrostanu dzieci

Przyjęcie w 1989 r. *Konwencji o Prawach Dziecka* (dalej: KPD)¹⁶ miało kolosalne znaczenie dla kształtowania systemów opieki zdrowotnej nad dziećmi i postrzegania dzieci jako pacjentów.

Konwencja uznała dzieci za jednostki posiadające prawa cywilne, polityczne, socjalne, gospodarcze i kulturalne. Tym samym zmieniła status dzieci w ochronie zdrowia z osób z potrzebami na osoby, które mają prawo do zaspakajania swoich potrzeb. Ponadto zastąpiła postrzeganie dzieci jako biernych obiektów ochrony ze strony dorosłych podejściem, które czyni je podmiotami praw, a więc osobami uprawnionymi do tego, aby uwzględniano ich zdanie na temat spraw, które ich dotyczą, w tym decyzji związanych z opieką zdrowotną.

Podstawową odpowiedzialnością władz publicznych jest zapewnienie przestrzegania praw dziecka we wszelkich instytucjach. Prawa dziecka cechują: uniwersalność i niezbywalność – prawa odnoszą się do wszystkich dzieci, bez względu na to, gdzie dziecko się znajduje – w swoim domu, w szpitalu czy ośrodku dla cudzoziemców; w każdej sytuacji „podążają za dzieckiem”. Przypisana jest im także współzależność i niepodzielność, bowiem realizacja jednego prawa zależy od realizacji wszystkich praw pokrewnych.

Chociaż wszystkie prawa są współzależne, cztery muszą być stosowane w procesie realizacji wszystkich innych praw. Mają one ogromne znaczenie dla kształtowania opieki zdrowotnej dla dzieci. Są to:

1. zasada równego traktowania (art. 2. KPD), czyli zakaz dyskryminacji w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
2. zasada kierowania się najlepszym interesem dziecka (art. 3. KPD),
3. prawo dziecka do optymalnego rozwoju, co obejmuje rozwój fizyczny, psychiczny, duchowy, moralny, psychologiczny i społeczny dziecka (art. 6. KPD), czyli umożliwienie dzieciom przebywającym w szpitalach zabawy, edukacji, utrzymywania relacji z bliskimi i rówieśnikami,
4. zasada wysłuchania i uwzględniania opinii dziecka, zgodnie z jego wiekiem i dojrzałością (art. 12 KPD)¹⁷.


Oparte na prawach dziecka podejście (*ang. child rights-based approach, CRBA*) do zdrowia dzieci oznacza, że przy planowaniu, wdrażaniu, monitorowaniu i ocenie jakości usług, systemów i polityk zdrowotnych adresowanych do dzieci stosowana jest Konwencja o Prawach Dziecka i cztery nadrzędne zasady wspomniane wyżej.

16 *Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., ratyfikowana przez Polskę w 1991 r., Dz.U. 1991, nr 120, poz. 526.*

17 J. Goldhagen, A. Clarke, P. Dixon et al., Thirtieth anniversary of the UN Convention on the Rights of the Child: advancing a child rights-based approach to child health and wellbeing, "BMJ Paediatrics Open" 2020, 4(1), doi:10.1136/bmjpo-2019-000589.

W ostatnich dziesięcioleciach pojawiło się wiele inicjatyw, zarówno na poziomie międzynarodowym, jak i krajowym, mających na celu zintegrowanie praw dziecka z usługami zdrowotnymi dla dzieci.

W 1993 r. EACH, Europejskie Stowarzyszenie Dzieci w Szpitalach (European Association for Children in Hospital)¹⁸ opracowało *Europejską Kartę Praw Dziecka-Pacjenta*, składającą się 10 artykułów, które doprecyzowują treść praw określonych w KPD oraz komentarzy ogólnych Komitetu Praw Dziecka do *Konwencji*.



*Europejska Karta
Praw Dziecka-Pacjenta*
znajduje się
w załączniku nr 1.

Na treści *Europejskiej Karty Praw Dziecka-Pacjenta* opiera się *Karta Praw Dziecka-Pacjenta*, opracowana wspólnie przez Rzecznika Praw Dziecka i Rzecznika Praw Pacjenta, rozpowszechniana w polskich placówkach medycznych w formie kolorowego plakatu¹⁹.

W 2000 r. został uruchomiony program The Child Friendly Healthcare Initiative (CFHI), którego celem była poprawa jakości opieki zdrowotnej nad dziećmi. Został opracowany przez organizację pozarządową Childhealth Advocacy International (CAI) we współpracy z UNICEF, Departamentem Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży WHO oraz Królewskim Towarzystwem Pediatrików i Zdrowia Dzieci, a także Królewskim Towarzystwem Pielęgniarskim z Wielkiej Brytanii²⁰. Na program składa się 12 standardów odnoszących się do *Konwencji o Prawach Dziecka*, których wdrożenie ma na celu zapewnienie „najlepszej z możliwych zintegrowanej opieki zdrowotnej, świadczonej przez pracowników ochrony zdrowia, którzy minimalizują strach, niepokój i cierpienia dzieci i ich rodzin”²¹.

Dokładny opis każdego standardu, kryteria i wskaźniki jego wdrożenia znajdują się w podręczniku oraz narzędziach do implementacji i oceny wdrożenia programu²².

Z uwagi na zakres polskich standardów ochrony dzieci warto przytoczyć treść standardu 10., który odnosi się do artykułów: 3, 19, 34 i 39 KPD.

18 <https://each-for-sick-children.org/> (data dostępu: 02.08.2023).

19 <https://www.gov.pl/web/rpp/karta-praw-dziecka-pacjenta> (data dostępu: 02.08.2023).

20 D. Southall, S. Burr, R. Smith, D. Bull et al., *The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Healthcare Provision in Accordance With the UN Convention on the Rights of the Child*, "Pediatrics" 2000, 106(5), s. 1054–1064, doi: 10.1542/peds.106.5.1054.

21 *Child friendly healthcare. A manual for health workers*, <https://www.mcai.org.uk/child-friendly-healthcare-initiative> (data dostępu: 06.08.2023).

22 Tamże.

10. Personel powinien rozpoznawać objawy i symptomy krzywdzenia dziecka oraz potrafić podjąć odpowiednie kroki jasno określone w procedurach ochrony dziecka.

Kryteria realizacji standardu:

1. Standard ten jest ujęty w misji placówki.
2. Wyznaczony jest koordynator ds. ochrony dzieci.
3. Prowadzone są działania z zakresu profilaktyki trzeciorzędowej i niektóre drugorzędowej: porady dotyczące promocji zdrowia, systemy identyfikacji rodzin zagrożonych wysokim ryzykiem krzywdzenia dziecka, jasno określone procedury diagnozowania dziecka w kierunku doświadczania przemocy, sformułowane są wytyczne dotyczące rejestrowania podejrzenia krzywdzenia dziecka oraz wytyczne dotyczące postępowania w przypadku podejrzenia krzywdzenia, zapewniona jest opieka medyczna i wsparcie dla dzieci, które doświadczyły przemocy.
4. Wyznaczony jest pracownik socjalny lub inny podobny pracownik, którego zadaniem jest wspieranie rodziny w sytuacji, gdy podejrzewane jest krzywdzenie dziecka, wystąpiła przemoc lub zidentyfikowano liczne czynniki ryzyka.
5. Personel mający kontakt z dziećmi jest sprawdzany pod kątem karalności za przestępstwa wobec dzieci lub ciężkie przestępstwa.

Kluczowi dla wdrożenia tego standardu pracownicy to koordynator ds. ochrony dzieci, przełożony(-a) zespołu lekarskiego, przełożony(-a) zespołu pielęgniarstwa oraz osoba zarządzająca placówką.

W 2009 r. międzynarodowa inicjatywa zrzeszająca przedstawicieli organizacji pozarządowych, instytutów badawczych oraz szpitali dziecięcych, The Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals, opracowała model i narzędzie do samodzielnej oceny poziomu przestrzegania praw dzieci w szpitalach (ang. *Self-evaluation Model and Tool on the Respect of Children's Rights in Hospital, SEMT*)²³. Narzędzie to zostało przetłumaczone na 10 języków i posłużyło do ewaluacji kilkunastu szpitali. Jednym z opisanych i ocenianych w modelu standardów punktów jest prawo dziecka do ochrony przed wszelkimi formami przemocy (w odniesieniu do art. 9, 16, 19, 36 KPD). Poniżej zamieszczono przykładowy formularz oceny placówki w tym obszarze.

23 https://www.schn.health.nsw.gov.au/files/attachments/task-force_hph-ca_childrens_rights_in_hospital_self_evaluation_model_tool_template_1st_edition.pdf (data dostępu: 09.08.2023).

Prawo 3.1 Dzieci mają prawo do ochrony przed wszelkimi formami krzywdzenia, w tym przemocą fizyczną, psychiczną, zaniedbaniem, wyzyskiwaniem, w tym wykorzystywaniem seksualnym.

Rozważ:

1. Czy w szpitalu przyjęte są procedury dotyczące ochrony dzieci przed wszelkimi formami krzywdzenia?
2. Czy szpital posiada procedury odnoszące się do reagowania na przemoc, której dziecko doznało przed zgłoszeniem się do szpitala, oraz na przemoc, która miała miejsce na terenie placówki?
3. Czy pracownicy szpitala wiedzą o istniejących procedurach ochrony dzieci przed krzywdzeniem i jaki mają do nich dostęp? Czy personel stosuje te procedury?
4. W jaki sposób stosowanie tych procedur jest monitorowane zarówno w szpitalu, jak i poza nim?
5. Czy istnieje profesjonalna grupa robocza, której zadaniem jest monitorowanie i ewaluacja działań związanych z przeciwdziałaniem przemocy wobec dzieci?
6. Czy są wyznaczone osoby, do których obowiązków służbowych należy odpowiedzialność za ochronę dzieci?
7. Czy są przeprowadzane lekarskie i pielęgniarskie procesy diagnostyczne pod kątem doświadczania przez dziecko krzywdzenia?
8. Czy istnieją procedury dotyczące przypadków porzucenia dziecka?
9. Ile szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy wobec dzieci zapewnił szpital personelowi w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
10. Jaki procent personelu został przeszkolony w zakresie ochrony dzieci przed krzywdzeniem?
11. Czy dzieci, rodzice bądź organizacje pacjentów składali w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakiegokolwiek skargi dotyczące przestrzegania tego prawa?
12. Czy szpital otrzymał pozytywne informacje zwrotne dotyczące przestrzegania tego prawa od dzieci, rodziców czy mediów?

Proszę:

- zaznaczyć, czego brakuje w odniesieniu do poszanowania tego prawa,
- odnotować przykłady stosowania polityki ochrony dzieci w szpitalu,
- odnotować propozycje dotyczące zdefiniowania standardów dotyczących poszanowania praw dziecka w szpitalu.

Czy wśród członków zespołu oceniającego były rozbieżne opinie? (proszę podać przykłady)

Ogólna ocena: W jakim stopniu to prawo jest przestrzegane w szpitalu?

- W bardzo wysokim stopniu
- W znaczącym stopniu
- W niewielkim stopniu
- Nie jest w ogóle brane pod uwagę

Narzędzie to, po modyfikacjach wynikających z jego ewaluacji, w latach 2013–2014 zostało wykorzystane przez Biuro Regionalne WHO na Europę do oceny i poprawy sytuacji w zakresie przestrzegania praw dziecka w 11 szpitalach w Kirgistanie, 10 szpitalach w Tadżykistanie i 21 szpitalach w Mołdawii²⁴.

W następstwie tych innowacyjnych i pilotażowych projektów WHO włączyło oparte na prawach dziecka podejście do głównego nurtu planowania i dostarczania usług zdrowotnych. WHO kilkakrotnie opublikowała adresowane do różnych regionów świata wytyczne oraz narzędzia do oceny jakości opieki w placówkach²⁵. W kontekście wdrażania standardów ochrony dzieci szczególnie inspirująca może być *Children's rights in hospital: rapid-assessment checklists* – proste narzędzie do samooceny,

24 A. I. Fernandes Guerreiro, A. Kuttumuratova, K. Monolbaev, L. Boderscova et al., *Assessing and Improving Children's Rights in Hospitals: Case Studies from Kyrgyzstan, Tajikistan, and Moldova*, "Health and Human Rights" 2016, 18(1), s. 235–248.

25 M.in.: *Children's rights in primary health care. Volume 1. Manual and tools for assessment and improvement* (WHO, [2015]), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350125> (data dostępu: 09.08.2023); *Assessment tool for hospital care: improving the quality of care for reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health in South-East Asia* (WHO, 2016), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279767> (data dostępu: 09.08.2023); *Improving the quality of care for reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health in the WHO European Region: a regional framework to support the implementation of Health 2020* (WHO, 2016), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352380> (data dostępu: 09.08.2023); *Children's rights in hospital: rapid-assessment checklists* (WHO, 2017), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/370143> Rapid-assessment checklists (data dostępu: 09.08.2023).

w którym w tabelce umieszczone są wskaźniki odpowiadające kolejnym stopniom realizacji danego standardu. Dzięki temu otrzymujemy nie tylko ewaluację obecnej sytuacji w placówce, ale też wskazówki, co jest potrzebne, aby poprawić jakość w danym obszarze.

Przykład – Standard 6. Ochrona znajduje się na stronie 17.

Podejście oparte na prawach dziecka jest obecne także w dokumentach opracowywanych w poszczególnych krajach. Jednym z przykładów są wytyczne *Babies, children and young people's experience of healthcare*²⁶, opublikowane przez NICE (National Institute for Health and Care Excellence) z Wielkiej Brytanii. Opisują one, czym jest „dobre doświadczenie” niemowląt, dzieci i młodzieży będących pacjentami, oraz wskazują, w jaki sposób można je osiągnąć. Wytyczne dotyczą takich obszarów, jak: zasady komunikacji i przekazywania informacji małym pacjentom, planowanie opieki zdrowotnej z uwzględnieniem autonomii i decyzyjności pacjenta, zasady świadomej zgody, poszanowanie prywatności i poufności w interakcji personelu medycznego – dziecko, bycie rzecznikiem interesu dziecka oraz udzielanie wsparcia, dostępność, ciągłość i koordynacja opieki nad pacjentem.

Innym ciekawym i inspirującym dokumentem jest irlandzka *National Healthcare Charter for Children*²⁷, opracowana przez Departament Zdrowia wraz z Health Service Executive (HSE) w 2010 roku. Dokument był konsultowany nie tylko w gronie specjalistów takich jak pediatrzy czy prawnicy, ale także uzgadniany z dziećmi i rodzicami. W karcie dokładnie opisano prawa dziecka jako pacjenta i zasady korzystania z opieki zdrowotnej. Na przykład prawo do poszanowania godności i traktowania z szacunkiem przedstawione jest w następujący sposób:

Czego możesz oczekiwać? Każde dziecko powinno być traktowane z troską, uważnością, wrażliwością, uczciwością i szacunkiem podczas każdej interwencji medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem jego osobistej sytuacji, samopoczucia i specyficznych potrzeb, a także z pełnym szacunkiem dla ich fizyczności i integralności psychicznej. W jaki sposób możesz nam pomóc w przestrzeganiu tego prawa? Jeśli czujesz, że naruszono Twoją godność, przy wsparciu rodzica powiedz osobom z personelu medycznego, które się Tobą zajmują, o tym doświadczeniu i wspólnie ustalcie, jakie są Twoje potrzeby i w jaki sposób osoby te mogą na nie odpowiedzieć.

26 *Babies, children and young people's experience of healthcare*, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng204> (data dostępu: 09.08.2023).

27 *National Healthcare Charter for Children*, <https://childreninhospital.ie/wp-content/uploads/2022/05/healthcare-charter-for-children.pdf> (data dostępu: 09.08.2023).

Standard 6: Ochrona Konwencja o Prawach Dziecka, art. 6. 19 i 39						
↑ Stopniowe wdrażanie prawa dzieci do ochrony przed wszelkimi formami przemocy		WSKAŹNIKI		PRAWDA	FAŁSZ	
		Istotny progres	1.	Szpital regularnie monitoruje badania kliniczne i testy.		
			2.	Od każdego dziecka uczestniczącego w badaniach klinicznych uzyskiwana jest świadoma zgoda, z uwzględnieniem jego aktualnych możliwości i/lub opinii rodziców.		
			3.	Prowadzone są regularne audyty systemu ochrony dzieci.		
			4.	Dowody wskazują, że system ochrony dzieci jest skuteczny.		
			5.	Szpital przeprowadza badania jakościowe dotyczące ochrony dzieci (np. w zakresie świadomości specjalistów na temat przemocy wobec dzieci, tego, jak reagują i podejmują leczenie w przypadkach krzywdzenia dzieci, identyfikują przemoc wobec dzieci itp.).		
			6.	Wszyscy lekarze i pielęgniarki otrzymują aktualne informacje i/lub przechodzą szkolenia w zakresie istniejących protokołów ochrony dzieci i zasad przekierowania dzieci doświadczających przemocy do odpowiednich służb i specjalistów.		
		Znaczący postęp	7.	Istnieje komisja etyczna i protokoły regulujące badania kliniczne i próby.		
			8.	Wdrożony jest system rejestracji i monitorowania przypadków podejrzenia krzywdzenia dzieci.		
			9.	System ochrony dzieci podlega regularnej ocenie w celu zapewnienia jego skuteczności.		
			10.	Większość lekarzy i pielęgniarek została przeszkolona w zakresie identyfikacji, leczenia i zasad przekierowania do odpowiednich służb i specjalistów dzieci doświadczających przemocy.		
			11.	W placówce funkcjonują protokoły i procedury podane do wiadomości wszystkich pracowników, które określają zasady zgłaszania podejrzeń przemocy wobec dzieci do odpowiednich służb.		
			12.	W placówce przyjęto system ochrony dzieci.		
			13.	Wszyscy specjaliści pracujący w szpitalu przechodzą regularną weryfikację.		
		Pojedyncze działania	14.	W placówce istnieją wewnętrzne polityki i protokoły dotyczące ochrony dzieci.		
			15.	W placówce nie ma specjalnej jednostki lub zespołu zajmującego się ochroną dzieci.		
			16.	Niektórzy lekarze i pielęgniarki zostali przeszkoleni w zakresie identyfikacji, leczenia i zgłaszania dzieci poszkodowanych krzywdzeniem do odpowiednich służb.		
			17.	W placówce istnieje system ochrony dzieci, ale wymaga on znacznej poprawy (tj. brak procedur przekazywania zgłoszeń do służb socjalnych, policji, sądów i innych organów).		
			18.	Weryfikacja profesjonalistów pod kątem bezpieczeństwa dzieci odbywa się tylko podczas rekrutacji.		
		Brak działań	19.	Nie ma systemu weryfikacji specjalistów/wolontariuszy, którzy są rekrutowani i pracują w szpitalu.		
			20.	Brak protokołów regulujących badania kliniczne i testy.		
			21.	Większość lekarzy i pielęgniarek nie została przeszkolona w zakresie identyfikacji, leczenia i kierowania do instytucji ochrony dzieci lub pomocy specjalistycznej tych dzieci, które zostały poszkodowane jakąkolwiek formą przemocy.		
			22.	Nie istnieje system ochrony, leczenia i kierowania do instytucji ochrony dzieci / pomocy specjalistycznej dzieci, które zostały poszkodowane jakąkolwiek formą przemocy.		

Część 2.

Czym są Standardy Ochrony Dzieci?

SOD to zasady postępowania mające na celu ochronę dzieci przed krzywdzeniem i zagwarantowanie im dobrostanu i możliwości rozwoju (*safeguarding*) oraz *zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że są krzywdzone (child protection)*.

W Polsce przepisy dotyczące szeroko rozumianej ochrony dzieci przed krzywdzeniem są rozproszone po różnych aktach prawnych. Z tego powodu – w ślad za aktualnymi przepisami polskiego prawa²⁸ – promujemy wdrożenie w każdej instytucji Standardów Ochrony Dzieci. Spisanie ich w formie dokumentu *Polityka ochrony dzieci* służy zebraniu w jednym miejscu, uporządkowaniu i doprecyzowaniu zasad, których przyjęcie sprawia, że dana instytucja jest bezpieczna dla dzieci – jej personel potrafi zidentyfikować sytuacje stwarzające ryzyko krzywdzenia dziecka oraz podjąć działania profilaktyczne oraz interwencyjne.

Standard I. POLITYKA

Placówka ustanowiła i wprowadziła w życie *Politykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem*.

- a. *Polityka* dotyczy całego personelu (pracowników, współpracowników, stażystów i wolontariuszy).
- b. Organ zarządzający placówką zatwierdził *Politykę*, a za jej wdrażanie i nadzorowanie odpowiada kierownictwo placówki.
- c. Kierownictwo placówki wyznaczyło osobę odpowiedzialną za monitoring realizacji *Polityki*. Rola, zadania oraz kwalifikacje tej osoby są jasno określone.
- d. *Polityka ochrony dzieci* jasno i kompleksowo określa:
 - zasady bezpiecznej rekrutacji personelu,
 - sposób reagowania na przypadki podejrzenia, że dziecko doświadcza krzywdzenia, i zasady prowadzenia rejestru interwencji,
 - zasady bezpiecznych relacji personel–dziecko i dziecko–dziecko,
 - zasady bezpiecznego korzystania z Internetu i mediów elektronicznych,
 - zasady ochrony wizerunku i danych osobowych dzieci,
 - zasady monitorowania wskaźników wdrożenia *Polityki* w życie.

Realizacja tego standardu oznacza, że w placówce w sposób kompleksowy i systemowy podjęto wdrażanie standardów ochrony dzieci poprzez opracowanie i wprowadzenie w życie *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem*. Zawiera ona jasne wytyczne dotyczące tego, jak przeciwdziałać naruszaniu praw dzieci, jak tworzyć środowisko przyjazne i bezpieczne dzieciom oraz jakie kroki podjąć w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa dzieci. *Polityka ochrony dzieci* (POD) może być oddzielnym dokumentem, ale może także stanowić część bardziej złożonego dokumentu, np. regulaminu organizacyjnego.

28 Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw*.

Ustanowienie *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* jest komunikatem zarówno dla personelu, jak i dla dzieci oraz ich rodziców/opiekunów, że w codziennej pracy placówki respektowane są takie wartości, jak dobro dziecka oraz jego prawo do życia w bezpiecznym i zapewniającym rozwój otoczeniu, a personel w sposób holistyczny postrzega zdrowie dziecka i bierze pod uwagę nie tylko kondycję fizyczną dziecka, ale także jego stan emocjonalny i najbliższe otoczenie.

Standard II. PERSONEL

Placówka monitoruje, edukuje i angażuje swoich pracowników w celu zapobiegania krzywdzeniu dzieci.

- a. W ramach rekrutacji członków personelu pracujących z dziećmi prowadzona jest ocena przygotowania kandydatów do pracy z dziećmi oraz sprawdzane są ich referencje.
- b. Placówka uzyskała o każdym członku personelu dane z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym oraz informacje z Krajowego Rejestru Karnego i rejestrów karalności państw trzecich w zakresie określonych przestępstw (lub odpowiadających im czynów zabronionych w przepisach prawa obcego) albo – w przypadkach wskazanych prawem – oświadczenia o niekaralności²⁹.
- c. Określone są zasady bezpiecznych relacji (bezpiecznego kontaktu) całego personelu placówki z dziećmi, wskazujące, jakie zachowania są niedozwolone, a jakie pożądane w kontakcie z dzieckiem.
- d. Placówka zapewnia swoim pracownikom podstawową edukację na temat ochrony dzieci przed krzywdzeniem i pomocy dzieciom w sytuacjach zagrożenia, w zakresie:
 - rozpoznawania symptomów krzywdzenia dzieci,
 - stosowania adekwatnych do sytuacji procedur interwencji prawnej w przypadku podejrzeń krzywdzenia,
 - odpowiedzialności prawnej pracowników placówki zobowiązanych do podejmowania interwencji,
 - procedury „Niebieskie Karty”,
 - przestrzegania praw małego pacjenta oraz opartej na szacunku komunikacji z dziećmi i ich rodzicami/opiekunami.

Przyjęcie tego standardu oznacza, że w placówce poprzez wprowadzenie zasad bezpiecznej rekrutacji oraz bezpiecznych relacji personelu z dzieckiem podjęto odpowiednie kroki, by minimalizować ryzyko krzywdzenia dziecka, wynikające z okoliczności sprzyjających potencjalnym sprawcom: słabej kontroli, dostępności i możliwości. Ponadto jest wyrazem troski o budowanie środowiska, w którym dziecko-pacjent jest traktowane z szacunkiem, przestrzegane są jego prawa i podejmowane wszelkie starania, aby minimalizować dyskomfort, stres i cierpienie wynikające z choroby, pobytu w szpitalu, a także korzystania z innych świadczeń zdrowotnych.

29 Stan prawny od 15 lutego 2024.

Standard III. PROCEDURY

W placówce funkcjonują procedury zgłaszania podejrzenia oraz podejmowania interwencji w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dziecka.

- a. W placówce funkcjonują procedury, które określają krok po kroku, jakie działania należy podjąć w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka lub zagrożenia jego bezpieczeństwa ze strony personelu placówki, członków rodziny, rówieśników i osób trzecich.
- b. Cały personel zna te procedury, wie, czym one są i z jakich kroków się składają. Procedury są dostępne wszystkim pracownikom – wiadomo, gdzie je znaleźć. Każda osoba z personelu posiada informacje, komu zgłosić podejrzenie, że dziecko jest krzywdzone i kto jest osobą odpowiedzialną za prowadzenie interwencji.
- c. Osoby wyznaczone do prowadzenia interwencji są przeszkolone w tym zakresie i mają wsparcie instytucji w kontaktach z innymi służbami ochrony dzieci w podejmowaniu działań interwencyjnych oraz mają zapewnioną możliwość konsultowania przypadków budzących wątpliwości co do właściwego postępowania z innymi specjalistami.
- d. Prowadzony jest rejestr przypadków zgłoszeń dotyczących podejrzenia krzywdzenia dziecka oraz interwencji inicjowanych przez pracowników placówki.
- e. Łatwo dostępne są dane kontaktowe do lokalnych służb pomocowych i interwencyjnych. W placówce wyeksponowane są informacje dla dzieci na temat możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji, w tym numery bezpłatnych telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży.

Standard IV. MONITORING

Placówka monitoruje i okresowo weryfikuje zgodność prowadzonych działań z przyjętymi standardami ochrony dzieci, dokonując ich przeglądu i aktualizacji.

- a. Przyjęta *Polityka ochrony dzieci* jest weryfikowana i aktualizowana – przynajmniej raz w roku, ze szczególnym uwzględnieniem analizy danych z rejestru przypadków i sytuacji związanych z wystąpieniem zagrożenia bezpieczeństwa dzieci.
- b. W ramach weryfikacji *Polityki* placówka konsultuje się z dziećmi i ich rodzicami/opiekunami.

Realizacja tego standardu oznacza, że *Polityka ochrony dzieci* jest żywym dokumentem podlegającym bieżącej weryfikacji i aktualizowanemu, np. poprzez ankiety, jak też ocenę przeszłych wydarzeń pod kątem funkcjonalności procedur. Takie podejście zwiększa zaangażowanie i poczucie odpowiedzialności personelu, ponieważ umożliwia pracownikom sprawdzanie stopnia znajomości zasad i procedur, a także pozwala rozstrzygnąć ewentualne niejasności czy niespójności we wprowadzonych regulacjach. Skierowanie pytania o to, jak dzieci postrzegają swoje bezpieczeństwo i obowiązujące w organizacji standardy ochrony dzieci, nie tylko uwzględnia ich głos, ale zapewnia im również podmiotowość w działaniach, których są adresatami. Z kolei włączenie opiekunów w proces ewaluacji przyjętych standardów jest ważnym komunikatem mówiącym o tym, że są oni dla placówki ochrony zdrowia partnerem w procesie leczenia swojego dziecka i wspólnym dbaniu o tworzenie bezpiecznego środowiska dla dzieci.

Czego od placówek medycznych wymaga ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich?

Ustawa wprowadza szczególne środki ochrony przeciwdziałające zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i szczególne środki ochrony małoletnich. Są to:

- obowiązek weryfikacji osób przyjmowanych do pracy (sprawdzanie w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym),
- obowiązek przedstawienia informacji z rejestru karnego polskiego i/lub zagranicznego przez osobę przyjmowaną do pracy, oświadczenia o państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat oraz oświadczenia o niekaralności, gdy uzyskanie informacji z zagranicznego rejestru karnego nie jest możliwe (nie ma takiego rejestru lub informacja nie jest wydawana),
- obowiązek przyjęcia Standardów ochrony małoletnich, uwzględniających:
 - kodeks bezpiecznych relacji (personel–dziecko, dziecko–dziecko),
 - procedury interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka,
 - zasady przeglądu i aktualizacji standardów,
 - sposób udostępniania standardów rodzicom i dzieciom,
 - zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu do wdrożenia standardów,
 - wyznaczenie osób odpowiedzialnych za przyjmowanie zgłoszeń, uruchamianie odpowiedniej ścieżki interwencji i dokumentację zgłoszeń,
 - plan wsparcia dla dziecka,
 - zasady dostępu do Internetu i ochrony przed szkodliwymi treściami,
 - szczególną sytuację dzieci z niepełnosprawnościami oraz ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Standardy powinny być sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały dla małoletnich oraz udostępnione zarówno na stronie internetowej, jak i w widocznym miejscu w placówce. Placówka ma obowiązek co najmniej raz na dwa lata dokonywać oceny i aktualizacji standardów.

Część 3.

Wdrażanie standardów ochrony dzieci

W tej części podręcznika prześledzimy krok po kroku proces wdrażania standardów ochrony dzieci. Zwrócimy uwagę na te obszary działalności placówki medycznej, którym w szczególności należy się przyjrzeć. Ponadto wymienimy zagadnienia do przedyskutowania i podpowiemy, o czym warto pamiętać przy tworzeniu *Polityki ochrony dzieci* oraz składających się na nią zasad. Na końcu podręcznika zamieściliśmy wzory dokumentów, które można zaadaptować do potrzeb placówki.

Kluczem do pomyślnego wprowadzenia standardów ochrony dzieci w placówce jest diagnoza aktualnej sytuacji, a następnie opracowanie strategii wdrożeniowej.

GRUPA ROBOCZA

Znaczną część pracy nad wdrażaniem standardów może wykonać grupa robocza, powołana przez kierownictwo placówki. Głównym jej zadaniem jest spisanie zasad i procedur, składających się na *Politykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem*. Dokument ten powinien odnosić się do wszystkich standardów, a jednocześnie być dostosowany do specyfiki placówki. Z tego powodu wskazane jest, by w skład grupy roboczej weszły osoby pełniące rozmaite funkcje, np.: zarząd/kierownictwo placówki, osoby kierujące zespołami, takie jak ordynator(ka) oddziału, pielęgniarka/położna oddziałowa, koordynator przychodni, osoby realizujące zadania w różnych obszarach (praca administracyjna, personel medyczny, personel pomocniczy), a także zatrudnione w różnych formach – w tym np. stażyści, wolontariusze, praktykanci. W przypadku placówek o złożonej strukturze warto także uwzględnić charakter działalności leczniczej poszczególnych jednostek i do udziału zaprosić reprezentantów pracowników np. izby przyjęć, SOR-u, oddziałów pobytu dziennego, całodobowego, poradni itp. Każda z tych osób może wnieść ważną perspektywę, odwołując się do charakteru wykonywanych zadań, swojej wiedzy i doświadczenia.

Warto również zaplanować konsultacje z opiekunami oraz z samymi dziećmi (w sposób dostosowany do ich wieku) oraz stworzyć przestrzeń na zgłaszanie uwag do dokumentów i przeznaczyć czas na ich przeanalizowanie.

Rolą kierownictwa jest koordynacja całego procesu. Należy mieć na uwadze, że rozwiązania dotyczące ochrony dzieci staną się skuteczne tylko wtedy, gdy kierownictwo będzie realnie wspierało ich wdrażanie i stosowanie w obrębie całej placówki.

W praktyce wielu placówek medycznych regularne spotkania grupy roboczej mogą być trudne do zrealizowania. W takich przypadkach rekomendujemy, aby nie rezygnować z koncepcji grupy roboczej, a zamiast tego zmienić formułę jej pracy. Grupa robocza ma wówczas dwa podstawowe zadania:

1. Jej członkowie stają się konsultantami fragmentów *Polityki ochrony dzieci* wypracowywanych przez inne działy lub osoby (np. szpitalny dział prawny, dział kadr, dział jakości/compliance itd.) i zatwierdzają kolejne rozdziały.
2. Stacjonarna praca zespołowa grupy roboczej sprowadza się co najmniej do wypracowania *Zasad bezpiecznego kontaktu* między personelem i małymi pacjentami. Więcej o *Zasadach bezpiecznego kontaktu* piszemy w dalszej części podręcznika.

DIAGNOZA: AUDYT WEWNĘTRZNY W PLACÓWCE I OCENA RYZYKA

Audyt wewnętrzny i ocena ryzyka odnoszą się do wstępnej fazy wdrażania standardów ochrony dzieci. Audyt ma ułatwić diagnozę aktualnego stanu realizacji standardów w danej placówce. Na stronie standarty.fdds.pl dostępne jest narzędzie do oceny funkcjonowania placówki poprzez określenie jej mocnych i słabych stron oraz obszarów, w których można dokonać zmian lub poprawek. Z kolei ocena ryzyka pozwala na podjęcie namysłu nad potencjalnymi trudnościami w procesie wdrażania standardów i sposobami ich rozwiązania.

AUDYT WEWNĘTRZNY PLACÓWKI W KILKU KROKACH

- 1 REJESTRACJA.** Pierwszym krokiem jest zarejestrowanie placówki na portalu standarty.fdds.pl, co pozwala na utworzenie indywidualnego konta.
- 2 ANKIETA.** Po zarejestrowaniu się na portalu standarty.fdds.pl przedstawiciel placówki (samodzielnie lub analizując pytania wraz z członkami grupy roboczej) wypełnia ankietę. Jej wynik pozwoli określić, jakie działania na rzecz ochrony dzieci przed krzywdzeniem są już realizowane, a czego brakuje, aby można było uznać, że standardy są spełniane. Na pytania w ankiecie trzeba odpowiadać zgodnie ze stanem faktycznym. W przypadku braku pewności, czy jakieś rozwiązanie jest wdrożone, należy zaznaczyć, że go nie ma.
- 3 PLAN DZIAŁAŃ.** Po wypełnieniu ankiety i ocenie poziomu zaawansowania w realizacji standardów ochrony dzieci przed krzywdzeniem każda placówka otrzymuje informacje zwrotne, które należy wykorzystać podczas opracowywania planu dalszych działań.
- 4 OCENA RYZYKA.** Uzupełnieniem audytu wewnętrznego jest ocena ryzyka krzywdzenia dzieci w placówce. To ważne zadanie dla każdego podmiotu wdrażającego standardy ochrony dzieci.

Do przeprowadzenia analizy ryzyka krzywdzenia dzieci w placówce można wykorzystać takie narzędzia, jak: schemat pytań „Analiza ryzyka” oraz tabelę „Obszary ryzyka”.



Schemat pytań „Analiza ryzyka” oraz tabela „Obszary ryzyka” znajdują się w załącznikach nr 3 i 4.

UWAGA! Doświadczenia organizacji i instytucji na całym świecie wskazują, że każdy obszar pracy niesie ryzyko krzywdzenia dzieci, dlatego należy brać pod uwagę je wszystkie. W schemacie pytań „Analiza ryzyka” proponujemy przyjrzenie się następującym polom działalności placówki: personel, partnerzy, dostawcy usług dla placówki, dostawcy usług na terenie szpitala, komunikacja i technologia, struktura i architektura placówki, promocja/fundraising, a następnie identyfikację specyficznych dla nich czynników ryzyka. Niektóre zagrożenia mogą być wspólne dla ogółu instytucji i dotyczyć wszystkich dzieci, ale część z nich będzie ściśle związana ze specyfiką działalności danego podmiotu. Dlatego istotne jest, aby członkowie grupy szukali odpowiedzi na postawione pytania z punktu widzenia rozmaitych ról, które reprezentują oraz rozważali różne sytuacje – takie podejście może skutkować dostrzeżeniem ukrytego dotąd ryzyka. Z tego powodu do arkusza warto dodawać specyficzne i ważne dla organizacji pola funkcjonowania lub pytania, które poszerzają perspektywę i pozwalają dostrzec nowe zagrożenia.

Tabela „Obszary ryzyka” posłuży grupie roboczej do dalszej analizy zagrożeń. Ten etap pracy zakłada wykorzystanie czynników ryzyka, które zostały zidentyfikowane i spisane podczas pracy z arkuszem pytań oraz ewentualnych nowych, które pojawiają się w toku dyskusji. Czynnikiem ryzyka należy nadać rangę – określić, czy ryzyko jest wysokie, średnie czy niskie, a następnie zastanowić się nad metodami ograniczenia danego ryzyka i konkretnymi działaniami, które mogą zostać wdrożone w tym celu.

Wypełnienie tabeli pozwoli ustalić priorytety oraz zaprojektować działania, które zminimalizują ryzyko krzywdzenia dzieci. Grupa robocza powinna przeanalizować każdy czynnik ryzyka z osobna, a także przemyśleć, jak poszczególne z nich mogą wzajemnie na siebie wpływać. Podczas pracy nad oceną czynników można podzielić grupę roboczą na mniejsze zespoły analizujące konkretne obszary.

W dalszej pracy należy skoncentrować się na czynnikach o znaczeniu wysokim lub średnim i dla nich sporządzić strategię minimalizacji ryzyka oraz plan działań. Generowanie rozwiązań ograniczających ryzyko jest ważnym, ale też bardzo kreatywnym momentem. Warto wówczas oddać głos osobom pełniącym różne funkcje w placówce. Do zadań wskazanego członka grupy roboczej będzie należało sprawdzanie, czy proponowane rozwiązania są zasadne i wykonalne.

Jedną z możliwości jest zadawanie na bieżąco pytań, np.:

- Czy to działanie zmniejsza to konkretne ryzyko?
- Czy działanie jest możliwe do realizacji pod kątem kosztów i efektywne pod tym względem? Czy nie wymaga znaczących nakładów finansowych?
- Czy działanie jest realne do wdrożenia, biorąc pod uwagę kontekst, w jakim funkcjonuje organizacja?

Przedsięwzięcia, które spełniają powyższe kryteria, można zapisać w części „działania do wdrożenia”.

Powinny się tutaj znaleźć punkty wybrane przez uczestników grupy roboczej do realizacji – może to oznaczać, że zostaną uwzględnione w *Polityce ochrony dzieci* lub w ramach innych zadań wspierających wdrażanie standardów ochrony dzieci. Wyniki tej pracy należy zestawić z informacjami zwrotnymi uzyskanymi po wypełnieniu ankiety na stronie standardy.fdds.pl. Jeśli pojawią się nowe zadania,

warto je dopisać i zaplanować ich realizację. Istotne jest, aby ten etap pracy został zachowany do wykorzystania w przyszłości, np. w formie notatki lub zdjęcia.

W procesie analizy ryzyka nie może zabraknąć rozważań dotyczących personelu. Dostosowane do specyfiki podmiotu standardy ochrony dzieci mają służyć ich ochronie przed krzywdzeniem, a weryfikacja pracowników jest jednym z narzędzi minimalizowania ryzyka tego krzywdzenia. Pracodawca lub organizator działalności ma obowiązek sprawdzenia każdego kandydata do pracy w Rejestrze Sprawców Przepiępstw na Tle Seksualnym, a osoba ubiegająca się o pracę/współpracę ma obowiązek przedłożenia przed zatrudnieniem pracodawcy lub organizatorowi działalności informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu) i XXV Kodeksu karnego (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności), w art.189a (handel ludźmi) i art.207 Kodeksu karnego (znęcanie się) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r., poz.1939) lub w odniesieniu do odpowiadających tym przestępstwom czynów zabronionych określonych w przepisach prawa obcego (obcokrajowiec przedkłada dodatkowo – obok informacji z polskiego KRK – adnotację z rejestru karnego państwa swojego obywatelstwa). Ponadto osoba przyjmowana do pracy lub wykonywania obowiązków składa pracodawcy/organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie dostarcza pracodawcy/organizatorowi informację z rejestrów karnych państw wskazanych w tym oświadczeniu, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, bądź zwykłą informację z rejestru, jeżeli prawo danego państwa nie przewiduje sporządzania informacji dla tych celów. Obowiązki te dotyczą osób zatrudnianych (dopuszczanych do pracy) od 15 lutego 2024 r.

Obowiązek weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przepiępstw na Tle Seksualnym obowiązuje od 1.10.2017 r. Jeśli podmiot nie dopełnił tego wymogu względem osób zatrudnionych przed 15.02.2024, powinien niezwłocznie uzupełnić ten brak.

Co oznacza „zatrudnienie i dopuszczenie do działalności związanej z wychowaniem i edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub opieką nad nimi”? Obecnie możemy spotkać dwa odmienne stanowiska. W wąskim podejściu są to osoby bezpośrednio pracujące z dziećmi, których obowiązki ściśle mieszczą się w zakresie wskazanym w ustawie. Podejście szerokie odwołuje się natomiast do faktu, że ustawodawca nie zawarł w przepisie sformułowania „działalności bezpośrednio z dziećmi”, a więc nie zawęził obowiązku do osób pracujących bezpośrednio z dzieckiem, więc – co za tym idzie – wymóg powinien dotyczyć wszystkich osób pracujących w każdym podmiocie kierującym swoją działalność do dzieci. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę proponuje podejście oparte na analizie ryzyka.



Więcej na ten temat w:
*Bezpieczna placówka,
bezpieczna organizacja.
Przewodnik po narzędziu do
analizy ryzyka w procesie
weryfikacji personelu.*

Przeprowadzenie analizy ryzyka krzywdzenia dzieci w podmiocie to realizacja ustawowego obowiązku dostosowania opracowywanych i wdrażanych standardów ochrony dzieci do specyfiki danego podmiotu. Jest wyrazem należytej staranności w opracowywaniu tych standardów. Tę czynność warto udokumentować, aby m.in. w przypadku kontroli móc wykazać, że kierownictwo podmiotu jest świadome zagrożeń i podejmuje odpowiednie działania, żeby utrzymywać ryzyko krzywdzenia dzieci na niskim poziomie i pod kontrolą.

BADANIE POTRZEB PRACOWNIKÓW

Jednym z narzędzi pomocnych w określeniu „stanu wyjściowego” instytucji jest badanie kwestionariuszowe wśród pracowników. Obecnie większość wewnętrznych systemów informatycznych używanych w szpitalach i przychodniach umożliwia przeprowadzenie takiej anonimowej ankiety.

Obszary, które można zbadać to:

- wiedza pracowników nt. form przemocy wobec dzieci i jej identyfikacji,
- wiedza pracowników nt. funkcjonujących w placówce procedur postępowania w przypadku podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone,
- doświadczenia z prowadzeniem interwencji,
- potrzeby szkoleniowe.

Ankiety można skonstruować w taki sposób, aby w kolejnych latach mogła być używana do monitorowania i ewaluacji funkcjonowania standardów ochrony dzieci w placówce.



Przykładowy kwestionariusz znajduje się w załączniku nr 2.

Strategia wdrożenia standardów ochrony dzieci w placówce powinna zawierać następujące elementy:

- a. Opracowanie *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem*.
- b. Wdrożenie *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* – ustalenie kto, gdzie, kiedy podejmie określone działania.
- c. Upowszechnianie *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* – ustalenie, w jaki sposób poinformuje się o niej osoby zainteresowane.
- d. Realizacja ustalonych w *Polityce ochrony dzieci przed krzywdzeniem* działań.
- e. Analiza i ocena podejmowanych działań.

OPRACOWANIE POLITYKI OCHRONY DZIECI

1. Etap przygotowawczy

Przygotowanie *Polityki ochrony dzieci* to wieloetapowa praca, dlatego warto ją dokładnie przemyśleć i odpowiednio rozłożyć w czasie. Zadania grupy roboczej w początkowej fazie będą związane ze zdefiniowaniem oczekiwań względem ochrony dzieci w danej placówce, weryfikacją dokumentów odnoszących się do tego zagadnienia oraz ustaleniem kształtu *Polityki ochrony dzieci*.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- a. Uzgodnienie kwestii związanych z ochroną dzieci w placówce.
 - Jakie korzyści przynosi placówce oraz jej personelowi wprowadzenie zasad i procedur ochrony dzieci?
 - Jakie korzyści dostarczy dzieciom i ich rodzicom/opiekunom wdrożenie *Polityki*?
 - Do jakich ważnych dla Waszej instytucji wartości (obok dobra dziecka) powinna odnosić się tworzona *Polityka*?
 - Jakie wątpliwości i pytania na temat *Polityki* mogą pojawić się ze strony pozostałych członków personelu?
 - Jak chcecie odpowiedzieć na te wątpliwości i pytania oraz jakimi argumentami możecie poprzeć wprowadzenie *Polityki*?
- b. Określenie preferowanej struktury dokumentu *Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem*.
 - Czym Wasza *Polityka* będzie się różnić od innych tego rodzaju dokumentów?
 - Co jest specyficznego w działaniu Waszej placówki i w związku z tym powinno znaleźć odzwierciedlenie w *Polityce*?
- c. Rozważenie powiązań między *Polityką* ochrony dzieci przed krzywdzeniem a innymi formalnymi zasadami obowiązującymi w placówce.
 - Jakie regulaminy i procedury obowiązują w Waszej placówce (np. procedury akredytacyjne, polityka zatrudnienia, zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, polityka ochrony danych osobowych, polityka dyscyplinarna, polityka antydyskryminacyjna, regulaminy oddziałów, kodeks etyki, karty praw pacjenta itd.)?
 - Czy dokumenty te odnoszą się do kwestii regulowanych w *Polityce*?
 - Jak możecie rozwiązać sytuacje ewentualnych sprzeczności między treścią tych dokumentów a tym, co ma być zapisane w *Polityce*?

1.a. Deklaracja (preambuła)

W tym momencie grupa robocza może przygotować deklarację, która będzie wstępem (preambułą) do regulacji zawartych w *Polityce* ochrony dzieci przed krzywdzeniem i zakomunikuje:

- dlaczego Wasza placówka chce opracować i wdrożyć *Politykę* oraz procedury ochrony dzieci,
- w jaki sposób – w szerokim ujęciu – zamierza spełniać zadanie ochrony dzieci,



Więcej na ten temat w:
Ochrona zdrowia, ochrona dzieci. Jak skutecznie i zgodnie z prawem reagować w sytuacji podejrzenia, że dziecko – pacjent jest krzywdzone?



Więcej na ten temat w:
Czym jest krzywdzenie dziecka i jak je rozpoznać? Informacje dla osób wykonujących zawód medyczny.

- kogo dotyczą zasady i procedury ochrony dzieci, a także jaki jest ich status – czy są obowiązkowe, czy muszą być przestrzegane przez wszystkie osoby związane z placówką,
- jaka definicja krzywdzenia dzieci jest przyjęta przez placówkę.
- w jakim stopniu *Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem* jest spójna z innymi zasadami i procedurami dotyczącymi przestrzegania praw dzieci w waszej instytucji,
- w oparciu o jakie ważne dla instytucji wartości wprowadzane są standardy ochrony dzieci.



Tu możecie zobaczyć przykład preambuły do *Polityki ochrony dzieci*.

UWAGA! W obszarze ochrony zdrowia, z uwagi na specyficzną sytuację dziecka-pacjenta, problematykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem możemy rozumieć wieloaspektowo, a więc jako:

1. ochronę wynikającą z przepisów prawa, nakładających na pracowników ochrony zdrowia obowiązek identyfikowania sytuacji mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka (przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) oraz podejmowania prawnej interwencji w określonych przypadkach,
2. przestrzeganie praw pacjenta,
3. respektowanie praw dziecka określonych w Konwencji o Prawach Dziecka oraz minimalizowanie ryzyka traumatyzacji dziecka w wyniku pobytu w szpitalu i korzystania ze świadczeń medycznych.

2. Wstępna wersja *Polityki*

Kolejnym etapem działania grupy roboczej jest opracowanie wstępnej wersji *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem*. Dokument powinien regulować te obszary funkcjonowania placówki, które wiążą się z możliwością naruszenia praw dziecka – od bezpieczeństwa i wsparcia po interwencję w sytuacjach zagrażających jego życiu, zdrowiu i dobrostanowi.

Tworzenie *Polityki* ułatwi generator – narzędzie dostępne jest dla podmiotów zarejestrowanych na stronie standardy.fdds.pl.

2.a. Zasady bezpiecznej rekrutacji personelu

Bardzo rzadko, ale zdarza się, że o pracę w instytucjach działających na rzecz dzieci ubiegają się osoby, które chcą uzyskać dostęp do potencjalnych ofiar krzywdzenia. Szukają one placówek o słabym systemie rekrutacji lub takich, w których nie przestrzega się standardów. Wprowadzenie jasnego systemu weryfikacji nowo przyjmowanych osób przed zaoferowaniem im pracy lub możliwości wykonywania obowiązków na innej podstawie prawnej jest jednym z podstawowych elementów zapobiegających sytuacjom krzywdzenia dzieci. Zasady te powinny określać, jakie praktyki są obowiązkowe bądź zalecane w celu bezpiecznej rekrutacji personelu.

W placówkach ochrony zdrowia przykładowe obszary, których mogą dotyczyć, to:

- kwalifikacje kandydatów/kandydatek – dokumenty obowiązkowe i dobrowolne,
- wymagane dane identyfikacyjne kandydatów/kandydatek,
- weryfikacja w *Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym*,
- zaświadczenie z *Krajowego Rejestru Karnego*, rejestrów karalności państw trzecich lub oświadczenia o niekaralności,
- oświadczenie o przeszłych państwach zamieszkania kandydata/kandydatki.



Więcej na ten temat
w załączniku nr 5.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- Jak obecnie wygląda proces rekrutacji? Czy wytyczne odnoszą się do wszystkich członków personelu, także pracowników kontraktowych, b2b, studentów, praktykantów, stażystów, wolontariuszy itp.?
- Czy w przeszłości zdarzyło się, że w placówce pracowała osoba, która nie powinna zostać dopuszczona do kontaktu z dziećmi? Jak można było uniknąć takiej sytuacji?
- Czy w toku rekrutacji weryfikowane są kwalifikacje kandydatów/kandydatek do pracy z dziećmi oraz sprawdzana jest znajomość zagadnień związanych z ochroną dzieci przed krzywdzeniem?
- Czy kandydaci są proszeni o referencje? Czy kontaktujecie się z poprzednimi pracodawcami? Czy wiecie, jak uzyskać te informacje zgodnie z przepisami prawa?
- Czy każda zatrudniana osoba jest sprawdzana w *Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym* i przedstawia zaświadczenie z *Krajowego Rejestru Karnego*? Czy w określonych przypadkach zatrudniane osoby przedkładają informację z rejestrów karalności państw trzecich lub oświadczenia o niekaralności³⁰?



*Bezpieczna placówka,
bezpieczna organizacja.
Przewodnik po narzędziu do
analizy ryzyka w procesie
weryfikacji personelu*

WAŻNE: Za niesprawdzenie, czy osoba, którą przyjmujesz do pracy, wykonywania usług, na staż, wolontariat, figuruje w *Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym* grozi kara aresztu, ograniczenia wolności lub grzywna zaczynająca się od 1000 zł. Podobna kara grozi kandydatom, którzy nie złożą odpowiednich informacji z rejestrów karnych lub oświadczeń.

2.b. Weryfikacja wiedzy o zjawisku krzywdzenia dzieci oraz przeciwdziałaniu przemocy domowej

Część zawodów medycznych, m.in. lekarz, lekarz dentyista, położna i ratownik medyczny, posiadają w swoich standardach kształcenia zagadnienia obejmujące czynniki ryzyka i objawy krzywdzenia dzieci, a także przeciwdziałanie przemocy domowej³¹. Treści te znajdują się także w programach niektórych

30 Obowiązek weryfikacji personelu poprzez pobranie zaświadczeń o niekaralności i/lub oświadczeń dotyczy wyłącznie osób przyjmowanych do pracy lub realizacji obowiązków na innej podstawie prawnej po 15 lutego 2024 roku. Aktualnie pracodawca nie ma obowiązku „wstecznego” zweryfikowania personelu przyjętego wcześniej. Należy jednak pamiętać, że obowiązek sprawdzenia kandydata/kandydatki w *Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym* obowiązuje od 1 października 2017 roku i od tego czasu powinien być realizowany.

31 Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

specjalizacji lekarskich – z pediatrii i medycyny rodzinnej, kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek z pielęgniarstwa neonatologicznego, pediatrycznego, rodzinnego oraz dla położnych (pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze, pielęgniarstwo rodzinne). Jednocześnie wymóg przeszkolenia z zakresu przeciwdziałania przemocy czy rozpoznawania symptomów krzywdzenia dziecka nie został uwzględniony w zakresie tworzenia programu stażu lekarskiego³² ani w standardach kształcenia fizjoterapeutów oraz pielęgniarek. Na przekazywanie wiedzy o zjawisku krzywdzenia dzieci oraz przeciwdziałaniu przemocy domowej w toku kształcenia zawodów medycznych przeznaczona jest niewielka liczba godzin. Ważnym elementem wdrażania SOD w placówce medycznej jest więc wprowadzenie przez Kierownictwo obowiązkowego szkolenia z zagadnień związanych z ochroną dzieci przed krzywdzeniem dla nowo zatrudnionych pracowników oraz okresowe odświeżanie wiedzy u wszystkich zatrudnionych.

2.c. Procedury reagowania w placówce na przypadki podejrzenia, że dziecko doświadcza krzywdzenia
Jednym z kluczowych elementów *Polityki ochrony dzieci* jest procedura reagowania na przypadki podejrzenia, że dziecko doświadcza krzywdzenia.

Procedura powinna określać:

- jak, kiedy i jakie informacje należy zebrać w przypadku podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone,
- jakie kroki powinien podjąć każdy pracownik, który podejrzewa, że dziecko może być krzywdzone przez rodzica/opiekuna lub innego domownika, przez członka personelu placówki, przez inną osobę dorosłą bądź przez inne dziecko,
- kto i kiedy zobowiązany jest zawiadomić o krzywdzeniu dziecka odpowiednie organy (policja, prokuratura, sąd rodzinny) lub wszcząć procedurę „Niebieskie Karty”,
- w jaki sposób i w jakim zakresie rejestrowane są informacje o przypadkach podejrzenia krzywdzenia dziecka oraz podjętych w placówce interwencjach prawnych,
- kogo obowiązują przyjęte regulacje (czy dotyczą wszystkich osób mających kontakt z dziećmi, nawet jeśli ich głównym zadaniem nie jest opieka nad nimi, jak np. w przypadku dozorczy budynku).

Do procedury warto dołączyć listę z numerami telefonów do kluczowych instytucji i służb, które należy poinformować o zdarzeniu.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- W jaki sposób w placówce zgłaszane są obawy i podejrzenia dotyczące krzywdzenia dzieci? Czy istnieje procedura formalna? Czy istnieje nieformalna procedura, która nie została dotąd spisana?
- W jaki sposób reaguje się na takie zgłoszenia i kto jest odpowiedzialny za kierowanie tym procesem?
- Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w placówce przeprowadzono interwencję prawną w związku z podejrzeniem krzywdzenia dziecka? Kto zainicjował i przeprowadził interwencję? Jaki był jej przebieg? Czy w toku interwencji wystąpiły jakieś specyficzne przeszkody, których w przyszłości można uniknąć? Czy są jakieś szczególne procedury, jeśli zgłoszenie dotyczy podejrzenia krzywdzenia, którego domniemanym sprawcą jest ktoś z personelu?
- Czy personel placówki jest świadomy obowiązków prawnych związanych z ochroną dzieci przed krzywdzeniem? Czy wśród członków personelu znany jest art. 240 *Kodeksu karnego*, określający, kiedy wiedzę o przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu konkretnych przestępstw trzeba

32 Art. 15 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516).

bezwzględnie zgłaszać? Czy personel wie o procedurze „Niebieskie Karty”, obowiązującej w przypadku podejrzenia stosowania wobec dziecka przemocy domowej?

- W jaki sposób w placówce kwalifikuje się sytuacje zagrożenia bezpieczeństwa dzieci na potrzeby wdrażania standardów (np. podejrzenie popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka, podejrzenie innej formy krzywdzenia niebędącej przestępstwem, zaniedbanie potrzeb życiowych dziecka)?
- Jaki może być katalog podejmowanych interwencji w zależności od: kwalifikacji zagrożenia bezpieczeństwa dziecka; tego, kto jest osobą podejrzaną o działanie na szkodę dziecka (np. pracownik, współpracownik, inne osoby trzecie, opiekun, inne dziecko); tego, kto dokonuje zgłoszenia?
- W przypadku stwierdzenia zwiększonego ryzyka krzywdzenia, jakie rodzaje działań (interwencja miękka, profilaktyka) mogą być podjęte w placówce, np. rozmowa z rodzicem/opiekunem, rozmowa z dzieckiem, zaproponowanie wsparcia psychologicznego, zaproponowanie psychoedukacji – w zależności od specyfiki placówki i jej wewnętrznych zasobów?
- Czy wyznaczono osobę, która formalnie lub nieformalnie odpowiada za przyjęcie zgłoszenia o podejrzeniu krzywdzenia dziecka, ustalenie informacji potrzebnych do podjęcia decyzji o interwencji, podjęcie decyzji o interwencji i monitorowanie jej przebiegu?
- Jakie są zasoby wewnętrzne organizacji, które można uruchomić w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka oprócz podjęcia interwencji prawnej? Z pomocy jakich specjalistów można skorzystać (psycholog, pedagog, interwent kryzysowy, prawnik)?
- Czy i jaka jest historia dotychczasowej współpracy z zewnętrznymi instytucjami, np. ośrodkiem pomocy społecznej, policją czy organizacjami zajmującymi się zapobieganiem przemocy wobec dzieci?
- Czy dotychczas w placówce dokumentowano zgłaszanie podejrzeń krzywdzenia dziecka? W jaki sposób? Co powinno znaleźć się w dokumentacji przebiegu każdej interwencji?
- Jak ustala się obieg informacji o zgłoszeniu i podjętych działaniach?
- Jakie przyjmuje się zasady dotyczące poufności i zachowania w tajemnicy informacji o podejrzeniu krzywdzenia, wyłączając informacje przekazywane uprawnionym organom w ramach działań interwencyjnych?

Warto pamiętać, że zbieranie dowodów świadczących o tym, że w określonej sytuacji doszło do krzywdzenia dziecka, nie leży w zakresie odpowiedzialności placówki. Jest to zadanie powołanych do tego organów (policja, prokuratura), które mają obowiązek zbadania danej sprawy na skutek otrzymanego zawiadomienia. Jednakże, zgodnie z obowiązującymi przepisami, powinnością każdego, kto pracuje z dziećmi, jest zgłoszenie wszelkich uzasadnionych podejrzeń związanych z ich bezpieczeństwem. Zdarzenie, które wydaje się jednorazowym incydem, może być tak naprawdę częścią powtarzalnego krzywdzącego zachowania.

Zachęcamy do korzystania z materiałów zamieszczonych na standardy.fdds.pl/placowkimedyczne przy opracowywaniu schematów postępowania, które opisujemy niżej.



Pełny wykaz i omówienie podstaw prawnych obowiązku podjęcia interwencji w placówce medycznej znajdziesz tu: *Ochrona zdrowia, ochrona dzieci. Jak skutecznie i zgodnie z prawem reagować w sytuacji podejrzenia, że dziecko-pacjent jest krzywdzone?*

Przyjęty w danej placówce schemat postępowania w przypadku podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone, powinien:

- wynikać z założenia, że celem interwencji jest zatrzymanie krzywdzenia dziecka i zapewnienie mu bezpieczeństwa,
- opierać się na przepisach prawa i przewidzianych w prawie ścieżkach interwencji odpowiadających różnym kategoriom krzywdzenia,
- określać, jakie kroki powinien podjąć każdy pracownik, który podejrzewa, że dziecko może być krzywdzone;
- uwzględniać fakt, że sprawcą krzywdzenia może być rodzic/opiekun dziecka, inna osoba dorosła w jego otoczeniu (także pracownik podmiotu), a także inne dziecko,
- wskazywać konkretną osobę (funkcję), do której należy kierować informacje o podejrzeniu krzywdzenia dziecka i która jest odpowiedzialna za prowadzenie interwencji,
- być jak najprostszy,
- wykorzystywać istniejące i dobrze działające ścieżki komunikacji – np. system informowania o zdarzeniach niepożądanych, odprawy, raporty, przekazywanie dyżurów,
- dokładnie określać sytuacje, w których każdy pracownik jest zobowiązany samodzielnie i niezwłocznie zawiadomić policję.
- określić, w jaki sposób rejestrowane są informacje o przypadkach podejrzenia krzywdzenia dziecka oraz podjętych w placówce interwencjach,
- zawierać plan wsparcia dziecka/plan naprawczy.

2.d. Zasady bezpiecznego kontaktu personel–dziecko

Zasady bezpiecznego kontaktu z dzieckiem mają jasno określać, jakie zachowania i praktyki ze strony personelu są niedozwolone w pracy z dziećmi. Zgodnie z wymaganiami ustawowymi *Polityka* powinna być dostępna również w wersji skróconej i przeznaczonej dla dzieci, co w szczególności dotyczy właśnie zasad bezpiecznych relacji. Zasady winny zostać sformułowane zarówno w wersji skierowanej do dorosłych (personel, rodzice/opiekunowie dzieci), jak i w wersji przeznaczonej dla małych pacjentów, a ponadto dostosowane do realiów funkcjonowania placówki, tj. wynikać z charakteru prowadzonej działalności oraz form nawiązywania i utrzymywania kontaktu z dziećmi.

Przykładowe obszary, których mogą dotyczyć zasady bezpiecznego kontaktu:

- kontakt fizyczny z dzieckiem,
- komunikacja werbalna z dzieckiem,
- równe traktowanie,
- czynności medyczne i pozamedyczne,
- transport, przemieszczanie się i warunki noclegowe,



Więcej na ten temat w:
Jak kształtować pozytywne doświadczenia dziecka-pacjenta w relacjach z systemem ochrony zdrowia? Poradnik dla osób wykonujących zawód medyczny.

- czynności higieniczno-pielęgnacyjne,
- dyscyplinowanie dziecka,
- relacje z rodzicami/opiekunami dziecka,
- zachowania niedopuszczalne wobec dziecka.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- Jak jest rozumiana „profesjonalna relacja z dzieckiem” w Waszej instytucji?
- Czy w przeszłości zdarzały się sytuacje takich relacji personelu z dzieckiem, które wzbudzały wątpliwości co do ich stosowności? Na czym polegały? Jak zostały rozwiązane? Czy pojawiły się jakieś wnioski, które można zastosować przy opracowywaniu zasad bezpiecznych relacji?
- Które obszary działania placówki wymagają szczególnego doprecyzowania zasad bezpiecznego kontaktu, biorąc pod uwagę jej specyfikę, wiek dzieci, rodzaj udzielanych świadczeń medycznych?
- Czy personel placówki stosuje przymus fizyczny wobec dzieci-pacjentów?
- Czy w placówce opracowane są dostosowane do dzieci informacje dla pacjentów nt. ich praw, regulaminu, zabiegów?
- Czy są określone, np. w kodeksie etyki, bezpieczne granice w kontakcie z rodzicami/opiekunami?
- Które grupy pracowników i współpracowników powinny skonsultować tworzone zasady bezpiecznych relacji?
- Czy w kulturze organizacyjnej placówki mieści się udzielanie informacji zwrotnych współpracownikom nt. ich zachowania wobec pacjentów i ich rodziców/opiekunów?
- Czy relacje pomiędzy członkami personelu oparte są na szacunku i poszanowaniu godności oraz modelują właściwe odnoszenie się do dzieci?

Oprócz opracowania zasad bezpiecznego kontaktu należy zastanowić się nad konsekwencjami, jakie poniosą osoby, które je naruszają. Następstwa dyscyplinarne mogą być różne w zależności od skali przewinienia, jak również ze względu na status danej osoby w strukturze organizacji (pracownik, współpracownik, wolontariusz, stażysta).

Z doświadczeń Fundacji zajmującej się od prawie dwóch dekad opracowywaniem, wdrażaniem i konsultowaniem standardów we wszystkich obszarach dotyczących pracy z dziećmi wynika, że wypracowanie *Zasad bezpiecznego kontaktu* powinno zawsze odbywać się w drodze bezpośredniej pracy zespołowej. Przekazanie tego zadania jednej osobie lub działowi najczęściej generuje późniejsze problemy w funkcjonowaniu *Polityki*.

Zasady bezpiecznego kontaktu są ściśle związane z wartościami i postawami personelu. Przedyskutowanie ich w grupie i uwspólnienie ich rozumienia zwiększa szanse na to, że staną się realnymi wytycznymi stosowanymi w codziennej praktyce, a nie narzuconymi z góry regułami, których sens nie jest dla wszystkich zrozumiały. Dobrą praktyką jest wspólne wypracowanie tego katalogu w gronie pracowników różniących się pod względem wykonywanych zawodów, pełnionych funkcji, stanowisk oraz jednostek, w których pracują, mających kontakt z dziećmi-pacjentami w różnych sytuacjach i okolicznościach. Możliwe staje się wówczas skonfrontowanie rozmaitych perspektyw, a także wymiana doświadczeń. Na takie spotkanie warsztatowe należy poświęcić ok. 2–3 godzin. Pomocna w wypracowaniu katalogu bezpiecznego kontaktu może być praca w mniejszych grupach nad ćwiczeniem, a następnie zrelacjonowanie efektów i przedyskutowanie ich na forum.



Przykładowy wzór zasad bezpiecznych kontaktów między personelem i pacjentami w załączniku nr 7.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pracowników należy podzielić na trzy grupy, z których każda pracuje nad innym zagadnieniem.
Grupa 1 – „ja jako mały pacjent. Czego oczekuję i jakie są moje potrzeby w trakcie leczenia? Jakie zachowania personelu ułatwią mi pobyt w placówce medycznej, a jakie utrudnią?”.
Grupa 2 – „ja jako członek personelu. Jakie są moje potrzeby w związku z wykonywaną przeze mnie pracą? Jakie zachowania współpracowników ułatwią mi wykonywanie obowiązków, a jakie utrudnią?”.
Grupa 3 – „ja jako rodzic/opiekun małego pacjenta. Jakie są moje potrzeby jako rodzica/opiekuna? Jakie zachowania personelu ułatwią mi wspieranie mojego dziecka, a jakie utrudnią?”.
2. Po ustaleniu, jakie zagadnienia są specyficzne dla podmiotu, uczestników warsztatu należy podzielić na tyle grup, ile sformułowano takich zagadnień, np. kontakt fizyczny z dzieckiem, czynności medyczne i poza medyczne, zachowania niedopuszczalne wobec dziecka. Każda grupa wypisuje na kartce zasady, które realizują zasadę poszanowania podmiotowości i podejścia do dziecka z szacunkiem w każdym z tych obszarów.

WAŻNE: Zasady bezpiecznego kontaktu powinny bezwzględnie zawierać: zakaz stosowania przemocy wobec dziecka w jakiegokolwiek formie, zakaz nawiązywania jakichkolwiek relacji o charakterze seksualnym czy romantycznym, zasady realizowania kontaktu z dziećmi w godzinach pracy, za pomocą kanałów służbowych i w celach edukacyjnych lub wychowawczych, obowiązek traktowania dzieci-pacjentów w sposób podmiotowy.

Opracowując zasady bezpiecznych relacji w wersji zrozumiałej dla dzieci, należy pamiętać, aby zawierała ona, zgodnie z ustawą o ochronie małoletnich, najbardziej istotne dla małych pacjentów informacje. Między innymi należy zadbać, by dzieci posiadały wiedzę, że jeżeli:

- mają jakikolwiek problem, obawiają się lub doznają przemocy, w tym doświadczyły zachowania wskazanego w zasadach bezpiecznych relacji jako niedopuszczalne ze strony członka personelu podmiotu, innego dziecka, opiekuna dziecka, innej osoby bliskiej, lub innej osoby, albo
- były świadkiem niewłaściwych, niezrozumiałych lub niejasnych zachowań, w tym wskazanych w zasadach bezpiecznych relacji jako niedopuszczalne wobec innego dziecka ze strony członka personelu podmiotu, innego dziecka, opiekuna dziecka, innej osoby bliskiej, lub innej osoby mają prawo i możliwość rozmowy na ten temat z osobą odpowiedzialną za ich ochronę lub inną zaufaną osobą z personelu podmiotu, która podejmie działania, aby udzielić wsparcia, z zachowaniem szacunku do ich prywatności. Koniecznie należy podać informację, jak dziecko może się skontaktować z taką osobą.

2.e. Zasady bezpiecznych relacji między dziećmi:

Podmioty w których dzieci przebywają w grupie, funkcjonują w społeczności i tworzą się między nimi relacje (np. oddziały dzienne, oddziały psychiatrii dzieci, turnusy rehabilitacyjne) ustawowo zobowiązane są do opracowania zasad bezpiecznych relacji między dziećmi. Jest to forma profilaktyki przemocy rówieśniczej. Rekomendujemy, aby zasady te były wypracowane przez dzieci (np. podczas zajęć warsztatowych) i konsultowane wśród dzieci korzystających z usług podmiotu. Przykładowe zagadnienia, które powinny znaleźć się w „zasadach bezpiecznych relacji między dziećmi” to:

- Zasady komunikacji, w tym komunikacji internetowej;
- Zakaz stosowania przemocy w jakiegokolwiek formie, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych (np. Internet, telefon komórkowy);
- Sposoby rozwiązywania konfliktów;
- Szacunek dla cudzej własności, prywatności i przestrzeni;
- Równe traktowanie, szacunek dla różnorodności, indywidualnej tożsamości i ekspresji.

2.f. Zasady bezpiecznego korzystania z Internetu i mediów elektronicznych

W placówkach medycznych kwestia odpowiedzialności placówki za dostęp dzieci do Internetu może wydawać się sprawą marginalną. Niemniej jednak, w zależności od specyfiki placówki, mogą pojawić się kwestie, które warto uwzględnić.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- W jaki sposób dzieci-pacjenci korzystają z Internetu? Czy placówka udostępnia sieć?
- Czy placówka zapewnia bezpieczną infrastrukturę sieciową, przygotowaną na poziomie sprzętowym, programistycznym i z uwzględnieniem aktualnych wytycznych? Czy infrastruktura jest tak zaprojektowana, aby odseparować od siebie sieci publiczne, administracyjne i inne? Czy stosowane są rozwiązania, za sprawą których użytkownicy sieci nie czują się anonimowi?
- Czy do powszechnej wiadomości wszystkich użytkowników sieci podany został regulamin określający zasady korzystania z zasobów sieci?
- Czy w placówce udostępniane są dzieciom urządzenia z dostępem do sieci?

2.g. Zasady ochrony wizerunku i danych osobowych dzieci

Wiele instytucji zamieszcza wizerunki dzieci – w formie filmów wideo lub fotografii – na swoich stronach internetowych czy w drukowanych materiałach promocyjnych. Jeśli placówka zamierza wykorzystywać lub udostępniać (np. mediom) wizerunki dzieci, to powinna ściśle przestrzegać kilku ważnych wytycznych – zarówno w celu ochrony danych, jak i zapewnienia bezpieczeństwa samym dzieciom. Zdarzało się, że sprawcy atakowali dzieci, których zdjęcia zobaczyli w tego rodzaju materiałach.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- Czy w placówce przyjęto zasady ochrony wizerunku dzieci i ochrony danych osobowych? W jakim stopniu przyjęty dokument uwzględnia wartości wynikające ze standardów ochrony dzieci?
- Czy na podstawie danych zamieszczonych wraz z fotografią można zidentyfikować przedstawione na niej dziecko?
- Czy wizerunki te mogą być wykorzystywane w niewłaściwy sposób, np. kopiowane i zamieszczane na stronach internetowych z pornografią dziecięcą? W jakim stopniu obrazy te przekazują zamierzone treści?

- Czy na utrwalenie i upublicznienie wizerunku dziecka wyrazili zgodę jego opiekunowie oraz samo dziecko?
- Czy dziecko jest utrwalone na zdjęciu/naganiu w sposób respektujący jego godność? Czy przyjęto zasadę rozważania strat i korzyści dziecka-pacjenta (np. w sytuacjach zbiórek na leczenie, szukania za pośrednictwem mediów rodzin zastępczych lub adopcyjnych dla dzieci pozostawionych w szpitalu) w taki sposób, aby cały czas mieć na uwadze krótko- i długoterminowy interes dziecka?

PAMIĘTAJ! Nie należy w żadnym przypadku publikować zdjęć przedstawiających dzieci rozebrane lub nagie!

2.h. Osoba odpowiedzialna za kwestie związane z ochroną dzieci

W każdej placówce realizującej *Politykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem* należy wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wdrożenie dokumentu i za to, żeby zawarte w nim zasady były przestrzegane. Wszyscy członkowie personelu, dzieci oraz ich rodzice/opiekunowie muszą wiedzieć, jak się z nią skontaktować.

Wskazane jest, by osoba pełniąca tę funkcję zajmowała w placówce stosunkowo wysoką pozycję i miała wystarczające wsparcie (w tym możliwość udziału w odpowiednich szkoleniach), aby móc wywiązywać się z powierzonej jej roli. Wyznaczona osoba powinna mieć dobrą orientację w zakresie ochrony dzieci: znać i rozumieć stosowne przepisy, jak również wiedzieć, z jakimi instytucjami i służbami odpowiedzialnymi za ochronę dziecka placówka powinna współpracować i posiadać dane do kontaktu z nimi.

W zakresie zadań osoby odpowiedzialnej za kwestie związane z ochroną dzieci warto uwzględnić:

- przyjmowanie zgłoszeń dotyczących problemów związanych z zagrożeniem bezpieczeństwa dzieci, i ich dokumentowanie,
- udzielanie wsparcia dziecku, które doświadczyło krzywdzenia (adekwatnie do możliwości podmiotu),
- reagowanie na te zgłoszenia, w razie potrzeby proszenie o dodatkowe informacje,
- weryfikację, czy wszystkie zdarzenia związane z wątpliwościami dotyczącymi bezpieczeństwa dzieci są odpowiednio wyjaśniane, zgodnie z obowiązującą *Polityką*,
- konsultowanie się w miarę potrzeb z innymi podmiotami, m.in. z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, ośrodkami opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, ośrodkami pomocy społecznej czy lokalnymi organizacjami pozarządowymi, a także interwentami/zespołami interwencyjnymi z innych placówek medycznych,
- w wymagających tego przypadkach – zgłaszanie sprawy odpowiednim służbom: pomocy społecznej, policji, sądowi rodzinnemu, prokuraturze,
- przygotowanie personelu do stosowania standardów,
- ewaluację wdrożonej *Polityki* i jej aktualizację.



Przykładowe zasady ochrony wizerunku dziecka w podmiotach leczniczych znajdują się w załączniku numer 5.



Więcej na ten temat w: materiały Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz Fundacji Orange „Wizerunek dziecka w internecie. Publikować czy nie?”

W zależności od potrzeb i specyfiki placówki można modyfikować tę listę. W przypadku dużej, złożonej struktury, np. sieci placówek czy szpitala, za poszczególne zagadnienia związane z ochroną dzieci może być odpowiedzialnych kilku pracowników, aby zagwarantować zastępowanie osób nieobecnych. Kwestie związane z ochroną dzieci przed krzywdzeniem mogą nadzorować również konkretne działy, np. w sprawach dotyczących bezpiecznej rekrutacji personelu – dział HR, a bezpiecznego korzystania z Internetu – dział IT. Ważne, aby zadania tych osób zostały wpisane w zakres ich obowiązków, a granice ich odpowiedzialności były doprecyzowane. W przypadku wyznaczenia jednej osoby do wszystkich powyższych zadań należy uwzględnić możliwość jej nieobecności i konieczność zastąpienia jej przez innego członka personelu.

3. Przyjęcie *Polityki*

Wypracowaną treść *Polityki* warto przedstawić pozostałym członkom personelu lub ich przedstawicielom do konsultacji, a ewentualne uwagi przeanalizować pod kątem uwzględnienia ich w ostatecznej wersji dokumentu.

Po tym etapie *Polityka* powinna zostać przyjęta przez zarząd/kierownictwo placówki i udostępniona podczas spotkań informacyjnych bądź szkoleń. Ważne również jest to, aby dokument zamieścić na stronie www podmiotu oraz pozostawić do wglądu w widocznym miejscu w jego siedzibie (*Polityka* jest dokumentem jawnym). Cały personel należy poprosić o podpisanie oświadczenia o znajomości i akceptacji treści obowiązującej *Polityki ochrony dzieci* oraz zobowiązaniu do jej przestrzegania.

Obowiązek zapoznania się z dokumentem powinien zostać włączony do procesu wprowadzania do organizacji nowych osób. Dobrą praktyką jest upewnienie się, że *Polityka* jest dostępna i zrozumiała dla całego personelu, dzieci oraz opiekunów, niezależnie od języka, którym się posługują czy niepełnosprawności. Może to oznaczać konieczność przetłumaczenia dokumentu, przygotowania go w innych formatach, np. w alfabecie Braille'a oraz w wersji dla dzieci.

UPOWSZECHNIANIE STANDARDÓW OCHRONY DZIECI

Nieodzownym etapem wdrażania standardów ochrony dzieci w placówce jest zadbanie, aby cały personel, a także dzieci i ich opiekunowie byli poinformowani o wprowadzeniu *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* oraz mieli przynajmniej podstawową wiedzę na temat tego, jak przeciwdziałać naruszaniu praw dzieci i pomagać im w sytuacjach zagrożenia.

W zależności od grupy odbiorców oraz potrzeb i możliwości placówki działania upowszechniające mogą mieć różny charakter i przyjmować odmienne formy – od informowania za pośrednictwem dostępnych kanałów komunikacji po organizację obowiązkowych warsztatów i szkoleń.

W podstawowym wymiarze działania upowszechniające powinny koncentrować się na wyjaśnianiu tego, czym są standardy ochrony dzieci i *Polityka ochrony dzieci*, odpowiadaniu na zagadnienia budzące wątpliwości oraz bieżącym informowaniu o kolejnych etapach realizowania standardów ochrony dzieci.

Zagadnienia do omówienia w grupie roboczej:

- Jakie kanały komunikacji wewnętrznej są używane w placówce do przekazywania ważnych informacji?
- W jakich miejscach powinny być wyeksponowane drukowane materiały, np. schemat procedury interwencji, aby każdy w razie potrzeby miał do niej łatwy dostęp?
- Jaka forma szkolenia personelu, obejmująca zapoznanie z obowiązującą w organizacji *Polityką ochrony dzieci przed krzywdzeniem*, będzie najefektywniejsza, a jednocześnie możliwa do realizacji (np. warsztaty, e-learning, zebranie itp.)? Czy te formy będą się różnić w zależności od tego, których grup personelu dotyczą?
- Czy i w jakich szkoleniach z zakresu ochrony dzieci uczestniczył personel? Warto przyjrzeć się działaniom, które zostały już zrealizowane w instytucji oraz indywidualnym doświadczeniom członków personelu. Taka weryfikacja może pomóc w ustaleniu planu szkoleniowego, zdefiniowaniu priorytetów oraz podjęciu decyzji, które spotkania będą obowiązkowe dla wszystkich osób pracujących w placówce.
- Jaki jest wyjściowy cel prowadzonych działań edukacyjnych i szkoleniowych? Czy mają one charakter profilaktyczny czy interwencyjny?
- Jakie możliwości organizacyjne i jakie zasoby ma aktualnie placówka? Czy wśród personelu są już osoby, które posiadają wiedzę i umiejętności wystarczające do przeprowadzenia szkolenia np. z zakresu identyfikacji przemocy wobec dzieci, diagnozy różnicowej, interwencji prawnej? Jeśli nie, to czy wiadomo, gdzie szukać wsparcia, tak aby wszyscy członkowie personelu zostali przeszkoleni? Czy możliwa jest współpraca z innymi instytucjami? Co może być najtrudniejsze w zaplanowaniu i przeprowadzeniu szkoleń?
- Jaką perspektywę czasową powinien obejmować plan, biorąc pod uwagę możliwości i potrzeby placówki?
- Kto w instytucji będzie odpowiedzialny za kierowanie procesem szkoleniowym? Czy będzie to ta sama osoba, która jest odpowiedzialna za wdrożenie *Polityki*?
- W zależności od profilu placówki warto rozważyć możliwości dotyczące realizacji warsztatów dla dzieci i opiekunów z zakresu praw dziecka, ochrony przed przemocą i wykorzystywaniem (w tym również w Internecie), profilaktyki przemocy rówieśniczej, radzenia sobie z trudnościami rodzicielskimi, a także podnoszenia umiejętności wychowawczych bądź informowania o tego typu zajęciach prowadzonych w innych organizacjach i instytucjach w regionie.
- Czy w placówce funkcjonują określone sposoby lub miejsca udostępniania dzieciom i opiekunom ważnych informacji i zasobów edukacyjnych? Warto przemyśleć, jak najlepiej wyeksponować materiały oraz informacje o możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji, w tym numery bezpłatnych telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży oraz telefonów dla rodziców i profesjonalistów, z których można korzystać w kwestiach dotyczących bezpieczeństwa dzieci.

Pod bezpłatnym numerem **116 111** oraz na stronie **116111.pl** dzieci mogą porozmawiać o wszystkim: o przyjaźni, miłości, dojrzewaniu, kontaktach z rodzicami, rodzeństwem, problemach w szkole czy emocjach, których doświadczają. Gdy czują się dyskryminowane, kiedy doświadczają przemocy lub są jej świadkiem. Rzecznik Praw Dziecka prowadzi darmowy, całodobowy Dziecięcy Telefon Zaufania pod numerem **800 12 12 12**.

Po określeniu potrzeb oraz uzyskaniu odpowiedzi na powyższe pytania można przystąpić do planowania i projektowania programu szkoleń dla personelu i form informowania dzieci i opiekunów o wdrażanych standardach ochrony dzieci, a następnie przystąpić do realizacji tych działań.

Przeprowadzone zajęcia warto poddać ewaluacji, która dostarczy informacji zwrotnych, niezbędnych do oceny tego, co jest konieczne na dalszych etapach.

MONITOROWANIE I EWALUACJA

Co najmniej raz w roku³³ osoby odpowiedzialne za realizację *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* w placówce powinny zastanowić się nad rezultatami wynikającymi z posiadania tego dokumentu i ewentualnością wprowadzenia w nim zmian. Już na etapie opracowania *Polityki* warto przemyśleć, w jakiej formie prowadzony będzie monitoring i ewaluacja – ustalenia te powinny znaleźć odzwierciedlenie w przyjętym dokumencie.

Warto ocenić:

- Co się udało?
- Dlaczego?
- W jaki sposób komunikuje się istotne kwestie w placówce?
- Jakie zmiany powinny zostać wprowadzone?
- Czy jakieś działanie związane z przyjęciem standardów jest odbierane jako trudne lub personel niechętnie podchodzi do jego realizacji z innych powodów?

Audyt wewnętrzny, przeprowadzony w pierwszej fazie prac grupy roboczej, pozwoli zdefiniować działania, które powinna podjąć organizacja, by spełniać standardy ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Harmonogram wykonania tych zadań będzie ważnym punktem odniesienia w procesie monitoringu postępów w zakresie realizacji *Polityki ochrony dzieci*.

Poniżej zamieszczamy wskaźniki wdrożenia standardów ochrony dzieci, które pomogą ocenić stopień zaawansowania organizacji w tym obszarze. Wskaźniki te są wymierne i pokazują pewien minimalny poziom działań podjętych na rzecz ochrony dzieci. Osiągnięcie wskaźników jest jednak w dużej mierze formalnością. Faktyczna realizacja *Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem* wymaga refleksji instytucji na poziomie efektów prowadzonych działań i regularnej odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu jest ona żywym zbiorem użytecznych wskazówek dotyczących praktyki organizacyjnej, powszechnie znanym i stosowanym przez cały personel.

Wskaźniki realizacji standardu I. POLITYKA

- a. Dokument *Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem*, zawierający wszystkie wymagane zapisy, został skonsultowany wśród personelu placówki i zatwierdzony przez kierownictwo.

33 Ustawa o ochronie małoletnich wprowadza obowiązek ewaluacji działania standardów ochrony małoletnich w placówce raz na 2 lata, niemniej jednak na podstawie doświadczeń z wdrażania SOD i z uwagi na skuteczność monitoringu i ewaluacji rekomendujemy, by taka okresową weryfikację przeprowadzać częściej.

- b. Oświadczenie o znajomości *Polityki* i zobowiązaniu do jej przestrzegania zostało podpisane przez cały personel, a każda nowo zatrudniona osoba jest zobligowana do zapoznania się z obowiązującą *Polityką*, co potwierdza podpisane oświadczenie.
- c. Wyznaczono osobę odpowiedzialną za monitoring realizacji *Polityki*, której rola, zadania oraz kwalifikacje są jasno określone. W sposób przyjęty w danej placówce podano do wiadomości personelu, dzieci oraz opiekunów, kto jest tą osobą, wraz z informacją, jak się z nią skontaktować.
- d. Tekst *Polityki* został opublikowany na stronie internetowej placówki oraz jest dostępny w widocznym miejscu w jej siedzibie. *Polityka* jest szeroko promowana wśród całego personelu, opiekunów i dzieci poprzez działania informacyjne oraz edukacyjne, dostosowane do poszczególnych grup odbiorców, np. opracowana jest wersja *Polityki* w formie zrozumiałej dla dzieci.

Wskaźniki realizacji standardu II. PERSONEL

- a. W placówce zostały przyjęte Zasady bezpiecznej rekrutacji, które są stosowane w odniesieniu do każdego stanowiska wymagającego kontaktu z dziećmi.
- b. Przyjęto Zasady bezpiecznych relacji (bezpiecznych kontaktów) pracowników z dziećmi oraz udostępniono je personelowi, a także dzieciom i rodzicom/opiekunom zarówno w postaci cyfrowej, jak i papierowej.
- c. Plan szkoleniowo-edukacyjny na dany rok został opracowany, podpisany przez kierownictwo oraz jest aktywnie wdrażany.
- d. Personel posiada wiedzę w zakresie: rozpoznawania czynników ryzyka i symptomów krzywdzenia dzieci, prawnych aspektów ochrony dzieci, przemocy rówieśniczej, zapewniania bezpieczeństwa dzieciom i podejmowania działań profilaktycznych oraz interwencyjnych.
- e. Placówka w miarę możliwości udostępnia dzieciom materiały edukacyjne (broшуry, ulotki, książki) dotyczące ich praw, ochrony przed zagrożeniami, przemocą i wykorzystywaniem.
- f. Placówka w miarę możliwości zapewnia opiekunom dostęp do danych kontaktowych placówek oferujących pomoc i opiekę w trudnych sytuacjach życiowych oraz do przydatnych informacji dotyczących możliwości podnoszenia umiejętności wychowawczych i ochrony dzieci przed krzywdzeniem.

Wskaźniki realizacji standardu III. PROCEDURY

- a. Zarówno członkowie personelu, jak i dzieci oraz opiekunowie wiedzą, do kogo należy skierować informację o podejrzeniu krzywdzenia dziecka.
- b. W organizacji opracowano procedurę określającą krok po kroku, jakie działanie należy podjąć w sytuacji krzywdzenia dziecka lub zagrożenia jego bezpieczeństwa ze strony personelu, członków rodziny, rówieśników i osób trzecich. Procedura zawiera też informacje o ofercie wsparcia dostępnej dla poszkodowanego dziecka.
- c. Wszyscy pracownicy mają dostęp do spisu instytucji i organizacji, które zajmują się interwencją i pomocą w sytuacjach krzywdzenia dzieci (policja, sąd rodzinny, centrum interwencji kryzysowej, ośrodek pomocy społecznej, placówki ochrony zdrowia) wraz z danymi kontaktowymi.
- d. W widocznym miejscu w organizacji wyeksponowane są informacje dla dzieci na temat możliwości uzyskania pomocy w trudnej sytuacji, w tym numery bezpłatnych telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży.
- e. Opracowany jest model zbierania i dokumentowania sygnałów o niepokojących sytuacjach.

Wskaźniki realizacji standardu IV. MONITORING

- a. Wewnętrzne sprawozdanie z realizacji Polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem w organizacji jest opracowywane raz w roku przez osobę odpowiedzialną za wdrażanie standardów. W sprawozdaniu uwzględnione są głosy personelu, dzieci i ich opiekunów. Gotowe sprawozdanie jest udostępniane całemu personelowi placówki.
- b. Sytuacje związane z zagrożeniem bezpieczeństwa dzieci są poddawane analizie, a wnioski i rekomendacje uwzględniane są w corocznym sprawozdaniu.
- c. Na bazie sprawozdania co roku aktualizowana jest strategia wdrażania standardów ochrony dzieci.

Załącznik 1.

Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu z komentarzem¹

Karta uznaje i potwierdza prawa dziecka określone w przyjętej przez ONZ *Konwencji o Prawach Dziecka* (KPD), a w szczególności kluczową zasadę, zgodnie z którą we wszystkich sytuacjach nadrzędny jest najlepszy interes dziecka (art. 3).

Ponadto Karta odnosi się do *Komentarza ogólnego* Komitetu Praw Dziecka ONZ nr 15 (2013) w sprawie prawa dziecka do korzystania z ochrony zdrowia na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie (art. 24) oraz do *Komentarza ogólnego* Komitetu Praw Dziecka ONZ nr 4 (2003) w sprawie zdrowia i rozwoju młodzieży.

Słowniczek

Dziecko – każda osoba do ukończenia 18. r.ż.

Rodzic – osoba dorosła pełniąca podstawową funkcję opiekuńczą wobec dziecka. Może być to także bliska, godna zaufania i akceptowana przez dziecko i rodzica osoba spoza grona najbliższych członków rodziny.

Opieka szpitalna, szpital, opieka – wszystkie formy świadczenia usług opieki zdrowotnej dzieciom, obejmujące opiekę domową, ambulatoryjną, dzienną, a także pomoc w nagłych wypadkach lub opiekę udzielaną przez ośrodki poza szpitalem.

Prawa wymienione w *Karcie* mają zastosowanie do wszystkich dzieci, niezależnie od tego, na co chorują, jaka jest przyczyna ich niepełnosprawności, w jakim są wieku, jakie mają pochodzenie społeczne lub kulturowe, z jakiego powodu są objęte opieką zdrowotną oraz bez względu na to, gdzie przebiega leczenie.

¹ Tłumaczenie tekstu *Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu z komentarzami*, opublikowanego na stronie <https://each-for-sick-children.org/each-charter/> (ostatni dostęp: 30.08.2023); w tłumaczeniu – z uwagi na ograniczoną objętość podręcznika – nie uwzględniono glosariusza oraz zestawienia artykułów *Karty* z odpowiadającymi im artykułami *Konwencji o Prawach Dziecka*.

Artykuł 1

Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.

- Przed przyjęciem chorego dziecka do szpitala należy rozważyć wszystkie formy właściwej opieki: w domu, w poradni lub w innej placówce dziennej opieki zdrowotnej.
- Szpital, do którego przyjmowane jest dziecko, powinien znajdować się możliwie najbliżej domu, ale jednocześnie musi być w stanie zapewnić odpowiedni dla dziecka standard opieki. Należy brać pod uwagę szczególną sytuację rodziny i wszystkie okoliczności. Opieka powinna być świadczona zgodnie z omawianą Kartą.
- *Prawa chorych dzieci należy respektować niezależnie od miejsca opieki.*
- *Podczas przyjęcia do placówki trzeba przeprowadzić przegląd stanu zdrowia dziecka, a także ocenić sytuację rodzinną i wymagany poziom opieki, aby niepotrzebnie nie przedłużyć pobytu dziecka w szpitalu.*
- Wszelkie niezbędne informacje, pomoc i wsparcie powinny być udzielane rodzicom wszędzie tam, gdzie ich dziecko korzysta z opieki medycznej.

Artykuł 2

Dziecko ma prawo do tego, aby przez cały okres pobytu w szpitalu towarzyszyli mu rodzice lub opiekunowie.

- Prawo dzieci do przebywania z rodzicami/opiekunami jest integralną częścią opieki nad chorymi dziećmi. Zawsze należy brać pod uwagę dobro dziecka. Jeśli rodzice nie mogą zostać z dzieckiem, dziecku może towarzyszyć znana mu i akceptowana przez nie osoba, która jest w stanie zapewnić mu odpowiednie wsparcie.
- Dzieci – bez względu na ich wiek – mają prawo do obecności rodziców przez całą dobę. Dotyczy to wszystkich sytuacji, w których dzieci potrzebują lub mogą potrzebować rodziców, niezależnie od tego, czy dziecko jest leczone bądź badane z miejscowym znieczuleniem lub sedacją. Opiekunowie powinni mieć możliwość towarzyszenia podopiecznym m.in.:
 - podczas znieczulania i podczas wybudzania;
 - gdy dziecko jest w śpiączce, nieprzytomne oraz podczas resuscytacji (w takich momentach należy zapewnić rodzicom pełne wsparcie);
 - zaraz po urodzeniu, bez względu na stan dziecka.

Dotyczy to również dzieci przebywających na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej lub pediatrycznej, oddziałach ratunkowych, izolatkach, salach obrazowania medycznego, salach pooperacyjnych, oddziałach położniczych, podczas transportu medycznego, a także w innych placówkach opieki zdrowotnej w szpitalach lub poza nimi.

Artykuł 3

3.1. Możliwość pobytu z dzieckiem powinna być oferowana wszystkim rodzicom, należy im pomagać i zachęcać ich do towarzyszenia dziecku w szpitalu.

- Członkowie personelu odpowiedzialni za przyjęcie, leczenie lub opiekę nad dzieckiem powinni oferować wszystkim rodzicom możliwość pozostania z dzieckiem bez narzucania jakichkolwiek szczególnych kryteriów.
- Personel powinien doradzać, zachęcać i wspierać rodziców w podjęciu decyzji o pobycie z dzieckiem w szpitalu oraz oferować wsparcie i usługi ułatwiające im pobyt.
- Rolą szpitali jest także zapewnienie wystarczającej i odpowiedniej przestrzeni, aby rodzice mogli przebywać z dzieckiem. W tym obszarze wsparcie powinno obejmować udostępnienie łóżka obok łóżka dziecka, miejsca do siedzenia, jedzenia, dostępu do łazienki i przestrzeni do przechowywania rzeczy osobistych.

3.2. Rodzice nie powinni ponosić dodatkowych kosztów ani cierpieć z powodu utraty dochodów, gdy przebywają z dzieckiem w szpitalu.

- Pobyt rodziców z dzieckiem nie powinien wiązać się z żadnymi dodatkowymi kosztami. Opiekunowie winni mieć prawo do bezpłatnego noclegu i bezpłatnego lub dotowanego wyżywienia.
- Rodzice, którzy nie mogą przychodzić do pracy lub wypełniać obowiązków domowych, nie powinni zmagać się z utratą dochodów ani ponosić innych kosztów z powodu:
 - pobytu w szpitalu z dzieckiem;
 - konieczności zapewnienia całodobowej opieki nad dzieckiem w szpitalu;
 - konieczności zapewnienia codziennej opieki nad zdrowym rodzeństwem, sprawowanej w domu przez inne osoby.
- Jeżeli warunki materialne uniemożliwiają rodzicowi pobyt z dzieckiem lub odwiedzanie go (np. koszty podróży i inne wydatki), rodzicom należy zaoferować pomoc.
- Opiekując się dzieckiem w szpitalu lub w domu, rodzice powinni mieć prawo do płatnego urlopu na czas choroby dziecka.

3.3. Aby rodzice mogli mieć aktywny udział w opiece nad dzieckiem, należy informować ich o rutynie oddziały i zachęcać ich do aktywnego w niej udziału.

Partnerstwo w opiece pielęgnacyjnej

Personel powinien ułatwiać rodzicowi aktywny udział w codziennej opiece nad dzieckiem poprzez:

- uzgodnienie z rodzicami elementów codziennej pielęgnacji, które chcą przejąć;
- wspieranie rodziców w codziennej opiece nad dzieckiem;
- szanowanie ich sposobu opieki nad dzieckiem i akceptowanie ich decyzji;
- doradzanie rodzicom, jak opiekować się dzieckiem, aby wspomóc jego powrót do zdrowia.

Partnerstwo w opiece specjalistycznej

Uczestnicząc w opiece pielęgniarstwie nad dzieckiem podczas pobytu w szpitalu, rodzice mogą stać się bardziej kompetentni i pewni siebie, co może im ułatwić opiekę nad dzieckiem po powrocie do domu. Rozwijanie tej kompetencji ma szansę wpłynąć także na długość pobytu dziecka w szpitalu.

Personel powinien wspierać rodziców w podejmowaniu aktywnej roli w opiece pielęgniarstwie nad dzieckiem poprzez:

- dzielenie się informacjami i wiedzą fachową;
- pomoc rodzicom w nabywaniu kompetencji poprzez nauczanie i szkolenie;
- nadzorowanie rodziców do czasu, aż poczują się komfortowo przy wykonywaniu wymaganych czynności opiekuńczych;
- regularny przegląd elementów opieki pielęgniarstwie, którą rodzice są w stanie lub chcą wykonywać;
- oferowanie wsparcia emocjonalnego w razie potrzeby.

Artykuł 4**4.1. Dzieci i rodzice mają prawo do otrzymywania informacji przekazywanej w sposób dostosowany do wieku i możliwości zrozumienia.**

Przed badaniem, leczeniem lub zastosowaniem innej procedury medycznej dzieci i ich rodzice mają prawo wiedzieć, co się będzie działo. Udzielane w odpowiednim czasie i dokładne informacje pozwalają dzieciom zachować poczucie kontroli nad swoim zdrowiem, zwłaszcza w szpitalu.

Informacje przekazywane dzieciom powinny:

- być dostosowane do wieku dziecka, jego możliwości pojmowania oraz poziomu rozwoju;
- uwzględniać/odnosić się do tego, co dziecko już wie lub sobie wyobraża;
- zawierać szczerze i proste wyjaśnienia dotyczące stanu zdrowia i wyników leczenia;
- wyjaśniać przebieg przyszłych wydarzeń, uprzedzać o tym, co dziecko może zobaczyć, powąchać, usłyszeć i poczuć;
- zawierać odpowiednio przygotowane informacje ustne, audiowizualne i pisemne, wzmocnione rysunkami, zabawą lub innymi prezentacjami medialnymi.

Personel udzielający informacji dziecku powinien docenić zdolność dziecka do rozumienia informacji i wyrażania swoich poglądów, w szczególności należy:

- zachęcać do zadawania pytań i odpowiadać na nie, oferując pocieszenie, gdy pojawiają się obawy;
- pomóc dziecku wybrać i przeciwstawić strategię radzenia sobie w obliczu trudnej sytuacji;
- upewnić się, że wszystkie udzielone wyjaśnienia zostały właściwie zrozumiane.

Przygotowanie dziecka na to, co je czeka podczas pobytu w szpitalu, przyniesie pozytywny efekt tylko wtedy, gdy dziecko czuje się bezpiecznie. Dlatego w miarę możliwości informacje powinny być udzielane w obecności rodziców. Rodzice muszą wiedzieć, jakie informacje posiada dziecko, aby móc się do nich odwoływać i powtarzać je, aż dziecko prawidłowo je zrozumie.

Informacje przekazywane rodzicom powinny:

- być jasne i wyczerpujące;
- uwzględniać aktualne samopoczucie rodziców, a zwłaszcza uczucia strachu, smutku, winy, niepokoju lub stresu związanego ze stanem ich dziecka.

Personel udzielający informacji powinien:

- zachęcać rodziców do zadawania pytań;
- przedstawić rodzicom wyznaczoną osobę, z którą mogą się kontaktować, gdy potrzebują informacji;
- zaspokoić potrzebę otrzymania większej ilości informacji poprzez kierowanie rodziców do dodatkowych źródeł i grup wsparcia;
- zapewnić rodzicom nieograniczony dostęp do drukowanej lub cyfrowej dokumentacji dotyczącej choroby ich dziecka;
- nie wykorzystywać chorego dziecka lub jego rodzeństwa jako tłumacza dla rodziców.

Informacje, aby spełniały potrzeby zarówno dziecka, jak i rodziców, powinny być:

- udzielane nieprzerwanie przez cały okres opieki;
- kompletne, m.in. muszą zawierać informacje dotyczące opieki po wypisie;
- przekazywane w bezstresowym, bezpiecznym otoczeniu/miejscu, bez presji czasu i z poszanowaniem prywatności;
- udzielane przez personel doświadczony, przeszkolony i kompetentny do komunikowania się z dziećmi i rodzicami w łatwo zrozumiały sposób;
- sformułowane w języku używanym przez rodzinę, w razie potrzeby z pomocą tłumacza;
- powtarzane tak często, jak to konieczne, aby ułatwić ich zrozumienie;
- sprawdzone pod kątem właściwego zrozumienia zarówno przez dziecko, jak i przez rodziców.

Dzieci mają prawo do wyrażania swoich opinii i do tego, aby były one uwzględniane. Jeżeli mają wystarczające kompetencje do zrozumienia sprawy, mogą zawetować dostęp rodziców do informacji o ich stanie zdrowia na zasadach określonych przez przepisy prawa krajowego. W takich przypadkach personel jest zobowiązany do zachowania najwyższej staranności w celu właściwej oceny sytuacji. Należy zapewnić dziecku ochronę, doradztwo i wsparcie. Personel szpitala powinien również zaoferować niezbędne doradztwo i wsparcie także rodzicom, którzy mogą w tym czasie potrzebować pomocy i porady psychologicznej lub socjalnej.

4.2. Należy podejmować starania, by minimalizować fizyczny i emocjonalny stres u dziecka.

Wszystkie dzieci, mają prawo do odpowiedniej ulgi w bólu i powinny być chronione przed dyskomfortem. Dobre samopoczucie oznacza więcej niż brak fizycznego cierpienia.

Środki i działania podejmowane, aby zmniejszyć fizyczny i emocjonalny stres oraz ból doświadczany przez dzieci, powinny:

- być dostosowane do indywidualnych potrzeb dziecka;
- pomagać dziecku w wyborze i przećwiczeniu strategii radzenia sobie w obliczu trudnej sytuacji;
- uwzględniać odpowiednie techniki odwracania uwagi;
- korzystać z usług wyszkolonych specjalistów od zabawy;

- unikać skrępowania, unieruchamiania lub jakiegokolwiek innej formy przymusowego ograniczania możliwości ruchu podczas zabiegów medycznych, chyba że nie ma innej możliwości w sytuacji zagrożenia życia;
- zapobiegać lub zmniejszać ból występujący podczas badania, leczenia lub podczas interwencji przed- lub pooperacyjnych;
- zapewniać wystarczające okresy odpoczynku między zabiegami;
- oferować ochronę przed nieuniknionymi przykrymi doświadczeniami podczas opieki;
- zapobiegać poczuciu izolacji i bezradności;
- unikać lub ograniczać sytuacje lub działania określone przez dziecko jako stresujące;
- uwzględniać wyrażone wprost lub pośrednio obawy dziecka.

Personel powinien:

- podejmować odpowiednie działania, jeśli dziecko jest zestresowane izolacją lub w reakcji na stan innych pacjentów;
- zachęcać do stałego kontaktu z rodzicami, rodzeństwem i przyjaciółmi;
- oferować zabawy i zajęcia rekreacyjne odpowiednie do wieku i etapu rozwoju dziecka;
- zapewnić dzieciom i rodzicom możliwość wypoczynku we właściwie wyposażonych pomieszczeniach, w których panuje przyjazna atmosfera.

Aby złagodzić stres emocjonalny, rodzicom należy zaoferować:

- wsparcie emocjonalne, w szczególności tym, których dzieci objęte są opieką paliatywną;
- środki zapewniające ochronę przed nadmiernym obciążeniem podczas opieki nad dzieckiem;
- kontakt ze służbami społecznymi, psychologami i specjalistami terapeutycznymi;
- wsparcie lub poradnictwo religijne na żądanie, z uwzględnieniem pochodzenia kulturowego rodziny;
- kontakt z grupami samopomocy, odpowiednimi grupami wsparcia oraz organizacjami pacjentów lub konsumentów.

W przypadku wystąpienia niepokojących sytuacji lub zdarzeń dzieci i ich rodzice powinni mieć możliwość złożenia skargi i uzyskania informacji na temat jej efektów.

Artykuł 5

5.1. Dzieci i rodzice mają prawo do świadomego udziału we wszystkich decyzjach dotyczących ich opieki zdrowotnej.

Umożliwienie podejmowania decyzji obejmuje wcześniejsze przekazanie wyczerpującej informacji o działaniach medycznych, które należy podjąć.

Prawo dzieci do udziału w ich opiece zdrowotnej wymaga, aby pracownicy:

- tworzyli środowisko oparte na zaufaniu;
- potrafili słuchać;
- udzielali informacji oraz rozsądnych wskazówek;
- szanowali prawo dzieci do wyrażania opinii we wszystkich sprawach, które ich dotyczą;

- przywiązywali należytą wagę do opinii dziecka, uwzględniając jego zdolność/kompetencje do ich wyrażenia;
- rozumieli kulturowy kontekst punktu widzenia dziecka;
- akceptowali fakt, że dzieci mają prawo do niewyrażania opinii lub do wyrażania swoich poglądów za pośrednictwem rodziców.

Komunikacja i interakcja z innymi, w szczególności z rodzicami, rozpoczyna się w momencie narodzin. Ponieważ rodzice najlepiej znają swoje dzieci, ich obserwacje dotyczące odczuwania przez dziecko stresu, dyskomfortu lub bólu należy traktować poważnie. Ponadto:

- dzieci mogą wyrażać swoje poglądy poprzez zabawę, sztukę i inne zajęcia;
- pracownicy muszą zwracać uwagę na język ciała dzieci podczas wyrażania swoich opinii;
- wykluczenie dzieci z informacji może zwiększyć ich strach;
- personel powinien szanować i uwzględniać sygnały lub niewerbalne reakcje dzieci, które są zbyt małe lub z innych powodów nie są w stanie wyrazić się werbalnie.

Prawa dzieci i rodziców do świadomej zgody wymagają, aby pracownicy:

- szanowali zdolności i kompetencje dziecka oraz rodziców;
- we właściwym terminie udzielali dziecku i rodzicom odpowiednich informacji na temat stanu zdrowia dziecka, celu i wartości leczenia, przebiegu i zagrożeń;
- oferowali adekwatne, rzetelne informacje na temat alternatywnych form leczenia;
- doradzali i wspierali dziecko oraz rodziców w dokonywaniu oceny proponowanego kierunku działań;
- uznawali i traktowali poważnie wiedzę i doświadczenie rodziców dotyczące ogólnego stanu zdrowia dziecka lub stanu obecnego.

Dzieci mają prawo do wyrażania swoich poglądów i mogą nie zgadzać się z rodzicami. Gdy wg przepisów prawa krajowego są wystarczająco dojrzałe, aby podejmować decyzje we własnym interesie, personel powinien szanować opinię dziecka. Kadra jest zobowiązana do zachowania najwyższej staranności w celu właściwej oceny sytuacji. Personel szpitala powinien również zapewnić rodzicom niezbędne porady i wsparcie.

5.2. Każde dziecko powinno być chronione przed niepotrzebnym leczeniem i badaniami.

- W zasadzie jakakolwiek forma interwencji medycznej jest wysoce niepożądana, jeśli konkretne dziecko nie odnosi z niej żadnych korzyści.
- W celu prowadzenia badań nad chorobami specyficznymi dla dzieci i ich odpowiedzią na leki oraz nowe formy leczenia dzieci z określonej grupy ryzyka mogą zostać poproszone o udział w programach badawczych. Należy uzyskać świadomą zgodę dzieci i ich rodziców, zanim zostaną zaangażowane w nauczanie lub badania.
- Badania z udziałem dzieci powinny być planowane, realizowane i oceniane we współpracy z przedstawicielami określonych grup wsparcia pacjentów. Rodzinom, które rozważają udział, należy jasno wyjaśnić wszelkie potencjalne efekty uboczne lub szkodliwe skutki.
- Wszystkie projekty badawcze prowadzone z dziećmi muszą być nadzorowane przez Komisję ds. Etyki Badań, w skład której wchodzi przedstawiciele określonych grup wsparcia pacjentów/rodziców.

- Dzieci należy chronić przed wszelkimi potencjalnymi szkodami i obciążeniami związanymi z ich zaangażowaniem w badania lub nauczanie (w tym szkolenie personelu medycznego).
- Osoby, które początkowo wyraziły zgodę na udział, mają prawo w każdej chwili ją wycofać bez podania przyczyny. Taka decyzja nie może wpływać na dostęp do leczenia.

Artykuł 6

6.1. Dzieci należy objąć opieką razem z dziećmi o tych samych potrzebach rozwojowych i nie mogą być przyjmowane na oddziały dla dorosłych.

Bez względu na długość pobytu w szpitalu lub w innej placówce opieki zdrowotnej wszystkie dzieci, niezależnie od choroby czy niepełnosprawności, potrzebują odpowiedniego do wieku i kondycji środowiska oraz stymulacji psychicznej, emocjonalnej i fizycznej. Środki te pomagają zminimalizować niepokój i znormalizować sytuację, która może być trudna.

Opieka nad dziećmi o takich samych potrzebach rozwojowych obejmuje (ale nie ogranicza się do) m.in.:

- odpoczynek;
- rozrywkę;
- wspólne lub podobne działania;
- rozrywkę i zajęcia dla dzieci z mieszanej grupy wiekowej;
- oddzielne pokoje i zajęcia z podziałem według wieku i płci, jeśli tak woli dziecko lub rodzice;
- zadbanie o potrzeby dzieci z określonymi chorobami lub niepełnosprawnościami.

Podczas opieki należy chronić dzieci przed przykrymi doświadczeniami, w tym:

- należy unikać wszelkich form dyskryminacji;
- trzeba uwzględnić specjalne potrzeby nastolatków poprzez zapewnienie odpowiednich oddzielnych pokoi i przestrzeni do rekreacji.

Niedopuszczalne jest, aby dzieci obejmowano opieką medyczną w tej samej sali lub na tym samym oddziale co dorośli pacjenci, tzn.:

- dzieci nie powinny być przyjmowane ani leczone na oddziałach dla dorosłych;
- dorośli nie powinni być przyjmowani ani leczeni na oddziałach dziecięcych. Umieszczanie dorosłych pacjentów z niepełnosprawnością umysłową na oddziale dziecięcym może być dla dzieci trudnym doświadczeniem i świadczy o braku szacunku dla dorosłego pacjenta;
- w takich obszarach, jak izba przyjęć, chirurgia, sala resuscytacji, placówki opieki ambulatoryjnej i dziennej oraz sale badań i terapii, powinny być wyraźnie oddzielone pomieszczenia do leczenia dzieci i dorosłych.

6.2. Nie powinno być żadnych ograniczeń wiekowych dla osób odwiedzających dzieci w szpitalu.

Ograniczenia wiekowe wobec rodzeństwa i przyjaciół, które odwiedzają dziecko w szpitalu, mogą zostać wprowadzone wyłącznie wtedy, gdy wymaga tego stan zdrowia pacjenta i zdrowie dzieci odwiedzających.

Artykuł 7

Dzieci powinny mieć zapewnioną możliwość zabawy, rekreacji i edukacji, dostosowane do ich wieku i stanu, oraz przebywać w środowisku właściwie zaprojektowanym,umeblowanym, wyposażonym, a także mieć zapewniony personel odpowiadający ich potrzebom.

Dzieci w każdym wieku i w każdej sytuacji mają prawo do otoczenia, które odpowiada ich potrzebom, niezależnie od tego, gdzie sprawowana jest nad nimi opieka. Dotyczy to zarówno szpitali, jak i placówek opieki dziennej oraz innych jednostek opieki zdrowotnej, w których dzieci są leczone lub badane.

- Architektura i aranżacja wnętrza placówki medycznej powinny odpowiadać potrzebom dzieci wszystkich grup wiekowych, zmagających się ze wszelkimi rodzajami schorzeń leczonych w placówce.
- Należy zapewnić wystarczającą dostępność odpowiednio wykwalifikowanego personelu, tak aby zaspokoić potrzeby dzieci w zakresie zabawy, rekreacji i edukacji, niezależnie od stanu zdrowia i wieku dzieci.
- Cały personel, zarówno kliniczny, jak i niekliniczny, który ma kontakt z dziećmi, powinien rozumieć potrzeby dzieci w zakresie zabawy i rekreacji.
- Należy zapewnić bez ograniczeń, siedem dni w tygodniu, możliwość zabawy, rekreacji i edukacji (z uwzględnieniem odpowiednich materiałów, środków i sprzętu do zabawy) dzieciom ze wszystkich grup wiekowych.
- Powinno się zachęcać wszystkie dzieci, także przebywające w izolacji, do twórczej aktywności.
- Trzeba zapewnić edukację dzieci na odpowiednim dla każdego poziomie.

Artykuł 8

Personel zajmujący się dziećmi powinien być przeszkolony w zakresie adekwatnego odpowiadania na fizyczne, emocjonalne i rozwojowe potrzeby dzieci i ich rodzin.

- Od personelu opiekującego się dziećmi wymagane jest specjalistyczne przeszkolenie zawodowe, umiejętności i wrażliwość pediatryczna, tak aby był on w stanie sprostać specjalnym potrzebom dzieci i ich rodziców.
- Szpitale i inne podmioty świadczące opiekę zdrowotną muszą dołożyć wszelkich starań, aby dzieci były badane, leczone i otoczone opieką przez personel posiadający specjalne wykształcenie pediatryczne, odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie.
- Jeśli dziecko musi być leczone przez personel niepediatryczny, takie leczenie powinno być prowadzone wyłącznie we współpracy i pod nadzorem personelu specjalnie przeszkolonego i wykwalifikowanego do opieki nad dziećmi.
- Umiejętności i wrażliwość personelu powinny być utrzymywane na wysokim poziomie poprzez odpowiednie szkolenia i ustawiczne kształcenie.
- Cały personel opiekujący się dziećmi winien przejść szkolenie na temat ochrony dzieci, posiadać kompetencje w zakresie rozpoznawania oznak wykorzystywania lub zaniedbywania dzieci, a także być w stanie podejmować interwencje w ścisłej współpracy z profesjonalnymi ekspertami.

- Dzieci powinny mieć dostęp do odpowiednich i poufnych porad zdrowotnych, niezależnie od wieku, zarówno za zgodą, jak i bez zgody lub obecności rodziców. Taki dostęp może być konieczny, gdy dzieci lub młode osoby doświadczają przemocy w domu lub potrzebują edukacji bądź usług w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. Mogą również potrzebować porady i doradztwa w przypadku konfliktu z rodzicami na temat dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Członkowie personelu powinni być w stanie udzielić rodzicom wsparcia emocjonalnego w radzeniu sobie z sytuacjami krytycznymi, których może doświadczyć dziecko. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji zagrażających życiu.

Opiekę paliatywną należy rozpocząć, gdy u dziecka zostanie zdiagnozowana choroba śmiertelna.

Pediatryczna opieka paliatywna:

- koncentruje się na łagodzeniu cierpienia fizycznego, psychicznego i społecznego;
- jest multidyscyplinarna, kierowana przez zespół opieki paliatywnej, uwzględnia także rodzinę;
- jest stosowana niezależnie od tego, czy choroba lub schorzenie są aktywnie leczone;
- może być świadczona w szpitalu, w środowisku lokalnym i w domu.

Rodzinie, która towarzyszy umierającemu dziecku, należy zapewnić wszelkie wsparcie, opiekę i pomoc, jakiej potrzebuje, by lepiej poradzić sobie w krytycznej sytuacji. Personel powinien przejść odpowiednie szkolenie w zakresie żałoby. Informację o śmierci dziecka należy przekazać ze współczuciem, z delikatnością, prywatnie i osobiście.

Artykuł 9

Dziecku powinna zostać zapewniona ciągłość opieki.

- Ciągłość opieki obejmuje ciągłość leczenia dziecka oraz personelu sprawującego opiekę.
- Ciągłość opieki powinna obowiązywać zarówno w szpitalu, jak i po przejściu do opieki domowej lub dziennej. Można to osiągnąć dzięki współpracy wszystkich zaangażowanych stron, w tym rodziny, pracując razem jako zespół i zwracając uwagę na terminową wymianę informacji oraz zapewnienie innego niezbędnego sprzętu i obiektów.
- Praca zespołowa wymaga ograniczonej i określonej liczby osób pracujących razem jako grupa, której działanie opiera się na uzupełniających się poziomach wiedzy i spójnych standardach opieki, ukierunkowanych na dobrostan fizyczny, emocjonalny, społeczny i psychiczny dziecka.
- Dzieci z przewlekłymi problemami zdrowotnymi, przewlekłą chorobą lub schorzeniem, powinny być właściwie przygotowane, by w odpowiednim czasie płynnie przejść do korzystania z odpowiednich usług dla dorosłych. Ten proces przejścia powinien rozpocząć się, gdy nastolatek poczuje się na to gotowy, i zakończyć się, gdy nastolatek będzie przekonany, że nowa sytuacja leży w jego najlepszym interesie.

Artykuł 10

Dzieci trzeba traktować z taktem i zrozumieniem, a ich prywatność należy zawsze szanować.

Opieka nad dziećmi z taktem i zrozumieniem wymaga:

- uznania prawa dziecka do bycia dzieckiem;
- brania pod uwagę godności dziecka, jego poglądów, potrzeb, indywidualności, orientacji seksualnej oraz stopnia rozwoju;
- uwzględnienia wszelkich niepełnosprawności lub specjalnych potrzeb dziecka;
- uwzględnienia przekonań religijnych i pochodzenia kulturowego dziecka i rodziny;
- brania pod uwagę, że życzenia dzieci dotyczące prywatności cielesnej mogą się zmieniać wraz z rozwojem ich ciała.

Niezależnie od wieku i etapu rozwoju ochrona prywatności dzieci powinna być zawsze respektowana i musi obejmować:

- ochronę przed ekspozycją podczas badań fizykalnych i czynności higieny osobistej, takich jak ubieranie, toaleta i kąpiel;
- ochronę przed traktowaniem i zachowaniami, które umniejszają szacunek do samego siebie lub sprawiają, że dziecko czuje się ośmieszzone lub upokorzone;
- prawo do wycofania się i pobycia sam na sam;
- prawo do prywatnej komunikacji z personelem – za zgodą rodziców lub bez;
- prawo do niezakłóconego przebywania z bliskimi członkami rodziny i przyjaciółmi.

Załącznik 2.

Przykładowy kwestionariusz

1. **Czy Pana/Pani zdaniem zjawisko krzywdzenia dzieci jest poważnym problemem w naszym kraju?**
 Tak
 Nie
 Trudno powiedzieć

2. **Czy wie Pan/i komu zgłosić podejrzenie, że dziecko-pacjent jest krzywdzone przez rodzica/opiekuna?**
 Tak
 Komu (wpisz funkcję tej osoby)?
 Nie
 Nie wiem

3. **Czy wie Pan/i komu zgłosić podejrzenie, że dziecko-pacjent zostało skrzywdzone przez członka personelu szpitala?**
 Tak
 Komu (wpisz funkcję tej osoby)?
 Nie
 Nie wiem

4. **Czy wg Pana/-i w Państwa szpitalu istnieje spisana procedura interwencji, na wypadek gdyby ktoś z personelu podejrzewał krzywdzenie dziecka?**
 Tak
 Gdzie się znajduje? Gdzie można się z nią zapoznać?
 Nie
 Nie wiem

5. **Czy wg Pana/-i w Państwa szpitalu istnieje spisany kodeks bezpiecznych kontaktów pracownik – dziecko?**
 Tak
 Nie
 Nie wiem

6. **Czy w ciągu ostatnich 2 lat przechodził Pan/przechodziła Pani szkolenia z zakresu ochrony dzieci przed krzywdzeniem?**
 Tak
 Jakie aspekty zostały omówione?.....
 – Formy krzywdzenia dzieci
 – Symptomy krzywdzenia dzieci i identyfikacja medyczna przemocy

- Procedura „Niebieskie Karty”
- Procedura interwencji policyjnej/prokuratorowskiej
- Procedura interwencji cywilnoprawnej (zawiadomienie sądu rodzinnego)

Nie

Nie pamiętam

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat zdarzyło się, że podejrzewał Pan/podejrzewała Pani, że dziecko-pacjent doświadcza krzywdzenia?

Tak

Jeśli tak, jakie kroki Pan/i podjął/podjęła:

- Przekazałem/am informacje przełożonemu,
- Przekazałem/am informacje Koordynatorowi ds. Przeciwdziałania Przemocy,
- Samodzielnie przeprowadziłem/am interwencję (zawiadomienie policji/prokuratury/sądu rodzinnego/założenie Niebieskiej Karty),
- nie podjąłem/ęłam działania,
- inne działania, jakie

Nie

Nie wiem

8. Gdyby w ciągu najbliższych miesięcy w szpitalu odbywały się szkolenia dla personelu, jaki temat wybrałaby Pani/wybrałby Pan w pierwszej kolejności:

- jak rozpoznać, czy dziecko jest krzywdzone?
- procedura interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka
- prawa pacjenta dziecka w praktyce
- procedura „Niebieskie Karty”
- komunikacja z dzieckiem-pacjentem i jego rodziną
- dziecko wykorzystywane seksualnie – objawy, konsekwencje, zasady interwencji
- dziecko zaniedbane - objawy, konsekwencje, zasady interwencji
- zasady bezpiecznych kontaktów personelu – dziecko i jego rodzina/opiekunowie
- pobyt w szpitalu z perspektywy dziecka – jak minimalizować negatywne doświadczenia
- inne, jakie

Metryczka

Płeć*:

Kobieta

Mężczyzna

Inna/Nie chcę podawać

Przedział wiekowy*

Poniżej 20

20-29

30-39

40-49

50-59

60 i powyżej

Wykonywany zawód

Lekarz jeśli tak specjalizacja

Pielęgniarka – specjalizacja.....

Położna

Ratownik Medyczny

Psycholog, Psychoterapeuta

Pedagog, neurologopeda, logopeda

Rehabilitant, Fizjoterapeuta, Masażysta

Personel pomocniczy

Personel administracyjny

Student Medycyny

Inne (jaki?)

Staż pracy zawodowej*:

Do 5 lat

Powyżej 5 lat – 10 lat

Powyżej 10 lat – 20 lat

Powyżej 20 lat – 30 lat

Powyżej 30 lat – 40 lat

Powyżej 40 lat

Miejsce pracy (można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź)¹

Izba Przyjęć

Przychodnia Przychodnia

Poradnia Stomatologiczna

Oddział Pediatryczny

Oddział Chirurgii i Ortopedii

Oddział Anestezjologii dla Dzieci

Blok Operacyjny

Pracownie Diagnostyczne

Inne

Charakter wykonywanej pracy:

Z bezpośrednim codziennym kontaktem z pacjentami-dziećmi i ich rodzicami/opiekunami

Bez bezpośredniego kontaktu z pacjentami-dziećmi i ich rodzicami/opiekunami


Trudno powiedzieć

*Pytania z metryczki należy dostosować w wielkości placówki – w małych placówkach zbyt szczegółowe pytania mogą zagrazić poczuciu anonimowości pracowników, można z nich zrezygnować.

1 Listę jednostek i oddziałów należy dostosować do specyfiki placówki

Załącznik 3.

Analiza obszarów działalności podmiotu pod względem czynników ryzyka krzywdzenia dzieci

Pola działania placówki	Personel	Partnerzy*	Dostawcy usług dla placówki*	Dostawcy usług na terenie szpitala*	Komunikacja i technologia	Struktura i architektura placówki	Promocja/fundraising
Definicje	Każdy pracownik placówki medycznej bez względu na formę zatrudnienia oraz zawód lub funkcję (osoby wykonujące zawody medyczne, personel administracyjny, pomocniczy) w tym współpracownik, stażysta, wolontariusz lub inna osoba, która z racji pełnionej funkcji lub zadań ma (nawet potencjalny) kontakt z dziećmi.	Duże podmioty współpracujące merytorycznie lub sprawujące nadzór nad placówką, np. urząd miasta, jednostka uniwersytecka, duża organizacja pozarządowa prowadząca działalność na terenie placówki, stowarzyszenia i organizacje naukowe oraz zawodowe.	Podmioty zewnętrzne, które świadczą usługi niezbędne do działania placówki medycznej, np. agencje ochrony, firmy cateringowe, pralnie, agencje zatrudniające personel sprząający.	Podmioty zewnętrzne dostarczające usług na rzecz pacjentów i ich rodzin/opiekunów, np. agenci szpitalnych sklepów, kafeterii, apteki itd., oddziały szkolne, biblioteki szpitalne.	Systemy teleinformatyczne, sieć internetowa, monitoring wizyjny i głosowy oraz inne narzędzia służące komunikacji zewnętrznej i wewnętrznej, obrotowi danych, ochronie bezpieczeństwa danych i osób. Obrazy i informacje związane z dziećmi, z których korzysta placówka.	Struktura placówki – jednostki organizacyjne – oddziały, kliniki, poradnie itd., składające się na całość placówki; architektura placówki – organizacja placówki w przestrzeni, budynki, łączniki, ciągi komunikacyjne itd.	Działania podejmowane w placówce w celach promocyjnych lub fundraisingowych – np. kampanie wizerunkowe, wizyty sponsorów, zbiórki pieniężne, koncerty, bale charytatywne itd.
Obszary ochrony dzieci przed krzywdzeniem 							
REKRUTACJA PERSONELU	Jak rekrutowana jest kadra placówki? Na jakich podstawach prawnych zatrudniany jest personel placówki? Czy oprócz pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę pracownicy są także zatrudniani na podstawie umów cywilnoprawnych, kontraktów b2b, umów o współpracy, umów o wolontariacie? Jakiego rodzaju umowy podpisują studenci odbywający praktyki, stażysty, rezydenci?						

Pola działania placówki	Personel	Partnerzy*	Dostawcy usług dla placówki*	Dostawcy usług na terenie szpitala*	Komunikacja i technologia	Struktura i architektura placówki	Promocja/fundraising
KONTAKT Z DZIEĆMI Czy osoba z danej grupy dorosłych ma możliwość przebywania sam na sam z dzieckiem w sposób niezauważony? Czy ma możliwość nawiązania relacji, które mogą obejmować kontakt fizyczny lub bliskość emocjonalną?	Jaki rodzaj kontaktu z dziećmi mają pracownicy w Waszej placówce?	Jaki wpływ na dzieci lub kontakt z nimi mają Wasi partnerzy. Czy partnerzy stwarzają jakieś ryzyko dla dzieci? Jakie?	Czy dostawcy usług dla placówki mają kontakt z dziećmi? Jeśli tak, czy stwarzają jakieś ryzyko dla dzieci? Jakie?	Do jakich usług, oprócz świadczeń medycznych, mają dostęp dzieci-pacjenci? Czy na terenie placówki znajduje się szkoła, biblioteka, basen? Czy dostawcy usług na terenie szpitala mają kontakt z dziećmi? Jeśli tak, to czy stwarzają jakieś ryzyko dla dzieci? Jakie?	Jakie technologie wykorzystuje Wasza placówka i wobec kogo? Jakiego rodzaju informacje związane z danymi dotyczącymi dzieci są rejestrowane w systemie informatycznym? Kto ma dostęp do tych informacji? Jakie ryzyko jest z tym związane?	Czy przestrzeń całej placówki przeznaczona jest dla dzieci-pacjentów, czy tylko jej wydzielona część? Jeśli na terenie placówki przebywają dorośli pacjenci, w jaki sposób są oni oddzieleni od dzieci? Czy są obszary, w których dzieci-pacjenci mają kontakt z dorosłymi pacjentami? Jakie to sytuacje? Czy stwarzają ryzyko dla dzieci?	Czy w wydarzeniach tych biorą udział dzieci? Czy stwarza to ryzyko dla dzieci? Jakie?
WERYFIKACJA PERSONELU (BEZPIECZEŃSTWO)	Czy sprawdzacie referencje, przeprowadzacie weryfikację wszystkich członków personelu w rejestrach sprawców przestępstw na tle seksualnym oraz w Krajowym Rejestrze Karnym?	Jeśli partnerzy mają kontakt z dziećmi – czy wiadomo, w jaki sposób weryfikują swoich pracowników?	Jeśli dostawcy usług dla placówki mają kontakt z dziećmi – czy wiadomo, w jaki sposób weryfikują swoich pracowników?	Jeśli dostawcy usług na terenie placówki mają kontakt z dziećmi – czy wiadomo, w jaki sposób weryfikują swoich pracowników?	Czy osoby zarządzające systemami teleinformatycznymi, dostępem do rejestrowanego dźwięku/obrazu oraz dostępem do danych o pacjentach są osobami uprawnionymi? Jeśli osoby te nie są zatrudniane bezpośrednio przez placówkę, czy wiecie, w jaki sposób są weryfikowane?	Czy oddziały na których przebywają dzieci są zabezpieczone przed dostępem osób przypadkowych, np. kartami magnetycznymi?	Jeśli w wydarzeniach tych biorą udział dzieci, czy osoby, z którymi mają kontakt, są weryfikowane pod kątem bezpieczeństwa?
WERYFIKACJA PERSONELU – WIEDZA	Czy weryfikujecie wiedzę członków personelu nt. form i identyfikacji krzywdzenia dzieci oraz znajomości procedur podejmowania interwencji prawnej w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka? Czy wszyscy pracownicy i wolontariusze przed rozpoczęciem pracy przechodzą szkolenie dotyczące ochrony dzieci?				Czy wewnętrzny system informacyjny zapewnia członkom personelu szybki dostęp do procedur dotyczących reagowania na sytuacje podejrzenia krzywdzenia dziecka? Czy zawiera materiały edukacyjne dla personelu?	Czy w strukturze placówki są jednostki/oddziały, które wymagają specjalistycznej/szczególnej wiedzy na temat krzywdzenia dzieci i reagowania w sytuacjach podejrzenia krzywdzenia, ze względu na szczególną sytuację zdrowotną lub uwarunkowania prawne?	

Pola działania placówki	Personel	Partnerzy*	Dostawcy usług dla placówki*	Dostawcy usług na terenie szpitala*	Komunikacja i technologia	Struktura i architektura placówki	Promocja/fundraising
POLITYKA OCHRONY DZIECI	Czy występuje duża rotacja personelu? Czy wszyscy członkowie personelu, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w tym wolontariusze i współpracownicy, mają obowiązek zapoznać się z <i>Polityką ochrony dzieci</i> / procedurami dotyczącymi ochrony dzieci przed krzywdzeniem / kodeksem etyki / kartą praw pacjenta / zasadami bezpiecznego kontaktu personelu z dziećmi przed przystąpieniem do pracy?	Czy partnerzy mają własną <i>Politykę ochrony dzieci</i> , czy pracują zgodnie z <i>Waszą Polityką</i> ?	Czy współpracownicy i/lub dostawcy usług dla szpitala mają własną <i>Politykę ochrony dzieci</i> , czy pracują zgodnie z <i>Waszą Polityką</i> ?	Czy dostawcy usług na terenie szpitala mają własną <i>Politykę ochrony dzieci</i> , czy pracują zgodnie z <i>Waszą Polityką</i> ?	W jaki sposób w systemie rejestrowane są informacje o podejrzeniu, że dziecko jest krzywdzone, a także obserwacje osób wykonujących zawody medyczne? Kto ma do nich dostęp? Jakie informacje są udostępniane rodzicom/opiekunom prawnym dziecka? Jakiego ryzyka się z tym wiąże?	Czy w obrębie placówki funkcjonują oddziały, których charakter (np. oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, intensywna terapia, neonatologia itd.) będzie wpłynął na kształt <i>Polityki ochrony dzieci</i> , zmieniając jej zapisy (np. wprowadzając inne zasady dotyczące komunikacji, kontaktu fizycznego, autonomii dzieci itd.)? Jeśli tak – czy <i>Polityka ochrony dzieci</i> to uwzględnia, na przykład poprzez aneksy obowiązujące w tych konkretnych poradniach, oddziałach, klinikach? Jak wygląda struktura placówki pod kątem zarządzania personelem, jakością i wprowadzaniem innowacji i jakie ryzyka dla wdrażania <i>Polityki ochrony dzieci</i> się z tym wiążą?	Czy sponsorzy, grantodawcy mają własną <i>Politykę ochrony dzieci</i> , czy pracują zgodnie z <i>Waszą Polityką</i> ?
OCHRONA WIZERUNKU I DANYCH WRAŻLIWYCH	Czy personel placówki jest świadomy zasad dotyczących rejestrowania wizerunku dzieci?				Kto ma dostęp do danych i czy wprowadzone są stopnie upoważnień, np. niektóre informacje może widzieć jedynie lekarz prowadzący, a nie ma do nich dostępu pracownik rejestracji? Czy systemy uwzględniają poufność i prawo do prywatności, np. monitoring sesji psychologicznych, oddziałów ginekologiczno-położniczych, psychiatrycznych? Czy zagwarantowana jest szczelność w ochronie danych osobowych? Czy system teleinformatyczny placówki jest chroniony przed dostępem osób trzecich? Czy istnieje ryzyko, że opiekun-sprawca będzie mieć elektroniczny dostęp do obciążających go informacji udzielonych przez dziecko personelowi medycznemu?		W jaki sposób podczas takich wydażeń używany jest wizerunek dziecka i informacje o jego stanie zdrowia? Czy rodzice/opiekunowie są pytani o zgodę? Czy dziecko jest pytane o zgodę? Jakiego ryzyka są z tym związane?

Pola działania placówki	Personel	Partnerzy*	Dostawcy usług dla placówki*	Dostawcy usług na terenie szpitala*	Komunikacja i technologia	Struktura i architektura placówki	Promocja/fundraising
BEZPIECZNY DOSTĘP DO INTERNETU, OCHRONA PRZED SZKODLIWYMI TREŚCIAMI					<p>W jaki sposób dzieci-pacjenci korzystają z Internetu? Czy placówka/ organizacja zapewnia bezpieczną infrastrukturę sieciową, przygotowaną na poziomie sprzętowym i programistycznym, opartą o aktualne wytyczne? Czy infrastruktura jest tak zaprojektowana, aby odseparować od siebie sieci publiczne, administracyjne i inne? Czy stosowane są rozwiązania, za sprawą których użytkownicy sieci nie czują się anonimowi?</p> <p>Czy do powszechnej wiadomości wszystkich użytkowników sieci podany został regulamin określający zasady korzystania z zasobów sieci?</p>		
PARTYCYPACJA DZIECI / DOSTOSOWANIE DO POTRZEB DZIECI	<p>Czy w placówce zbierane są informacje zwrotne od dzieci-pacjentów i ich rodziców/opiekunów nt. opieki, podejścia personelu do dzieci, komunikacji? Czy <i>Polityka</i> ochrony dzieci dostępna jest w wersji uproszczonej, przeznaczonej dla dzieci? Czy dzieci mają do niej dostęp i zapoznają się z nią?</p>			<p>Czy przy planowaniu usług dostępnych na terenie placówki bierze się pod uwagę potrzeby dzieci oraz ich bezpieczeństwo?</p>	<p>Czy w placówce udostępniane są dzieciom urządzenia z dostępem do sieci?</p>	<p>W jaki sposób organizacja przetrzeźni oraz informacja o świadczeniach medycznych i zasadach funkcjonowania placówki dostosowane są do potrzeb dzieci?</p>	<p>W jaki sposób przy organizacji takich wydarzeń uwzględniane są potrzeby dzieci?</p>

* Partnerzy, dostawcy usług dla szpitala i dostawcy usług na terenie szpitala to kategorie nierozłączne i „robocza” propozycja pomocna w zidentyfikowaniu wszystkich podmiotów oraz osób mających kontakt z dziećmi na terenie placówki. W trakcie analizy Waszej placówki możecie przyjąć inny podział – w zależności od specyfiki instytucji, w której wdrażane są standardy ochrony dzieci.

Załącznik 4.

Narzędzie „Obszary ryzyka”

Obszary ryzyka	Zidentyfikowane czynniki ryzyka	Ocena ryzyka Wysokie – średnie – niskie	Jak zredukować ryzyko?	Działania do wdrożenia
Personel	1.			
	2.			
	3.			
	...			
Partnerzy	1.			
	2.			
	3.			
	...			
Dostawcy usług dla placówki	1.			
	2.			
	3.			
	...			
Dostawcy usług na terenie szpitala	1.			
	2.			
	3.			
	...			
Komunikacja i technologia	1.			
	2.			
	3.			
	...			
Struktura i architektura placówki	1.			
	2.			
	3.			
	...			
Promocja/Fundraising	1.			
	2.			
	3.			
	...			

Ocena ryzyka:

- wysokie – oznacza wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia oraz znaczący wpływ na bezpieczeństwo dzieci,
- średnie – oznacza wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia lub znaczący wpływ na dzieci,
- niskie – oznacza niskie prawdopodobieństwo wystąpienia i/lub niewielki wpływ na dzieci.

Załącznik 5.

Zasady ochrony wizerunku dziecka w podmiotach leczniczych

Umieszczenie w standardach ochrony dzieci zapisów odnoszących się do ochrony wizerunku dziecka nie jest wymogiem ustawowym. Niemniej jednak ze względu na to, jak wrażliwa dla bezpieczeństwa dzieci jest ochrona wizerunku dziecka, a także w celu kompleksowego ujęcia ochrony praw dziecka i szanowania jego podmiotowości, rekomendujemy uwzględnienie tej kwestii w przyjmowanych w podmiocie zasadach.

Poniżej znajduje się propozycja do dostosowania do specyfiki podmiotu, która może stanowić część opracowywanych w podmiocie standardów ochrony małoletnich/rozdział Polityki ochrony dzieci.

Zasady ochrony wizerunku dziecka

§ 1

1. Podmiot zapewnia najwyższe standardy ochrony danych osobowych dzieci zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Podmiot, uznając prawo dziecka do prywatności i ochrony dóbr osobistych, zapewnia ochronę wizerunku dziecka.
3. Poniższe zasady odnoszą się do rejestrowania, przetwarzania i upubliczniania wizerunku dziecka z wyłączeniem monitoringu na mocy art. 23a ustawy o działalności leczniczej (nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw z 22 sierpnia 2023 r.).
4. Dobrą praktyką jest rezygnacja z utrwalania i powielania wizerunku dziecka (filmowanie, fotografowanie, nagrywanie głosu dziecka) przebywającego w podmiocie medycznym, szczególnie w kontekście działań marketingowych i promocyjnych firm, organizacji pozarządowych oraz aktywności społeczno-politycznych przedstawicieli władz centralnych i samorządowych.
5. Dozwolone jest rejestrowanie wizerunku dla celów dokumentacji medycznej, naukowych lub dydaktycznych, po uzyskaniu zgody rodzica lub opiekuna i dziecka. Rekomendowane jest, aby do celów rejestracji wizerunku dziecka używać przeznaczonych w tym celu urządzeń służbowych.

§ 2

1. Utrwalanie, przetwarzanie, używanie, publikowanie wizerunku dziecka znajdującego się na zdjęciu, rysunku, nagraniu bądź na jakimkolwiek nośniku musi być dokonywane rozważnie

i ostrożnie. Działania tego rodzaju są dopuszczalne wyłącznie w celu celebrowania sukcesów dziecka, dokumentowania działań lub funkcjonowania podmiotu, przy zachowaniu bezpieczeństwa dzieci.

2. Zdjęcia bądź nagrania, o których mowa w ust. 1, są realizowane bez dyskryminacji na jakiegokolwiek cechy dziecka.
3. W każdym wypadku należy kierować się dobrem i godnością dziecka. Materiał zawierający wizerunek dziecka nie może być uwłaczający lub obrażający je, pokazywać sytuacji, które bez kontekstu wydają się ośmieszające, niewłaściwe, pokazywać przekroczeń strefy intymnej i nagości, utrwalać stereotypów.
4. Zabronione jest ujawnianie w trakcie rejestracji jakichkolwiek informacji dotyczących dziecka, w tym jego stanu zdrowia, sytuacji materialnej, sytuacji prawnej i powiązanych z wizerunkiem dziecka (np. w przypadku organizowania zbiórek indywidualnych).
5. W celu ochrony dziecka przed działaniami naruszającymi jego dobro, w trakcie rejestracji:
 - Dziecko musi być ubrane, a sytuacja utrwalana na zdjęciu/naganiu nie może być dla dziecka poniżająca, ośmieszająca ani ukazywać go w negatywnym kontekście,
 - Zdjęcia/nagrania dziecka powinny się koncentrować na czynnościach wykonywanych przez dziecko i w miarę możliwości przedstawiać dziecko w grupie, nie pojedynczo.
6. Wszystkie podejrzenia i problemy dotyczące niewłaściwego utrwalania i rozpowszechniania wizerunków dzieci należy rejestrować i zgłaszać kierownictwu organizacji, podobnie jak inne niepokojące sygnały dotyczące zagrożenia bezpieczeństwa dzieci.

§ 3

1. Utrwalanie wizerunku dziecka jest możliwe tylko jeśli kierownictwo podmiotu zostało o tym poinformowane i wyraziło na to zgodę, uzyskano zgody opiekunów oraz ustne zgody samych dzieci.
2. Jeśli wizerunek dziecka stanowi jedynie szczegół całości takiej jak zgromadzenie, krajobraz, impreza publiczna, zgoda opiekunów dziecka nie jest wymagana.
3. Jeśli rejestracji wydarzenia ma dokonywać osoba z zewnątrz/podmiot zewnętrzny (wynajęty fotograf lub kamerzysta) należy:
 - zobowiązać osobę/firmę rejestrującą wydarzenie do przestrzegania zasad obowiązujących w podmiocie, w tym Polityki ochrony dzieci;
 - zobowiązać osobę/firmę rejestrującą wydarzenie do noszenia identyfikatora w czasie wydarzenia;
 - nie dopuszczać do sytuacji, w której osoba/firma rejestrująca wydarzenie będzie przebywała z dzieckiem bez nadzoru pracownika podmiotu;
 - poinformować opiekuna dziecka oraz dziecko przed rozpoczęciem wydarzenia lub uroczystości, że:
 - iv. będzie na nim obecna osoba/firma je rejestrująca i zweryfikować czy opiekun dziecka udzielił pisemnej zgody na rejestrowanie wizerunku danego dziecka
 - v. jak będą wykorzystane zdjęcia/nagrania i w jakim kontekście, jak będą przechowywane te dane.

6. Jeśli dzieci, opiekunowie nie wyrazili zgody na utrwalenie/publikację wizerunku dziecka, podmiot jest zobowiązany respektować ich decyzję. Z wyprzedzeniem należy ustalić z opiekunami i dziećmi, w jaki sposób osoba rejestrująca wydarzenie będzie mogła zidentyfikować dziecko, aby nie utrwałać/publikować jego wizerunku na zdjęciach indywidualnych i grupowych. Przyjęte rozwiązanie nie będzie wykluczające dla dziecka, którego wizerunek nie powinien być rejestrowany/publikowany.

§ 4

1. Opiekunów oraz inne osoby towarzyszące/ odwiedzające dziecko przebywające w podmiocie, a także dzieci-pacjentów, dokonujących rejestracji dla celów prywatnych należy poinformować, że:
 - Wykorzystanie, przetwarzanie i publikowanie zdjęć/nagrań zawierających wizerunki dziecka i osób dorosłych wymaga udzielenia zgody przez te osoby, w przypadku dziecka - przez ich opiekuna.
 - Nie wolno udostępniać w mediach społecznościowych ani na serwisach otwartych, zdjęć lub nagrań zawierających wizerunek dziecka, chyba że opiekun tego dziecka wyraził na to zgodę w formie możliwej do wykazania (np. e-mail).
 - Przed publikacją zdjęcia/nagrania w mediach społecznościowych należy sprawdzić ustawienia prywatności, aby wykluczyć dostęp do wizerunku dziecka, osoby nieuprawnionej.

§ 5

1. Materiały zawierające wizerunek dziecka należy przechowywać w sposób zgodny z prawem i zapewniający ochronę dzieci.
2. Nośniki analogowe zawierające zdjęcia i nagrania należy przechowywać w zamkniętej na klucz szafce, a nośniki elektroniczne w folderze chronionym. Dostęp do zabezpieczonych zdjęć i nagrań mogą mieć wyłącznie osoby do tego upoważnione przez kierownictwo podmiotu. .
3. Nośniki analogowe i elektroniczne należy przechowywać przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji i/lub okres ustalony przez podmiot w polityce ochrony danych osobowych tj. przez okres.....
4. Zabronione jest przechowywanie materiałów elektronicznych zawierających wizerunki dzieci na nośnikach nieszyfrowanych oraz mobilnych, takich jak telefony komórkowe i urządzenia z pamięcią przenośną.
5. Jeżeli zdjęcia lub nagrania zostały wykonane przy użyciu prywatnych urządzeń rejestrujących (tj. telefony komórkowe, aparaty fotograficzne, kamery) należących do członków personelu podmiotu, powinny być usunięte z nich niezwłocznie po przeniesieniu ich na zabezpieczone nośniki.

§ 6

1. Decyzja o upublicznieniu wizerunku dziecka musi być poprzedzona rozmową z opiekunem dziecka i dzieckiem. W trakcie tej rozmowy powinien być rozważony najlepszy interes dziecka i wszelkie możliwe do przewidzenia skutki upublicznienia wizerunku.
2. Upublicznienie wizerunku dziecka utrwalonego w jakiegokolwiek formie (fotografia, nagranie audio-wideo) na stronie/materiałach promocyjnych podmiotu itp. wymaga pisemnej zgody opiekuna dziecka oraz ustnej zgody dziecka na użycie jego wizerunku w określonym kontekście.
3. Rozpowszechnianie wizerunku dziecka utrwalonego w jakiegokolwiek formie (fotografia, nagranie audio-wideo) przez indywidualnego członka personelu jest zabronione.
4. Pisemna zgoda, o której mowa w ust. 2., powinna zawierać informację, gdzie będzie umieszczony zarejestrowany wizerunek i w jakim kontekście będzie wykorzystywany (np. że umieszczony zostanie na stronie www.youtube.com w celach promocyjnych) i przez kogo.
5. Należy unikać podpisywania zdjęć/nagrań informacjami identyfikującymi dziecko z imienia i nazwiska. Jeśli konieczne jest podpisanie dziecka używamy tylko imienia, wyjątek stanowią sytuacje, kiedy opiekun wyraża zgodę..
6. Publikacja zdjęć dopuszczalna jest na wymienionych wcześniej zasadach wyłącznie w okresie przebywania dziecka w podmiocie uczęszczania dziecka do szkoły, chyba że jego opiekun albo dziecko, który osiągnęło pełnoletniość wyraził/o zgodę na publikację po tym czasie.
7. Pracownikom zakazane jest ujawnianie jakichkolwiek informacji wrażliwych o dziecku dotyczących m.in. stanu zdrowia, sytuacji materialnej, sytuacji prawnej i powiązanych z wizerunkiem dziecka (również w przypadku zbiorów indywidualnych i organizowanych przez organizacje pozarządowe).

§ 7

1. Personelowi podmiotu nie wolno umożliwiać przedstawicielom mediów utrwalania wizerunku dziecka (filmowanie, fotografowanie, nagrywanie głosu dziecka) na terenie podmiotu bez pisemnej zgody opiekuna dziecka. Dobrą praktyką jest również uzyskanie zgody dziecka na utrwalanie i przetwarzanie wizerunku.
2. W celu uzyskania zgody, o której mowa powyżej, pracownik podmiotu może skontaktować się z opiekunem dziecka i ustalić procedurę uzyskania zgody. Niedopuszczalne jest podanie przedstawicielowi mediów danych kontaktowych do opiekuna dziecka – bez wiedzy i zgody tego opiekuna.
3. Opiekun powinien uzyskać informację do czego będą wykorzystywane zdjęcia/nagrania i w jakim kontekście, jak będą przechowywane te dane i jakie potencjalne ryzyko wiąże się z publikacją zdjęć/ nagrań online.
4. Nie należy podpisywać zdjęć/nagrań informacjami identyfikującymi dziecko z imienia i nazwiska. Jeśli konieczne jest podpisanie dziecka można użyć tylko imienia i wieku dziecka bez inicjału nazwiska.

Załącznik 6.

Uwarunkowania prawne weryfikacji pracowników

Placówka zobowiązana jest¹ do sprawdzania osób zatrudnianych lub wykonujących swoje obowiązki na innej podstawie prawnej (w tym wolontariuszy) w *Rejestrze Sprawców Przepędzstw na Tle Seksualnym (Rejestr z dostępem ograniczonym)* oraz w *Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze*.

Obowiązek dotyczy wprost działalności związanej z leczeniem małoletnich i – wbrew powszechnemu przekonaniu – nie ogranicza się wyłącznie do osób bezpośrednio i stale pracujących z dziećmi. Obowiązek ten odnosi się do wszystkich zawodów medycznych, w tym zawodów pomocniczych oraz wolontariuszy, studentów i doktorantów. Wydruk z *Rejestru* należy przechowywać w aktach osobowych pracownika lub w ramach analogicznej dokumentacji dotyczącej wolontariusza bądź osoby zatrudnionej w oparciu o umowę cywilnoprawną.

W związku ze zmianą przepisów placówki medyczne, jak i pozostałe podmioty objęte ustawą (a zatem m.in. organizatorzy działalności oświatowej, opiekuńczej, wychowawczej, resocjalizacyjnej, religijnej, artystycznej, medycznej, rekreacyjnej, sportowej lub związanej z rozwijaniem zainteresowań przez małoletnich) – poza obowiązkiem sprawdzenia osoby w *Rejestrze* – będą zobowiązane do weryfikowania niekaralności swoich pracowników i współpracowników.

Weryfikacji niekaralności dokonuje się poprzez pobranie od kandydata informacji z rejestru karnego (w Polsce jest to *Krajowy Rejestr Karny*) o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego², w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r., poz. 172 oraz z 2022 r., poz. 2600) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Kandydaci, którzy posiadają obywatelstwo inne niż polskie, powinni przedłożyć również informację z rejestru karnego państwa swojego obywatelstwa, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, bądź informację z rejestru karnego, jeżeli prawo tego państwa nie przewiduje wydawania informacji dla ww. celów.

Kandydaci – niezależnie od obywatelstwa – powinni pod rygorem odpowiedzialności karnej składać również oświadczenie o państwie/państwach zamieszkiwania w ciągu ostatnich 20 lat, innych

1 Art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1304 z późn. zm.).

2 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa, a ponadto równoległe informacje z rejestrów karnych tychże państw.

Jeżeli prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja o niekaralności, nie przewiduje wydania takiej informacji lub nie prowadzi rejestru karnego, wówczas kandydaci składają pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie byli prawomocnie skazani w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 *Kodeksu karnego* oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii; że nie wydano wobec nich także innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścili się takich czynów zabronionych, oraz że nie mają obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, a także wiążących się z opieką nad nimi.

Pod oświadczeniami składanymi pod rygorem odpowiedzialności karnej podpisuje się również oświadczenie o następującej treści: *Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia*. Oświadczenie to zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

WAŻNE: Za niesprawdzenie, czy osoba, którą przyjmujesz do pracy, wykonywania usług, na staż lub wolontariat, figuruje w *Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym* grozi kara aresztu, ograniczenia wolności lub grzywna zaczynająca się od 1000 zł. Podobną karą są zagrożeni kandydaci, którzy nie złożą odpowiednich informacji z rejestrów karnych lub oświadczeń.

Obowiązek weryfikacji personelu poprzez pobranie zaświadczeń o niekaralności i/lub oświadczeń dotyczył będzie wyłącznie osób przyjmowanych do pracy lub wykonywania obowiązków na innej podstawie prawnej po 15 lutego 2024 roku. Pracodawca nie będzie miał obowiązku „wstecznego” zweryfikowania personelu przyjętego wcześniej. Należy jednak pamiętać, że obowiązek sprawdzania kandydatów do pracy w *Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym* obowiązuje od 1 października 2017 roku i od tego czasu powinien być realizowany.

Załącznik 7.

Zasady bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem-pacjentem

w Warszawskim Centrum Opieki Medycznej „KOPERNIK” Sp. z o.o.

We wszystkich działaniach podejmowanych wobec dziecka-pacjenta kierujemy się dobrem dziecka i jego najlepszym interesem. Dziecko-pacjent jest zawsze podmiotem naszych poczynań. W każdej interakcji z dzieckiem bierzemy pod uwagę jego wiek, sytuację medyczną, możliwości poznawcze i indywidualne potrzeby. Niniejsze zasady zostały spisane w celu określenia ram profesjonalnych relacji z dzieckiem-pacjentem i wskazania dobrych praktyk, a także zachowań, które nigdy nie powinny mieć miejsca.

Dobre praktyki

Mały pacjent ma prawo, aby rodzice/opiekunowie towarzyszyli mu podczas leczenia i korzystania ze świadczeń medycznych zawsze, gdy tego potrzebuje. W kontakcie z dzieckiem-pacjentem i jego rodzicami lub opiekunami zachowuj:

- życzliwość, empatię i szacunek
- wrażliwość kulturową
- postawę nieoceniającą.

PRAWO DO INFORMACJI (kontakt bezpośredni z dzieckiem-pacjentem)

1. Zanim zaopiekujesz się małym pacjentem, przedstaw się i powiedz, kim jesteś.
2. Przekazuj dziecku informacje w sposób dostosowany do jego wieku, przy użyciu prostego języka. Informuj o tym, co robisz i co się z nim dzieje lub będzie dziać. Sprawdzaj, czy dziecko rozumie sytuację oraz skutki działań medycznych lub terapeutycznych.
3. Upewnij się, że dziecko wie o możliwości zadawania pytań osobom z personelu.
4. W komunikacji z dzieckiem-pacjentem zachowaj uczciwość, tzn. mów prawdę i zwracaj uwagę innym członkom personelu na potrzebę mówienia dzieciom prawdy. Zawsze uwzględniaj kontekst (wiek, sytuację i poziom rozwoju dziecka).
5. Korzystaj z alternatywnych form komunikacji z dzieckiem, które tego potrzebuje.

ZAPEWNIENIE MAŁYM PACJENTOM SPRAWCZOŚCI

6. Zwracaj się do dziecka po imieniu w formie preferowanej przez dziecko.
7. Pamiętaj, że to dziecko jest podmiotem Twoich działań. Nie rozmawiaj z rodzicem/opiekunem w taki sposób, jakby dziecko było nieobecne podczas rozmowy.
8. W miarę możliwości konsultuj z dzieckiem kwestie pozamedyczne, jeśli wiesz, że danie dziecku wyboru nie będzie miało wpływu na jakość leczenia, i przedstawiaj mu opcje do wyboru.
9. Uszanuj prawo dziecka do zmiany nastroju, zmiany zdania oraz potrzebę oswojenia się z nową sytuacją i miejscem.

POSZANOWANIE INTYMNOŚCI DZIECKA

10. Podczas badania medycznego odstawiaj ciało dziecka partiami. W trakcie badania dziecku powinien towarzyszyć rodzic/opiekun lub inna osoba z personelu.
11. Kontakt fizyczny z dzieckiem, który jest niezwiązany z udzielaniem świadczenia medycznego, może odbywać się wyłącznie za zgodą dziecka i zgodnie z jego potrzebą. Zanim przytulisz, pogłaszczesz czy weźmiesz dziecko na kolana, aby np. je pocieszyć lub uspokoić, zapytaj je, czy tego potrzebuje.
12. Szanuj potrzeby hospitalizowanego dziecka-pacjenta, w tym prawo do odpoczynku, np. snu, ciszy nocnej, przyciemnionych światła w nocy.

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI/OPIEKUNAMI

13. Informuj dziecko i rodziców/opiekunów o zasadach obowiązujących w placówce. Podkreślaj znaczenie ich przestrzegania dla minimalizowania dyskomfortu wszystkich pacjentów. Zachęcaj do czytania informacji.
14. Zadbaj o to, aby rodzic był informowany o bieżącej sytuacji medycznej dziecka.
15. Współpracuj z rodzicami/opiekunami w procesie przygotowania i uspokojenia dziecka; spytaj, co dziecko lubi, na co reaguje niekorzystnie, a na co pozytywnie.

OCHRONA DZIECI PRZED KRZYWDZENIEM

16. Jeśli widzisz lub podejrzewasz, że dziecku dzieje się krzywda, reaguj.
17. W sytuacji, gdy rodzic/opiekun lub inna osoba z personelu straszy dziecko, udziela mu nieprawdziwych informacji, bagatelizuje potrzeby i odczucia dziecka, zareaguj i przypomnij o zasadach komunikacji z dzieckiem.
18. Jeżeli coś w zachowaniu dziecka lub rodzica/opiekuna budzi twój niepokój, poproś inną osobę z personelu o obecność podczas badania/wizyty.
19. Zwróć uwagę na to, aby na terenie szpitala przebywały wyłącznie osoby uprawnione.

NIGDY

1. Nie naruszaj prawa dziecka do intymności i prywatności. Nie ujawniaj danych osobowych ani wrażliwych.
2. Nie omawiaj sytuacji dziecka ponad jego głowę, ignorując jego obecność.
3. Nie ograniczaj możliwości pobytu rodzica przy dziecku. Nie lekceważ tego, że rodzic dobrze zna dziecko, jego potrzeby i upodobania.
4. Nie strasz dziecka i nie szantażuj w celu nakłonienia do współpracy.
5. Nie ignoruj i nie bagatelizuj odczuć dziecka, np. strachu, lęku przed bólem, niepewności co do nowej sytuacji.
6. Nie mów nieprawdy, np. twierdząc, że nie będzie bolało, kiedy wiesz, że może boleć.
7. Nie wyciągaj pochopnych wniosków o dziecku i rodzinie, jeśli nie są uzasadnione profesjonalną wiedzą i oceną (np. wynikającą z zastosowania arkusza ryzyka).
8. Nie zakładaj, że dziecko i jego rodzice/opiekunowie wiedzą, jak działa szpital lub poradnia i jakie zasady w nich obowiązują.
9. Nie dopuszczaj do sytuacji, w których dzieci-pacjenci i ich rodzice/opiekunowie czują się dyskryminowani lub otrzymują niższy standard opieki.
10. Nie krzycz, nie zawstydzaj, nie upokarzaj, nie lekceważ i nie obrażaj dziecka-pacjenta ani jego rodziców/opiekunów.

Załącznik 8.

Zasady bezpiecznego kontaktu personelu z dzieckiem-pacjentem

w Warszawskim Centrum Opieki Medycznej „KOPERNIK” Sp. z o.o. – wersja dla dzieci

Jesteś dla nas ważny! – czyli co robimy, aby dzieci czuły się u nas jak najlepiej

Jesteś tu, ponieważ wymagasz/potrzebujesz naszej pomocy. Nasz szpital nazywa się „Warszawskim Szpitalem dla Dzieci”, ale mamy też swoje poradnie i przychodnie w ramach Warszawskiego Centrum Opieki Medycznej „KOPERNIK” Sp. z o.o. Pracują w nich lekarki i lekarze, pielęgniarki i pielęgniarze, ratownicy, fizjoterapeuci, psychologzy, technicy, a także cała masa innych specjalistów, którzy chcą pomagać dzieciom. W naszej pracy kierujemy się różnymi zasadami i nie wszystkie dotyczą tylko leczenia. Te, które czytasz, są skierowane do dzieci. Wyjaśnimy Ci w nich, co będziemy robić, abyś czuł/a się dobrze jako nasz pacjent.

1. Możesz nam powiedzieć, jak powinniśmy się do Ciebie zwracać.
2. Masz prawo wiedzieć, jak nazywa się osoba, która Cię leczy i czym się zajmuje.
Jeśli sama zapomni się przedstawić, możesz ją o to spytać.
3. Jeżeli czegoś nie rozumiesz lub nie wiesz, na czym polega Twoje leczenie, w jaki sposób przebiegać ma zabieg lub diagnostyka, a chcesz się tego dowiedzieć – pytaj śmiało! Postaramy się to wyjaśnić.
4. Będziemy Cię traktować z szacunkiem. Nie będziemy Ci mówić, że nie boli, jeśli może zaboлеć.
5. Chcemy, żebyś zawsze czuł/czuła, że Twoje zdrowie, potrzeby i uczucia są dla nas ważne.
Jeśli chciał/a/byś powiedzieć nam o tym, co Ci się podoba lub nie podoba w naszym zachowaniu, w poradni czy w szpitalu – zrób to, postaramy się wysłuchać Cię z uwagą.
6. Będziemy starali się badać Cię delikatnie i dać Ci czas na oswojenie się z sytuacją. Czasem może to jednak nie być możliwe, jeżeli będziemy musieli udzielić tej pomocy szybko z uwagi na Twoje zdrowie.
7. Jeżeli potrzebujesz przytulenia lub pocieszenia, możesz nas o to poprosić. Nie zawsze będziemy mogli dać Ci tyle czasu, ile potrzebujesz, ale będziemy się starać. Nie będziemy Cię przytulać bez Twojej zgody.
8. Będziemy starali się pytać Cię o zdanie w sprawach, w których możemy dać Ci wybór.
9. Jeżeli zostaniesz na noc w szpitalu będziemy szanować Twoją potrzebę odpoczynku: postaramy się nie hałasować, nie razić Cię światłem i nie budzić, kiedy nie będzie to konieczne.
10. Twoja mama, tata lub Twój opiekun może być z Tobą w szpitalu i zostać na noc, jeśli tego potrzebujesz.
11. I Twoja przytulanka też, o ile nie jest zbyt duża i nie wydaje głośnych dźwięków. 😊

O czym jeszcze warto wiedzieć:

- Jeżeli wydarzyło się coś, co Cię niepokoi, ktoś Cię skrzywdził lub przekroczył Twoje granice, możesz o tym powiedzieć pracownikowi medycznemu (np. lekarzowi, pielęgniarce, rejestratorce) i poprosić o pomoc. Postaramy się rozwiązać ten problem w taki sposób, abyś był/a bezpieczny/a.
- Czasem jesteśmy zabiegani i zmęczeni, możemy nie mieć czasu, aby z Tobą dłużej porozmawiać, bo czekają na nas dzieci, które pilnie potrzebują naszej pomocy. Prosimy, nie zniechęcaj się. W takiej sytuacji postaramy się wskazać Ci kogoś, kto będzie mógł odpowiedzieć na Twoje pytania i zaopiekować się Twoim problemem.

Załącznik 9.

Procedura interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka

w Warszawskim Centrum Opieki Medycznej „KOPERNIK” Sp. z o.o.

1. Każda osoba będąca członkiem Personelu WCOM Kopernik jest zobowiązana i uprawniona do reagowania, w przypadku podejrzenia, że dziecku -pacjentowi dzieje się krzywda.
2. Za Personel WCOM Kopernik uznaje się pracowników, współpracowników, niezależnie od podstawy zatrudnienia (w tym osoby świadczące usługi w oparciu o umowy cywilnoprawne, wolontariuszy, studentów, rezydentów, stażystów, praktykantów), miejsca zatrudnienia (Szpital, przychodnia przyszpitalna, pozostałe jednostki), pełnionych stanowisk (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, inni pracownicy medyczni, psychologowie, psychoterapeuci, personel administracyjny, pomocniczy, w tym sprzątający i pilnujący porządku).
3. Niniejsza procedura ma za cel wspierać członków Personelu w realizowaniu prawnego i społecznego obowiązku reagowania w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka. Personel wykonujący zawody medyczne jako osoby odpowiednio przygotowane do stawiania diagnoz medycznych pełnią jedną z najważniejszych ról w procesie rozpoznawania krzywdzenia dziecka.
4. Fakt zidentyfikowania objawów krzywdzenia u dziecka - pacjenta podlega obowiązkowemu odnotowaniu w dokumentacji medycznej.
5. Naruszenie obowiązku reagowania może zostać uznane za ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych lub kontraktowych i jako takie prowadzić do rozwiązania umowy z osobą dopuszczającą się tego naruszenia.
6. Źródłem krzywdy dziecka może być zachowanie osoby będącej członkiem Personelu WCOM Kopernik, zachowanie rodziców lub opiekunów prawnych dziecka, bądź innej osoby bliskiej, a także innych dzieci.
7. Krzywda dziecka może przybierać różne formy:
 - a. popełniono przestępstwo na szkodę dziecka (np. wykorzystanie seksualne, znęcanie się nad dzieckiem);
 - b. doszło do innej formy krzywdzenia, niebędącej przestępstwem, takiej jak np. krzyk, kary fizyczne, poniżanie;
 - c. doszło do zaniedbania potrzeb życiowych dziecka (np. związanych z żywieniem, higieną czy zdrowiem).

8. W przypadku podejrzenia, że życie dziecka jest zagrożone lub grozi mu ciężki uszczerbek na zdrowiu z uwagi stosowanie wobec niego przemocy domowej, a w rodzinie są lub mogą być inne dzieci, należy niezwłocznie poinformować Policję dzwoniąc pod numer 112. Poinformowania służb dokonuje członek Personelu, który pierwszy powziął informację o zagrożeniu.
9. W przypadku podejrzenia, że opuszczenie przez dziecko WCOM Kopernik w towarzystwie rodzica lub opiekuna prawnego będzie godziło w dobro dziecka, w tym zagrażało jego bezpieczeństwu, należy uniemożliwić oddalenie się dziecka i niezwłocznie wystąpić do sądu rodzinnego o wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych.
10. Każda osoba podejrzewająca krzywdzenie dziecka raportuje ten fakt kierownikowi oddziału lub jednostki, w której jest zatrudniona (ordynator oddziału, kierownik przychodni przyszpitalnej, kierownicy pozostałych jednostek), bądź bezpośrednio przełożonemu (personel administracyjny i porządkowy).
11. Za prowadzenie interwencji odpowiada kierownik jednostki lub inna osoba, wskazana na stałe lub doraźnie do prowadzenia interwencji.
12. W przypadku, gdy do ujawnienia krzywdzenia dziecka doszło po godzinie 15.30, a sprawa wymaga pilnego działania osobą odpowiedzialną za prowadzenie interwencji jest lekarz dyżurny danego oddziału.
13. Interwencja w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę dziecka polega sporządzeniu pisemnego zawiadomienia, opisującego najbardziej dokładnie zdarzenie, ze wskazaniem danych pokrzywdzonego (imię, nazwisko, adres, PESEL) i potencjalnego sprawcy (co najmniej imię i nazwisko i inne dane umożliwiające identyfikację, np. relacja do dziecka – ojciec, matka, miejsce zamieszkania albo miejsce pracy bądź nauki) przesłaniu go do najbliższej jednostki Policji lub prokuratury. W przypadku popełnienia czynu karalnego 1na szkodę dziecka przez osobę poniżej 17 roku życia także należy sporządzić pisemne zawiadomienie.
14. W przypadku, gdy dziecko doznaje innej formy krzywdzenia, niż popełnienie przestępstwa na jego szkodę:
 - a. Ze strony członka personelu:
 - W sytuacji, gdy zachowanie było jednorazowe i o niewielkiej intensywności wkroczenia w dobra dziecka należy przeprowadzić rozmowę dyscyplinującą z pracownikiem lub współpracownikiem,
 - W sytuacji gdy naruszenie dobra dziecka jest znaczne, w szczególności gdy doszło do dyskryminacji lub naruszenia godności dziecka, należy zarekomendować rozwiązanie stosunku prawnego z osobą, która dopuściła się krzywdzenia. Jeżeli członek Personelu,

1 Czynem karalnym jest zachowanie człowieka, które zostałoby uznane za przestępstwo, gdyby popełniła je osoba powyżej 17 roku. Rozróżnienie terminologiczne wynika z faktu, że wiek od którego możliwe jest ponoszenie odpowiedzialności karnej w Polsce został ustalony na 17 rok życia. Dzieci nie są zdolne do ponoszenia odpowiedzialności karnej, a oddziaływania, którym są poddawane, gdy popełnią czyn karalny mają za zadanie je wychować i pomóc wieść w przyszłości życie zgodne z normami społecznymi, a nie ukarać.

- który dopuścił się krzywdzenia, nie jest bezpośrednio zatrudniony przez WCOM Kopernik, lecz przez podmiot trzeci wówczas należy zarekomendować zawieszenie współpracy z tą osobą, a w razie potrzeby rozwiązać umowę z organizacją lub instytucją współpracującą.
- b. Ze strony rodziców, opiekunów prawnych lub innych domowników:
 - Należy wszcząć procedurę Niebieskie Karty poprzez wypełnienie formularza Niebieska Karta – A, gdy zachowanie wobec dziecka stanowi przemoc domową²
 - Gdy zachowanie nie stanowi przemocy domowej lub nie jest jasne, jak je zakwalifikować – należy wystąpić do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację rodziny
 - c. Ze strony innego dziecka:
 - Należy wystąpić do sądu rodzinnego właściwego ze względu na zamieszkanie dziecka o wgląd w sytuację dziecka krzywdzącego.
15. W przypadku, gdy doszło do zaniedbania potrzeb życiowych dziecka lub doszło do innego zagrożenia dobra dziecka:
- a. Ze strony członka personelu
 - Należy przeprowadzić rozmowę dyscyplinującą a w razie potrzeby zastosować konsekwencje dyscyplinarne, łącznie z rozwiązaniem stosunku prawnego z tą osobą;
 - b. Ze strony rodziców lub opiekunów prawnych:
 - Należy wystąpić do sądu rodzinnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka o wgląd w sytuację dziecka.
16. W przypadkach niejasnych lub wątpliwych osoba odpowiedzialna za interwencję konsultuje sprawę z co najmniej dwiema osobami z Personelu, w szczególności z psychologiem. Osoba odpowiedzialna za interwencję może rozmawiać z osobami zaangażowanymi, w tym dzieckiem, osobą podejrzewaną o krzywdzenie i świadkami.
17. W przypadku, gdy nie jest jasne, jakiej krzywdy dziecko doświadcza ze strony rodzica lub opiekuna prawnego należy wszcząć procedurę Niebieskie Karty.
18. W przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka ze strony członka personelu należy niezwłocznie odsunąć tę osobę od wszelkich form kontaktu z dziećmi, aż do czasu wyjaśnienia sprawy.
19. W przypadku wszczęcia postępowania karnego przeciwko członkowi personelu w związku z popełnieniem przestępstwa przeciwko dzieciom należy bezwzględnie i natychmiastowo odsunąć tę osobę od wszelkich form kontaktu z dziećmi aż do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
-
2. należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:
- a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
 - b) naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
 - c) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
 - d) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
 - e) istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej;

20. Podejrzanie krzywdzenia dziecka, niezależnie od osoby odpowiedzialnej za krzywdzenie, jest zdarzeniem niepożądanym i jako takie podlega raportowaniu do dyrektora ds. jakości zgodnie z regułami obowiązującymi daną jednostkę. Dyrektor ds. jakości prowadzi rejestr zgłoszeń dotyczących krzywdzenia dziecka, zawierający co najmniej liczbę poszczególnych przypadków krzywdzenia, ze wskazaniem jednostki zgłaszającej, osoby odpowiedzialnej za krzywdzenie (rodzic/opiekun prawny, członek Personelu, inne dziecko) oraz rodzaju podjętej interwencji (zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa, wnioski o wgląd w sytuację rodziny, wszczęcie procedury Niebieskie Karty) oraz daty interwencji.
21. W przypadku, gdy krzywdzenia dziecka dopuścił się kierownik jednostki/osoba odpowiedzialna za interwencję wówczas osoba, która dostrzegła krzywdzenie przekazuje informację o tym fakcie bezpośrednio do dyrektora ds. jakości, drogą mailową. W takim przypadku za prowadzenie interwencji odpowiedzialny jest dyrektor ds. jakości, do którego stosuje się wszelkie zapisy dotyczące kierownika jednostki przewidziane niniejszą procedurą.
22. Dalszy tok postępowania leży w gestii uprawnionych organów (sąd, Policja, prokuratura, OPS).

Załączniki do procedury

- Aneks z broszury – tabela z przestępstwami;
- Ulotka z formami i symptomami przemocy.

Załącznik 10.

Schemat interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez rodzica lub opiekuna

W przypadku podejrzenia, że dziecko:

doświadcza przemocy z uszczerbkiem na zdrowiu, wykorzystania seksualnego lub/i zagrożone jest jego życie:

1. Zadbaj o bezpieczeństwo dziecka i odseparuj je od osoby podejrzanej o krzywdzenie.
2. Powiadom policję pod nr 112 lub 997.
3. Powiadom przełożonego.
4. Powiadom niekrzywdzącego rodzica/ opiekuna dziecka.

doznaje przemocy domowej, lub jest jej świadkiem:

1. Rozpocznij procedurę Niebieskie Karty poprzez wypełnienie formularza Niebieska Karta – A.
2. W przypadku podejrzenia, że opuszczenie przez dziecko szpitala w towarzystwie rodzica lub opiekuna prawnego godzi w dobro dziecka, w tym zagraża jego bezpieczeństwu, należy uniemożliwić oddalenie się dziecka i niezwłocznie wystąpić do sądu rodzinnego o wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych.

doświadcza zaniedbania potrzeb życiowych lub doszło do innego zagrożenia dobra dziecka, a także gdy zachowanie rodziców/opiekunów nie stanowi przemocy domowej lub nie jest jasne, jak je zakwalifikować – należy wystąpić do sądu rodzinnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka z wnioskiem o wgląd w sytuację dziecka.

Załącznik 10.

Схема втручання у разі підозри жорстокого поводження з дитиною з боку батьків або опікуна

Якщо ви підозрюєте, що дитина:

знає насильства, що завдає шкоди здоров'ю, сексуального насильства та/або його життя знаходиться під загрозою:

1. Подбайте про безпеку дитини та відокремте її від особи, яка підозрюється у вчиненні їй шкоди.
2. Повідомте поліцію за номером 112 або 997.
3. Повідомте керівника.
4. Повідомте про це батькам/опікунам дитини, які не ображають її.

потерпає від домашнього насильства або є його свідком:

1. почніть процедуру «Блакитних карток», заповнивши форму «Блакитна картка - А»
2. Якщо є підозра, що якщо дитина покине лікарню в супроводі одного з батьків або законного опікуна - це завдасть шкоди благополуччю дитини, у тому числі буде загрожувати її безпеці, слід завадити дитині покинути лікарню та негайно звернутися до суду в сімейних справах для видачі відповідного наказу про опіку.

знає нехтування життєвими потребами або існує інша загроза благополуччю дитини, а також якщо поведінка батьків/опікунів не є домашнім насильством або незрозуміло, як це кваліфікувати – слід звернутися до суду в сімейних справах за місцем проживання дитини з проханням про перегляд ситуації дитини.

Załącznik 11.

Schemat interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez osoby trzecie

np. pracownicy, osoby przebywające na terenie placówki, oraz inne osoby, które mają kontakt z dzieckiem

W przypadku podejrzenia, że dziecko:

doświadcza przemocy z uszczerbkiem na zdrowiu, wykorzystania seksualnego lub/i zagrożone jest jego życie:

1. Zadbaj o bezpieczeństwo dziecka i odseparuj je od osoby podejrzanej o krzywdzenie.
2. Powiadom rodzica/opiekuna dziecka.
3. Zawiadom policję pod nr 112 lub 997.
4. Powiadom przełożonego.

pokrzywdzone jest innymi typami przestępstw:

1. Zadbaj o bezpieczeństwo dziecka i odseparuj je od osoby podejrzanej o krzywdzenie.
2. Powiadom rodzica/opiekuna dziecka o podejrzeniu oraz przełożonego.
3. Poinformuj na piśmie policję lub prokuraturę, składając zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa.

doznaje innej formy krzywdzenia, niż popełnienie przestępstwa na jego szkodę (np. doświadcza jednorazowo innej przemocy fizycznej np. klapsy, popychanie lub przemocy psychicznej np. poniżanie, dyskryminacja, ośmieszanie):

1. Zadbaj o bezpieczeństwo dziecka i odseparuj je od osoby naruszającej jego godność.
2. Zgłoś zdarzenie przełożonemu i rodzicowi/opiekunowi dziecka.
3. Zwróć uwagę osobie, która przekracza granice dziecka, mówiąc np. „W tym szpitalu mamy zasadę, że życzliwie traktujemy dzieci, i obowiązuje to wszystkich dorosłych”.

Załącznik 11.

Схема втручання у разі підозри жорстокого поводження з дитиною з боку третіх осіб

наприклад, працівників, осіб, які перебувають на території закладу, та інших осіб, які контактують з дитиною

Якщо ви підозрюєте, що дитина:

знає насильства, що завдає шкоди здоров'ю, сексуального насильства та/або його життя знаходиться під загрозою:

1. Подбайте про безпеку дитини та відокремте її від особи, яка підозрюється у вчиненні їй шкоди.
2. Повідомте батьків/опікунів дитини.
3. Повідомте поліцію за номером 112 або 997.
4. Повідомте керівника.

є жертвою інших видів злочинів:

1. Подбайте про безпеку дитини та відокремте її від особи, яка підозрюється у вчиненні їй шкоди.
2. Повідомте про підозру батькам/опікунам дитини та керівнику.
3. Письмово повідомте в поліцію або прокуратуру, повідомивши про можливість вчинення злочину.

знає іншої форми шкоди, ніж вчинення злочину на шкоду собі (наприклад, одночасно зазнає іншого фізичного насильства, наприклад, ляпаси, штовхання або психологічного насильства, наприклад, приниження, дискримінації, глузування):

1. Подбайте про безпеку дитини та відокремте її від особи, яка посягає на її гідність
2. Повідомте про інцидент свого керівника та батьків/опікунів дитини.
3. Нагадайте людині, яка порушує межі дитини, сказавши, наприклад: «У цій лікарні ми дотримуємося політики доброзичливого ставлення до дітей, і це стосується всіх дорослих».

Załącznik 12.

Schemat interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez osobę nieletnią,

czyli taką, która nie ukończyła 17. roku życia (przemoc rówieśnicza)

W przypadku podejrzenia, że dziecko:

doświadcza ze strony innego dziecka przemocy z uszczerbkiem na zdrowiu, wykorzystania seksualnego lub/i zagrożone jest jego życie:

1. Zadbaj o bezpieczeństwo dziecka i odseparuj je od osoby podejrzanej o krzywdzenie.
2. Zawiadom policję pod nr 112 lub 997.
3. Powiadom rodziców/opiekunów obojga dzieci.
4. Powiadom przełożonego.

doznaje innej formy krzywdzenia, niż popełnienie przestępstwa na jego szkodę, ze strony innego dziecka:

1. Zadbaj o bezpieczeństwo dziecka i odseparuj je od osoby podejrzanej o krzywdzenie.
2. Powiadom rodziców/opiekunów obojga dzieci.
3. Należy wystąpić do sądu rodzinnego właściwego ze względu na zamieszkanie dziecka o wgląd w sytuację dziecka krzywdzącego.

Załącznik 12.

Схема втручання у випадку підозри на жорстоке поводження з дитиною з боку неповнолітнього,

тобто особи до 17 років (наси́льство з боку однолітків)

Якщо ви підозрюєте, що дитина:

знає насильства з боку іншої дитини зі шкодою для здоров'я, сексуального насильства та/або її життю загрожує небезпека:

1. Подбайте про безпеку дитини та відокремте її від особи, яка підозрюється у вчиненні їй шкоди.
2. Повідомте поліцію за номером 112 або 997.
3. Повідомте батьків/опікунів обох дітей
4. Повідомте керівника.

потерпає від іншої форми жорстокого поводження, ніж вчинення злочину на її шкоду іншою дитиною:

1. Подбайте про безпеку дитини та відокремте її від особи, яка підозрюється у вчиненні їй шкоди.
2. Повідомте батьків/опікунів обох дітей.
3. Вам слід звернутися до суду в сімейних справах за місцем проживання дитини для з'ясування ситуації дитини, яка завдає шкоди.

Załącznik 13.

Miejsce, dnia

Prokuratura Rejonowa

W¹

L.Dz.

Zawiadamiający:

(imię i nazwisko lub nazwa instytucji)

reprezentowana przez:

adres do korespondencji:

ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA

Niniejszym składam zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa wykorzystywania seksualnego małoletniego (imię i nazwisko, data urodzenia) przez (imię i nazwisko domniemanego sprawcy).

Uzasadnienie

W trakcie wykonywania przez (imię i nazwisko pracownika) czynności służbowych – prowadzenia terapii małoletniej (imię i nazwisko), dziecko ujawniło niepokojące treści dotyczące relacji z ojcem oraz zachowań o charakterze seksualnym ojca wobec niej².

Dalszy opis podejrzenia popełnienia przestępstwa

.....

.....

Mając na uwadze powyższe informacje, a także dobro i bezpieczeństwo małoletniej, wnoszę o wszczęcie postępowania w tej sprawie.

Lekarze prowadzącym terapię małoletniej jest (imię, nazwisko, telefon służbowy, adres placówki).

W przypadku konieczności przesłuchania lekarza wnoszę o uprzednie zwolnienie go z tajemnicy zawodowej³.

Wszelką korespondencję w sprawie proszę przysyłać na adres korespondencyjny, z powołaniem się na numer i liczbę dziennika pisma.

.....

podpis zawiadamiającego

Załączniki:

1. Uchwała Zarządu uprawniająca do reprezentacji⁴
2. Ew. inne dokumenty

- 1 Zawiadomienie należy złożyć do prokuratury rejonowej właściwej ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa.
- 2 Opis sytuacji, która miała miejsce. Należy uzupełnić zgodnie z tym, co się wydarzyło (ważne jest, by zaznaczyć np.: kiedy i gdzie miało miejsce zdarzenie, kto mógł je widzieć/wiedzieć o nim, kto mógł popełnić przestępstwo).
- 3 Z tajemnicy zawodowej lekarza zwalnia sąd na wniosek prokuratora.
- 4 O ile pismo składane jest w imieniu instytucji.

Załącznik 14.

Miejsce, dnia

Sąd Rejonowy

W

Wydział Rodzinny i Nieletnich¹

L.Dz.

Wnioskodawca: :

(imię i nazwisko lub nazwa instytucji)

reprezentowana przez:

adres do korespondencji:

Uczestnicy postępowania:

(imiona i nazwiska rodziców)

ul

..... (adres zamieszkania)

rodzice małoletniego: (imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

WNIOSEK O WGLĄD W SYTUACJĘ DZIECKA

Niniejszym wnoszę o wgląd w sytuację małoletniego (imię i nazwisko dziecka, data urodzenia²) i wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych.

Uzasadnienie

Opis sytuacji zagrożenia dobra dziecka

Mając powyższe fakty na uwadze, można przypuszczać, że dobro małoletniej jest zagrożone, a rodzice nie wykonują właściwie władzy rodzicielskiej. Dlatego wniosek o wgląd w sytuację rodzinną małoletniej i ewentualne wsparcie rodziców jest uzasadniony.

Pracownikiem prowadzącym terapię małoletniej jest (imię, nazwisko, telefon służbowy, adres placówki).

Wszelką korespondencję w sprawie proszę przysyłać na adres korespondencyjny, z powołaniem się na numer i liczbę dziennika pisma.

.....

podpis zawiadamiającego

Załączniki:

1. Uchwała Zarządu uprawniająca do reprezentacji³
2. Ew. inne dokumenty
3. Odpis pisma

1 Wniosek należy złożyć do sądu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka, nie zameldowania.

2 Należy zawsze podać imię i nazwisko dziecka i adres jego pobytu. Tylko w takim wypadku sąd może skutecznie pomóc, m.in. poprzez wysłanie do rodziny kuratora na wywiad.

3 O ile pismo jest składane w imieniu instytucji.

Fundacja Dajemy Dzieciom Się
ul. Walecznych 59
03-926 Warszawa
tel. 22 616 02 68

fdds@fdds.pl
www.fdds.pl

KRS 0000 20 44 26

Numer konta
Bank PEKAO SA
47 1240 6218 1111 0010 2833 9365
IBAN PL 47 1240 6218 1111 0010 2833 9365
SWIFT PKOPPLPW